

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 6

— MEDELLIN, JUNIO DE 1956

— NUMERO 5

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 de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

## DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar  
Decano de la Facultad

Dr. Oriol Arango Mejía  
Presidente de la  
Academia

## REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.  
Presidente de la Academia

Prof. Alfredo Correa Henao, M.D.  
Prof. de Anatomía Patológica

## REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía  
Dr. Marcos Barrientos  
Dr. Antonio Ramírez  
Dr. Héctor Abad G.  
Sr. Alberto Restrepo  
Sr. Jorge E. Restrepo  
Sr. Gerardo Paredes F.  
Director de la Biblioteca.

## ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"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:

## TRABAJOS ORIGINALES

Cirugía Conservadora en el Cáncer de Laringe - Dr. Marcos Barrientos .....	301
Plan de Lucha contra la Esterilidad - Dr. Darío Sierra L.....	313
El Problema del Cáncer en Medellín - Jorge Restrepo G., Luis Carlos Ochoa y Javier López J., Estudiantes de Medicina de la U. de A. ....	325

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Felicitación al Dr. Eduardo Vasco por su Libro "El Breviario de la Madre" .....	339
---	-----

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín Nº 53 .....	339
---------------------	-----

# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.  
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

---

VOLUMEN 6 — MEDELLIN, JUNIO DE 1956 — NUMERO 5

---

## TRABAJOS ORIGINALES

### CIRUGIA CONSERVADORA EN EL CANCER DE LARINGE

LARINGECTOMIA PARCIAL VERTICAL Y PARCIAL HORIZONTAL SEGUN  
LA TECNICA DE ALONSO.

**Dr. Marcos Barrientos**  
Académico de Número

Hay realidades embriológicas, anatómicas e histopatológicas que hicieron concebir al Maestro Justo M. Alonso y al Prof. Leroux Robert nuevas ideas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe, llegando a reemplazar en muchos casos las operaciones mutilantes por intervenciones conservadoras de las funciones fundamentales de tan importante órgano.

Ante todo llamaron la atención los hechos anatomopatológicos: Baclese y Leroux hicieron notar que los cánceres de las estructuras laríngeas situadas por encima de las cuerdas vocales se propagaban solo en rarísimos casos hacia la parte inferior invadiéndolas. Enormes lesiones vestibulo-epiglóticas con adenopatías y propagación al espacio pre-epiglótico llegaban hasta terminar con la vida del enfermo antes de invadir las cuerdas vocales. Alonso confirmó tales hechos en cuanto pieza operatoria tuvo a su alcance y revisando la embriología destacó el hecho de que las cuerdas vocales y la subglotis tenían orígenes diferentes de los de la epiglotis, las bandas ventriculares y los repliegues superiores. Las primeras se forman a expensas del tubo traqueal mientras que las últimas derivan de los arcos ban-

quiales. La epiglottis viene del tubérculo hipofaríngeo, prominencia redondeada de la parte media ventral de los arcos 3- y 4-, las bandas ventriculares del 4-, la región aritenoides y retroaritenoides del 6-, el repliegue aritenoepiglótico en su parte anterior del 4- y en la posterior del 6- arco. Si sobre el origen de la estructura cartilaginosa y muscular puede existir alguna duda, no la hay en el de los epitelios: es de origen traqueal el de cuerdas y sub-glottis y de origen branquial el de las estructuras superiores.

La anatomía nos muestra que los linfáticos separados en dos grandes grupos por un espacio desprovisto de ellos, la glottis, van los superiores a los ganglios carotídeos altos y los inferiores a los bajos carotídeos y al pre-traqueal.

Dice Alonso en su libro "CANCER LARINGEO": "Los cánceres vestíbulo-epiglóticos nacen en un territorio de la economía de origen diferente al de la glottis y sub-glottis (laringe traqueal) y los tumores nacidos en el territorio de origen traqueal del órgano respetan el límite genético, invaden los otros territorios (faringe, por ejemplo) de origen también branquial, pero se detienen habitualmente en su demarcación embriológica sin invadir la laringe traqueal".

Los hechos anteriores dieron a Justo M. Alonso en 1938 motivo para idear sendas operaciones para cáncer vestíbulo-epiglótico y el cáncer de la hipofaringe. Estas intervenciones tuvimos oportunidad de aprenderlas del Maestro durante la visita a Medellín en Marzo de 1954. Su técnica, aparentemente complicada pero en realidad fácil para quien haya trajinado en cirugía del cuello, la describiremos a continuación.

1º—LARINGECTOMIA PARCIAL VERTICAL PARA CANCER DEL SENO PIRIFORME.—Esta intervención nos parece muy importante por lo bien conocidos resultados desalentadores de la radioterapia en este tipo de cáncer. Es una operación bien reglamentada, de tiempos definidos, que permite mediante una faringotomía lateral abordar en su totalidad el seno piriforme y extirpar los tumores de su cara externa, su borde anterior o su cara laríngea.

#### **Técnica operatoria.**

Incisión cutánea vertical desde el borde superior del cartílago tiroideos hasta el borde inferior del cricoides, en la línea media. Una segunda incisión arranca en el lado enfermo desde el extremo superior, hacia afuera hasta encontrar a nivel del ángulo del maxilar infe-

rior el borde anterior del esternocleidomastoideo, el que sigue hasta su inserción en la apofisis mastoideas. Del extremo inferior de la primera incisión parte una tercera hacia abajo y afuera hasta encontrar el borde anterior del esternocleidomastoideo, el que sigue hasta su inserción en el esternón. (Fig. 1).

El colgajo limitado por las incisiones antes descritas se disecciona hacia afuera llevando piel, tejido celular, músculo cutáneo y aponeurosis cervical superficial. Como el músculo esternocleidomastoideo está comprendido en un desdoblamiento de esta última, al reclinarlo hacia afuera se llega hasta el paquete vasculonervioso que se explora con facilidad y si es preciso se hace vaciamiento de cuello. Nunca hemos tenido que hacer incisión adicional para resecar músculos, vena yugular, grasa y linfáticos de las regiones carótidas, supraclavicular y espinal. (Fig. 2).

Sección arriba de las inserciones de los músculos esternocleidomastoideo, homó y tirohioideo; las inserciones inferiores del tirohioideo y las superiores del esterno tiroideo. (Fig. 3 y 4).

Limpieza del borde externo del cartílago tiroideo de inserciones musculares y ruginación del cuerno superior que se corta en su base para eliminarlo. (Fig. 5).

Separación hacia arriba del nervio laríngeo superior y de la arteria del mismo nombre, o sección de ésta.

En el espacio que antes ocupaba el cuerno se hace una incisión para explorar, primero introduciendo el dedo índice y luego por medio de la vista, la lesión. (Fig. 6).

Para facilitar la inspección puede agarrarse la epiglotis por su base con unas pinzas o pasando un hilo para traccionar. (Fig. 7).

Verificada la extensión de la lesión se procede a resecarla seccionando el cartílago tiroideo así: 1—Desde el ángulo externo de la escotadura tiroidea superior hacia afuera y abajo hasta el cuerno inferior. Una vez seccionado el cartílago, con el dedo introducido en el ángulo anterior del seno se guía para seccionar la mucosa a este nivel. Así podrá voltearse hacia afuera toda la pared externa del seno piriforme y seccionar a distancias convenientes del tumor sus límites superior, inferior y posterior. Esto para los cánceres de la pared externa.

2—En los tumores del ángulo anterior la incisión del cartílago arranca hacia arriba de la parte más inferior de la escotadura tiroidea y se llevan hacia abajo y afuera hasta la mitad del borde inferior del

quiales. La epiglottis viene del tubérculo hipofaríngeo, prominencia redondeada de la parte media ventral de los arcos 3- y 4-, las bandas ventriculares del 4-, la región aritenoidea y retroaritenoidea del 6-, el repliegue aritenopiglotico en su parte anterior del 4- y en la posterior del 6- arco. Si sobre el origen de la estructura cartilaginosa y muscular puede existir alguna duda, no la hay en el de los epitelios: es de origen traqueal el de cuerdas y sub-glotis y de origen branquial el de las estructuras superiores.

La anatomía nos muestra que los linfáticos separados en dos grandes grupos por un espacio desprovisto de ellos, la glotis, van los superiores a los ganglios carotídeos altos y los inferiores a los bajos carotídeos y al pre-traqueal.

Dice Alonso en su libro "CANCER LARINGEO": "Los cánceres vestibulo-epiglóticos nacen en un territorio de la economía de origen diferente al de la glotis y sub-glotis (larínge traqueal) y los tumores nacidos en el territorio de origen traqueal del órgano respetan el límite genético, invaden los otros territorios (faringe, por ejemplo) de origen también branquial, pero se detienen habitualmente en su demarcación embriológica sin invadir la larínge traqueal".

Los hechos anteriores dieron a Justo M. Alonso en 1938 motivo para idear sendas operaciones para cáncer vestibulo-epiglótico y el cáncer de la hipofaringe. Estas intervenciones tuvimos oportunidad de aprenderlas del Maestro durante la visita a Medellín en Marzo de 1954. Su técnica, aparentemente complicada pero en realidad fácil para quien haya trajinado en cirugía del cuello, la describiremos a continuación.

1º—LARINGECTOMIA PARCIAL VERTICAL PARA CANCER DEL SENO PIRIFORME.—Esta intervención nos parece muy importante por lo bien conocidos resultados desalentadores de la radioterapia en este tipo de cáncer. Es una operación bien reglamentada, de tiempos definidos, que permite mediante una faringotomía lateral abordar en su totalidad el seno piriforme y extirpar los tumores de su cara externa, su borde anterior o su cara laríngea.

#### **Técnica operatoria.**

Incisión cutánea vertical desde el borde superior del cartílago tiroides hasta el borde inferior del cricoides, en la línea media. Una segunda incisión arranca en el lado enfermo desde el extremo superior, hacia afuera hasta encontrar a nivel del ángulo del maxilar infe-

rior el borde anterior del esternocleidomastoideo, el que sigue hasta su inserción en la apofisis mastoideas. Del extremo inferior de la primera incisión parte una tercera hacia abajo y afuera hasta encontrar el borde anterior del esternocleidomastoideo, el que sigue hasta su inserción en el esternón. (Fig. 1).

El colgajo limitado por las incisiones antes descritas se disecciona hacia afuera llevando piel, tejido celular, músculo cutáneo y aponeurosis cervical superficial. Como el músculo esternocleidomastoideo está comprendido en un desdoblamiento de esta última, al reclinarlo hacia afuera se llega hasta el paquete vasculonervioso que se explora con facilidad y si es preciso se hace vaciamiento de cuello. Nunca hemos tenido que hacer incisión adicional para reseccionar músculos, vena yugular, grasa y linfáticos de las regiones carótidas, supraclavicular y espinal. (Fig. 2).

Sección arriba de las inserciones de los músculos esternocleidohioideo, homo y tirohioideo; las inserciones inferiores del tirohioideo y las superiores del esterno tiroideo. (Fig. 3 y 4).

Limpieza del borde externo del cartílago tiroideo de inserciones musculares y ruginación del cuerno superior que se corta en su base para eliminarlo. (Fig. 5).

Separación hacia arriba del nervio laríngeo superior y de la arteria del mismo nombre, o sección de ésta.

En el espacio que antes ocupaba el cuerno se hace una incisión para explorar, primero introduciendo el dedo índice y luego por medio de la vista, la lesión. (Fig. 6).

Para facilitar la inspección puede agarrarse la epiglotis por su base con unas pinzas o pasando un hilo para traccionar. (Fig. 7).

Verificada la extensión de la lesión se procede a reseccionarla seccionando el cartílago tiroideo así: 1—Desde el ángulo externo de la escotadura tiroidea superior hacia afuera y abajo hasta el cuerno inferior. Una vez seccionado el cartílago, con el dedo introducido en el ángulo anterior del seno se guía para seccionar la mucosa a este nivel. Así podrá voltearse hacia afuera toda la pared externa del seno piriforme y seccionar a distancias convenientes del tumor sus límites superior, inferior y posterior. Esto para los cánceres de la pared externa.

2—En los tumores del ángulo anterior la incisión del cartílago arranca hacia arriba de la parte más inferior de la escotadura tiroidea y se llevan hacia abajo y afuera hasta la mitad del borde inferior del

ala tiroidea correspondiente. Esta misma incisión se hace para los tumores de la cara interna del seno.

Cuando se actúa sobre la cara externa y el ángulo anterior no es de rigor traqueotomía; cuando se opera en cara interna, o sea laríngea propiamente dicha sí debe hacerse. En todos nuestros operados la hemos hecho como primer tiempo de operación, con anestesia local y luego por el orificio introducimos el tubo endotraqueal que nos suministra la anestesia general para el resto de la intervención.

En un principio el Prof. Alonso dejaba un faringostoma suturando la mucosa faríngea a la piel. Hoy ha descartado tal práctica, sutura la mucosa, luego la piel y deja un tubo de avenamiento como el que se usa para el vaciamiento de cuello.

En nuestra práctica ponemos siempre por vía nasal un tubo de Levine para alimentación durante los primeros días.

2—LARINGECTOMIA PARCIAL HORIZONTAL PARA CANCER VESTIBULO EPIGLOTICO.—Esta intervención tiene por objeto detener, en el cáncer vestibulo-epiglótico, "la mano del cirujano en el sitio en donde la naturaleza detiene la invasión neoplásica", es decir en el fondo del ventrículo de Morgagni y por encima de las cuerdas vocales.

**Técnica operatoria.** Incisión. Tiene muy pequeñas diferencias con la que hemos descrito para el seno piriforme. Es sin embargo un poco más alta. La incisión vertical va desde el hueso hioides hasta el borde inferior del cartílago tiroides y puede desviarse un poco hacia el lado sano, según lo aconseja Leroux, para más facilidad en el acceso del lado opuesto al del operador; la línea horizontal sigue el hueso hioides hasta su cuerno mayor y de ahí se desvía hacia la punta de la mastoides. La incisión inferior puede hacerse idéntica a la primera incisión descrita. La disección del colgajo y exploración del paquete en nada varían.

Viene como tiempo nuevo la **eliminación del hemihoides correspondiente a la región más afectada.** Sección de los músculos anteriores, limpieza del ala del tiroides y eliminación de su cuerno sin ninguna variación. Tampoco varían la incisión inicial de la faringe y la exploración. (Fig. 8).

Se introduce el dedo a lo largo del surco epiglótico para guiar la tijera que lo abrirá hasta más allá de la línea media.

Tracción de la base de la epiglottis en la forma antes indicada, para reconocimiento de la lesión, y verificación de que las cuerdas vocales estén sanas. Para este tiempo nos permitimos recomendar la pro-



fundización de la anestesia general, frecuentemente muy superficial durante el resto de la intervención, o la adición de anestesia local con butín o cocaína para evitar un espasmo como el que partió de dicha región y que nos tuvo en dificultades durante varios minutos en la operación de nuestro primer caso.

Se hará en seguida la liberación de la mucosa de las caras interna y externa del seno piriforme hacia abajo, hasta el cartílago cricoides y se seccionará el ala tiroidea horizontalmente y a la mitad de la altura.

Sección del repliegue aritenoepiglótico en forma vertical inmediatamente por delante del aritenoides, llegando a la parte baja del fondo del ventrículo de Morgagni y pasando por encima de las cuerdas en la comisura anterior se llega en el lado opuesto hasta donde sea necesario para seccionar la pieza que se extirpa a buena distancia de la lesión. Guiados por la vista cortaremos el repliegue aritenoepiglótico y la mucosa del lado opuesto, para retirar la pieza que debe llevar consigo el espacio pre-epiglótico.

En nuestra práctica introducimos una tijera fuerte a nivel del repliegue aritenoepiglótico con la rama interna en la parte inferior del fondo del ventrículo y la otra por la cara externa del ala tiroidea cortando en un solo bloque. (Fig. 9).

Las zonas cruentas se cubren fácilmente con la mucosa disecada de los senos piriformes que es de una extrema plasticidad y se sutura con catgut crómico 0000. La sutura de la mucosa del lado opuesto a la intervención no ofrece ninguna dificultad.

Se coloca entonces el tubo de goma, deacrílico o el manguito inflexible que tendrá por objeto bloquear la laringe y evitar la caída de secreciones en la tráquea. Nosotros hasta el presente pocas veces hemos hecho tal cosa y todavía no hemos tenido que lamentarlo.

En seguida colocamos (siempre) el tubo nasal que habrá de servirnos para alimentar al enfermo. Se pasan los puntos de "Anclaje" que pueden ser uno o dos (en uno de nuestros pacientes pusimos tres) que atravesando la parte superior del ala del tiroides abarcan hacia arriba la base de la lengua y tienen por objeto, al anudarlos, fijar la laringe hacia arriba y evitar que las suturas de la faringe queden tensas.

Sigue después la sutura de la faringe por medio de catgut crómico delgado con puntos no perforantes, y por último el drenaje y la sutura de la piel como en la primera intervención.

Se aplica la cánula de traqueotomía y vendaje compresivo. En

algunos de los últimos casos hemos usado para evitar la caída de secreciones a la tráquea un dispositivo que consiste en aplicar sobre la cánula de traqueotomía un tubo de caucho delgado de los que se usan para drenaje, se dobla sobre si mismo y en la parte superior se introduce antes de pegarlo, una sonda de Nelatón delgada que servirá para inflarlo una vez introducida la cánula.

## CASUÍSTICA

Hasta el presente hemos operado por el método del Profesor Alonso doce casos que podemos separar en tres grupos: a/ buenos, b/ malos y c/ indefinidos.

1º—Entre los casos buenos por su resultado hasta ahora tenemos tres que consideramos de pronóstico malísimo y en algunos de ellos hasta se vaciló si valdría la pena de practicar la intervención. Son estos:

\* \*  
\*



FIG. 1.—Incisión de la piel.



FIG. 2.—Separando el colgajo cutáneo y rechazando el músculo Esternocleidomastoideo hacia afuera, se ve el paquete vasculo-nervioso y un voluminoso ganglio a la altura de la bifurcación de la carótida.



FIG. 3.—Hecho el vaciamiento radical de cuello se seccionan los músculos de la región anterior.



FIG. 4.—El músculo tiro-hioideo se separa con la tijera para luego seccionarlo.

FIG. 5.—Liberación del asta mayor del tiroides para seccionarla en su base.

FIG. 6.—Aplicación de separadores en los labios de la abertura de la faringe en el sitio que antes ocupaba el asta.



FIG. 7.—Para inspección de la laringe se luxa hacia la herida por tracción de un hilo pasado por la base de la epiglotis.



FIG. 8.—El hemi-hioides es liberado de las inserciones musculares para ser eliminado.



FIG. 9.—Eliminada la porción supraglótica de la laringe, quedan visibles las cuerdas vocales libres. La espátula señala la parte posterior de la glotis.

(a)			Localización	Fecha	Operación
A. Ocampo	M.	63 a.	S. Vicente	(Sept. 15/54)	Laringect. parc. horizontal, vaciamiento cuello
M. Hernández	F.	81 a.	Jericó	(Enero 24/55)	Laringect. parc. horizontal, vaciamiento cuello
R. Giral	M.	45 a.	Medellín	(Abril 12/55)	Laringect. parc. horizontal, vaciamiento cuello
<b>Los otros tres casos de este primer grupo son los siguientes:</b>					
R. Restrepo	F.	63 a.	Medellín	(Mayo 28/54)	Laringt. parc. horizontal.
G. Restrepo	F.	53 a.	Medellín	(Julio 16/54)	Laringt. parc. horizontal. Laringt. parc. vertical vaciamiento cuello.
L. Uribe	M.	69 a.	Medellín	(Julio 26/54)	

Son cuatro, dos recaídas y dos muertes:

	Localización	Fecha	Operación	Comprobación recaída	Fecha defunción
T. Arboleda	Medellín	(Julio 13/55)	Laringect. parc. horizont. va- ciamiento cuello	(Dbre. 2/55)	
J. Montoya	Predonia	(Sept. 12/55)	Laringect. parc. horizont. va- ciamiento cuello	(Abril 12/55)	
J. Castaño	Medellín	(Fbro. 25/55)	Laringect. parc. horizont. va- ciamiento cuello		(Julio 17/55)
A. García	Olaya	(Agosto 26/55)	Laringect. parc. vaciamiento cuello.		(Novbre. 3/55)

c) Los casos indefinidos son dos, uno por no haber sido posible obtener información y otro por ser recientemente practicada la intervención.

			Localización		Operación
L. Valencia	M.	52 a.	Seno piriforme. borde epiglot. repl. ariep. ganglios cuello	(Dbre. 6/54)	Laringect. parc. horizont. y vert. verifi. vaciamiento cuello.
M. Arango	F.	45 a.	Cara post. epiglot. banda vert. ganglios.	(Fbro. 3/56)	Laringect. parc. horizontal vaciamiento cuello.

### BIBLIOGRAFIA

- Justo M. Alonso CANCER LARINGEO. Ed. Paz Montalvo. 1954.
- Félix E. Leborgne. CANCER DE LA LARINGE. Casa Barreiro y Ramos. 1943.
- Louis Leroux, Maspétiol et Pic. (París). Les Annales D Oto-Laryngologie. Tomo 67-1950.
- Leroux et Maspétiol. Ann. D Oto.lar. Tomo 67. Pág. 663 et s.
- Jean Leroux Robert. Les Ann. D. O. L-Julio de 1949.
- Justo M Alonso. Les Ann. D Oto-laryngologie. Tomo 68. Pág. 443 y Pág. 689. Medellín, Mayo de 1956.

C | D



## PLAN DE LUCHA CONTRA LA ESTERILIDAD

Dr. Darío Sierra Londoño  
Académico de número

### RELATORIO

Teóricamente es fácil idealizar un plan contra la esterilidad, pero no ocurre lo mismo al llevarlo a la práctica.

Si observamos, por ejemplo, la cantidad de matrimonios estériles, en los cuales ellos mismos son los únicos responsables de su esterilidad debido a una juventud que cruzó todos los caminos de la sexualidad dándole rienda suelta a sus apetitos, contaminándose aquí y allí de toda clase de enfermedades venéreas; libando alcohol, en cantidades que llegaron a la toxicidad, podemos apreciar entonces la influencia del factor moral en la prevención de ella y vemos la primera dificultad grande para vencer en la lucha contra la esterilidad, puesto que la moralización de la juventud depende del hogar, de las escuelas, de los profesores, de los gobiernos. Hay pues que aunar todo esfuerzo para dar el primer paso hacia la victoria: **moralización.**

Otro grupo grande igualmente de matrimonios estériles está compuesto de personas que presentan diversos tipos de lesiones genitales o generales, descuidadas, en la época cuyo tratamiento habría sido exitoso, pero que se presentan a la consulta cuando aquel ya tiene muy poco o ningún éxito y constituye para ellos una sorpresa muy grande, cuando se les anota la causa de su esterilidad. Más alarmante todavía el hecho, cuando en el curso del interrogatorio, podemos apreciar como aquellos pacientes en épocas anteriores, hábiles para un tratamiento oportuno, concurren a un colega que pasó inadvertida la lesión.

Entramos así al segundo gran factor en la lucha contra la esterilidad: La ignorancia, que da al traste con tantos matrimonios y que en pueblos cuyo nivel de cultura se encuentra muy atrás, constituye a mi modo de ver una de las vallas más fuertes contra los propósitos de ésta campaña. Avanzando hemos alcanzado así otro punto de nuestra marcha en la realización de la lucha contra la esterilidad: **educación.** Llegamos ahora a la última etapa y nos encontramos con un fac-

---

(\*) Ponencia presentada a la Convención de la Sociedad Brasileira de Esterilidad.

tor no menos importante que los anteriores. Entremos por un momento a nuestros consultorios para que recordemos la no despreciable suma de consultas, en donde el factor económico de las pacientes no nos permite dar siquiera un paso hacia la conquista de su ideal. Y si salimos de allí, para buscarles amparo en otro sitio, encontramos que la pobreza de los hospitales de caridad; la pobreza, porqué no decirlo, de un buen número de facultades de medicina, es la causa del desamparo enorme de esta rama tan importante de la ciencia, que en los últimos años ha sido una revelación de progreso. Arribamos a la última etapa que nos conduce a la meta, el factor: **económico**.

Factor moral, factor educativo, factor económico, he aquí el trípode sobre el cual se levantará majestuoso el edificio que pueda contener las oficinas donde funcionará la campaña contra la esterilidad.

Como dije en un principio, es fácil idealizar la lucha, pero convertirla en realidad, es más difícil, puesto que los puntos que acabo de exponer y que constituyen las verdaderas bases de nuestro programa, necesitan tiempo, tesón y fe en el porvenir de nuestros pueblos. Pero si cada uno se propusiera llevar a la conciencia de todas las personas los medios que más adelante analizaré, estoy seguro, que algún día llegaríamos, con el fruto recogido, de la semilla sembrada en este magnífico certamen.

El plan que me propongo desarrollar lo dividiré en dos etapas.

La primera, una etapa que pudiera llamarse preventiva y la segunda, curativa, aun cuando en ocasiones una encierre parte de la otra.

## PRIMERA ETAPA

a) **Certificado prenupcial** — Punto de extraordinaria controversia siempre que se presenta a discusión. Personalmente creo que no debe ser obligatorio sino de simple labor educativa. Sostengo que no debe ser obligatorio puesto que todo individuo es libre para contraer matrimonio y no se puede hacer depender esa libertad de un certificado. Podría ser obligatorio el obtenerlo, pero por ningún motivo que de él dependa el que se permita o no el matrimonio.

Dicho certificado en mi opinión comprendería:

1. Examen clínico general con exámenes de laboratorio que el médico exija.
2. Radiografía de pulmones.
3. Serología.
4. Examen genital y exámenes complementares que de él se deriven.

El conocimiento de éstos exámenes y certificados por cada una de las personas interesadas sería lógico y a ellas y sólo a ellas correspondería decidir si contraen o no matrimonio ateniéndose a las consecuencias. Así se evitarían un sinnúmero de desastres dentro del matrimonio, estériles ignorados etc.

Dije en un principio que el certificado prenupcial debe ser de simple labor educativa. Veamos cómo se puede realizar: efectuando periódicamente, cada seis meses por ejemplo, ciclos de conferencias para aquellas personas que en el lapso de tiempo comprendido entre dos ciclos piensan contraer matrimonio. Es más conveniente que asistan los hombres y las mujeres aisladamente puesto que varían un poco si no mucho las exposiciones requeridas tanto para el hombre como para la mujer como se verá más adelante.

b) **Consulta pre-natal** — Insisto en la necesidad de la consulta pre-natal por cuanto en un plan de lucha contra la esterilidad no se puede perder de vista al individuo desde el vientre materno, puesto que es desde el instante de su fecundación cuando se inician un sinnúmero de eventualidades sobre las cuales puede recaer la causa de su posible esterilidad, tales como: lesiones del niño por déficit alimenticio de la madre durante el tiempo del embarazo, en minerales, vitaminas, proteínas etc. Trastornos que repercuten en el niño debido a focos sépticos, intoxicaciones agudas y crónicas, lesiones endocrinas que tratadas debidamente durante el embarazo se puede evitar en los descendientes.

Por estas razones considero que la consulta pre-natal debe entrar en la lucha contra la esterilidad pero es indispensable que sea hecha por médicos conscientes de su misión, que penetren verdaderamente en el problema, que traten de investigar los factores psíquicos que pueden estar preocupando a esa madre; factores sociales, factores económicos etc, para conducir al futuro del niño por rutas de seguridad. Por ello la consulta pre-natal debe estar en manos de especialistas que busquen apoyo en sus colegas, bien psicoanalistas, dietistas, endocrinólogos, que les ayuden en esta bella y ardua labor.

c) **Métodos anticoncepcionales** — Quizá es el capítulo al cual daré mayor importancia, bien por la calidad de lesiones funcionales y orgánicas que traen aparejadas a los órganos femeninos, ya por los trastornos psíquicos que llevan consigo en un porcentaje muy elevado, desencadenando al mismo tiempo desequilibrios endocrinos sobre todo ováricos y tiroideos. Todos esos trastornos funcionales van a re-

percutir en el feto o en el niño de diversas maneras que entro someramente a analizar.

Veamos en primer lugar cuáles son las lesiones sobre los órganos genitales. Para ir de lo simple a lo complejo tenemos: 1º Congestión pelviana simple; 2º Varicocele pelviano y ovaritis esclero-quística y 3º Esclerosis uterina.

Los trastornos psíquicos están representados por lo que **Sedillot** en 1931 llamó síndrome de las fraudulentas y que en el curso de éste estudio llamaré Síndrome de **Sedillot**.

Me he propuesto desde un comienzo no alargarme en disquisiciones que se saldrán del fin que me he trazado, que es sólo el de bosquejar las causas que considero perjudiciales para el feto y por onde, tarde o temprano serán reflejadas en el niño.

La congestión pelviana, el Varicocele pelviano y la ovaritis escleroquística son un cuadro frecuentísimo encontrado sobre todo en las mujeres que hacen uso de los métodos anticoncepcionales.

El éxtasis circulatorio provocado por la ausencia o aminoramiento del orgasmo después de haber alcanzado una congestión pelviana intensa, con las excitaciones previas al acto sexual, traen poco a poco un estado congestivo casi permanente sobre los órganos genitales femeninos, con su sintomatología propia. Dicho estado congestivo primeramente lleva al varicocele pelviano y a la esclerosis uterina en último término. Si en cualquier momento de esta etapa, la mujer desea un hijo y abandona los métodos anticoncepcionales, puede ella quedar embarazada viendo aparecer en no pocas ocasiones abortos o partos prematuros debidos a un defecto en la circulación que impide la buena nutrición del feto y en un buen número de casos éstos son debidos al estado de esclerosis a que ha llegado la matriz. Se encuentra el útero entonces en un verdadero estado de fibrosis, casi podría decir irreversible. No ocurre lo mismo con la congestión y el varicocele que se pueden tratar con éxito suprimiendo la causa y haciendo un tratamiento oportuno y razonable. El síndrome de **Sedillot** esencialmente caracterizado por trastornos psíquicos de la más variada naturaleza tiene su principal origen en la congestión pelviana y se caracteriza por manifestaciones psiconeuróticas, que van desde el carácter irritable hasta llegar a una verdadera neurosis. No escapa, estoy seguro a los médicos reunidos aquí, la importancia que tiene el síndrome de **Sedillot** para el feto y para el niño. Una mujer embarazada estando en condiciones psíquicas de inferioridad tiene necesariamente que perjudicar al feto que lleva en su vientre, bien porque sus condiciones nu-

trimentales no puede ser buenas ya por la influencia que los mismos pediatras dan a la parte psíquica de la madre cuando el hijo que presenta a la consulta, fue engendrado, nutrido o parido en esas condiciones. Cuántos inferiores mentales no encontrarían allí el origen de su inferioridad? Cuántas lesiones endocrinas no hallarían allí su causa? Cuántos trastornos psíquicos de la edad madura no se ocultan en las sombras de éstos trastornos de la mujer grávida? He ahí, los interrogantes que pongo ante este Congreso.

d) **El Parto** — He aquí un punto esencial en el futuro del hombre que no puede pasar inadvertido en la lucha contra la esterilidad por cuanto del trabajo del parto, de su buena marcha, de las drogas empleadas como analgésicas, así como de los anestésicos usados y del forceps muchas veces consecencial a esas substancias, va a depender el futuro del recién nacido, cuántas anoxias cuántos traumatismos craneanos! cuántas lesiones endocrinas! pueden depender de una mala o regular atención del parto. No podemos por lo tanto olvidar todos estos hechos si queremos dirigir una buena campaña encaminada a combatir la esterilidad. Se hace por lo tanto imperiosa la necesidad de encontrar los medios conducentes a una buena atención del parto verificandó una campaña en pro de una atención hospitalaria efectuando el parto por tocólogos de reconocida competencia, terminando de una vez por todas con los partos atendidos por manos inexpertas e impreparadas que constituyen un atentado para la vida o el porvenir del niño y cuántas veces de la misma madre.

e) **El niño frente a los trastornos endocrinos** — Especial atención merece este capítulo del programa trazado. Con frecuencia se observan en la edad adulta y en matrimonios estériles, trastornos endocrinos que han dejado sus huellas en los órganos genitales, que si hubieran sido atendidos oportunamente no habrían sido de consecuencias futuras. Es este un punto de observación diaria que exige un ataque inmediato y cuya culpabilidad está diluída en muchas personas: los padres, la mayoría de ellos por ignorancia; los médicos, en buena parte por desidia, falta de examen o ignorancia en cuestiones endocrinas. Especialistas médicos en diferentes ramos de la ciencia, cuya especialidad los ha llevado al abandono del examen general del enfermo, lo que conduce a pasar por alto gran cantidad de lesiones ocultas para el paciente, por cuanto en muchas ocasiones no producen ninguna molestia que fije su atención en ella para buscarle una solución oportuna. Es pues necesaria una intensa propaganda en favor del hallazgo de

esa clase de lesiones: insuficiencias hipofisarias, hipotiroidismo larvado, anomalías, diabetes etc.

f) **Conferencias a las madres** — Es preciso e indispensable una intensa campaña con las madres, tendiente a una mejor preparación que las capacite para la educación de sus hijos. El programa en este sentido se debe iniciar desde que el niño nace: conferencias de psicología, de pedagogía, nociones elementales y útiles sobre higiene general, higiene sexual, algunos síntomas importantes de lesiones endocrinas, talla del niño y peso a las diferentes edades, dentición, cambios somáticos según edad y sexo. Desarrollo de algunas glándulas, localización. Con estos conocimientos someros aun cuando fueran, cuánto se lograría en la lucha que nos proponemos! Comprendo, claro está, que las dificultades para verificar el desarrollo de esos temas no es fácil, pero si se inicia, en poco tiempo se puede recoger el fruto de esas enseñanzas. Los colegios, las escuelas, los gobiernos, ¡cuánto pueden ayudar en este sentido!

A las madres es preciso hacerles comprender cómo son de necesarios los exámenes genitales en la pubertad, sin ningún peligro para sus hijas. Cuando lleguen al matrimonio se encuentran en él sin problemas que oscurezcan aquella felicidad que soñaron y que muchas veces pone en peligro la vida del hogar.

g) **Conferencias a los padres** — Es cierto que aquí encontramos un escollo mayor, por cuanto el hombre siempre oculta la pereza y desidia por estas cuestiones en lo que el llama sus muchas ocupaciones, pero si tratamos de atacar aquella disculpa buscándolos en sus lugares de distracción, en los clubs que tanto se frecuentan, logrando horas cómodas, impresionándolos con buenos conferencistas, hallaremos que la labor sin dejar de ser dificultosa es posible. Si alguno necesita de estas enseñanzas es el padre, puesto que es él quien debe aconsejar al hijo en las mayores dificultades; y no puede ser buen consejero quien mucho ignora; y no es el trajín diario con la vida y las bregas con los negocios y el ánimo de conseguir dinero los que forman al hombre en esta cantidad de detalles que tiene la niñez, la pubertad, la vida psíquica. Es preciso que el hombre sepa por ejemplo: no el hecho de que hay una enfermedad venérea que se llama blenorragia, sino qué órganos pueden interesarse, lesiones que se producen en ellos, cuáles sus consecuencias inmediatas y futuras. Esto mismo para la sífilis, el alcohol ingerido en cantidades tóxicas y aún en las no tóxicas. Así mismo tratarles temas de psicología y pedagogía a su alcance para que puedan intervenir en la educación y formación del hijo.

**h) Educación en la Adolescencia** — Indiscutible es la importancia de esta época de la vida, tanto para el hombre como para la mujer. Es aquí donde amigos despiertan a ella y se encuentran en ocasiones desamparados. Es precisamente de este desamparo de donde nacen tantos vicios ocultos; de donde se desprenden tantas enfermedades ignoradas. Es de esta época de donde va a depender el porvenir físico y hasta psíquico de la persona. Es en mi opinión la época de la vigilancia; del cuidado, del consejo oportuno y qué bella época para modelar el carácter, formar la voluntad, templar el espíritu y formar conciencias que sean una promesa para la Patria, el hogar y la sociedad. ¡Qué bella oportunidad la adolescencia para una lucha contra la esterilidad, formando durante ella espíritus fuertes que no se dobleguen por temor o por miedo, capaces de luchar, contra las pasiones; que sean más inflexibles por dominio sobre sí mismos! Pero para llegar a formar esta clase de caracteres es indispensable la educación en esta magnífica, a la vez que peligrosa época de la vida. Que conozcan a fondo los peligros, que sepan que es la masturbación, para que no caigan en ella por ignorancia. Que sepan qué son las enfermedades venéreas, cómo se contraen, cuáles son las consecuencias. Que se den cuenta en esta época de la vida que las enfermedades que se adquieren durante ella son las que pueden poner en peligro un porvenir brillante que se apaga al soplo de una enfermedad venérea. Que puedan apreciar al menos someramente qué síntomas indican la llamada a una consulta oportuna.

**Cómo se logra lo anterior** — Educando a la juventud en los colegios y escuelas, sabiendo escoger grupos de educandos que estén en condiciones de captar el problema. Hablándoles claro, sin necesidad de despertar la imaginación. Haciéndoles comprender la grandeza de la fecundación, la importancia de la vida del feto en el vientre materno. Inculcándoles la belleza de las funciones de reproducción dentro del matrimonio. Esto sobre todo en lo que dice relación al sexo masculino.

Igualmente se escogerán conferencistas para el sexo femenino. Se les educará en relación con sus funciones: la regla, época de aparición, modo de presentarse, periodicidad, caracteres especiales, síntomas importantes de menstruaciones anómalas, necesidad de la consulta, dolores pelvianos, flujos, importancia de las enfermedades generales y endocrinas, nociones anatómicas y fisiológicas de esos órganos. Inculcarle la facilidad con que se puede hacer un examen genital, la necesidad de él en algunos casos, hemorragias funcionales.

amenorreas, oligomenorreas, dismenorreas etc. etc. Hacerles comprender cómo toda esa clase de trastornos se curan con relativa facilidad para ir terminando con la creencia de que son naturales o de que no se curan. Ponerles de presente como aquellos signos superficiales en muchas ocasiones pueden ser la indicación de una lesión importante para el porvenir, pero que vista y tratada en tiempo oportuno, no significa nada.

Al hombre igualmente se le educará respecto al desarrollo somático; trastornos glandulares que pueden influir en el desarrollo somático y sexual; qué es una fimosis, la criptorquidia, la hipoplasia testicular, sus características. Trastornos que pueden presentar consecuencias funestas en ocasiones. Funciones glandulares, su repercusión orgánica en el caso de insuficiencias hipofisarias, tiroideas etc. Si programas de esta naturaleza se llevan a cabo en esta edad de la vida, obtendríamos óptimos frutos para un plazo no muy largo.

## SEGUNDA ETAPA

### a) Centros de esterilidad con laboratorios de investigación —

No se puede justificar la ausencia de centros de esterilidad sobre todo en ciudades en donde funcionan Facultades de Medicina, por lo tanto es necesario que se haga una labor por medio de este congreso para lograr que en poco tiempo, en todos los hospitales en donde funcionan Facultades de Medicina, se proceda a fundar centros contra la esterilidad, pero se hace urgente también que de aquí salgan las normas de lo que un centro contra ella necesita: es lo que me propongo en este capítulo.

En primer lugar los centros contra la esterilidad deben tener vida propia, pero esa vida propia debe estar subordinada a un servicio bien dotado de Ginecología. Tiene ello dos fines: por un lado el económico, por otro el científico. El económico por cuanto la esterilidad es la hija mayor de la Ginecología y ambas aprovechan sus dotaciones. Pero para ello es indispensable que la Cátedra de Ginecología posea sus diferentes secciones a saber: a) Endocrinología, b) Anatomía patológica, c) Fisioterapia. d) Sección urológica, de tal manera que la sección de esterilidad de una vez aproveche aquellas otras secciones tan útiles como importantes para ambas. Sobra decir que todas a la vez deben tener una dotación perfecta a la luz de la ciencia moderna.

Esta unión del servicio ginecológico y del servicio de esterilidad tiene a su vez otro objeto que es el de unir más y más las ideas del ginecólogo y del especialista en esterilidad, que no siempre están



acordes, por cuanto el que se dedica a la esterilidad siempre busca más y más la integridad del aparato genital, mientras aquel cree que curando a la enferma de la lesión que padece, ya cumplió su misión y olvida en gran número de casos que los órganos genitales cumplen otra misión más grande y que se deben cuidar como que son la planta más delicada del organismo femenino. Pero todo buen servicio de esterilidad no queda completo con lo anterior: es preciso que sujeto a él, posea un servicio de investigación y experimentación para completar su labor científica.

No tiene objeto en manera alguna señalar los elementos que debe poseer todo servicio que vaya dirigido a luchar contra la esterilidad; pero sí sería muy bueno que de aquí saliera un programa de orientación respecto a la conducta que se debe seguir en presencia de un matrimonio estéril, para trazar planos más o menos unificados en la lucha contra la esterilidad. Como sé que hay temas en este Congreso dirigidos en el mismo sentido, me abstengo por el momento de dar opinión alguna.

Pero hay algo más. Es necesario que los centros de esterilidad ubicados sobre todo en lugares en donde existan Facultades de Medicina, se encuentren todos en íntima unión científica por medio de revistas. Es igualmente necesario que esos centros principales contra la esterilidad organicen cursillos para estudiantes y médicos graduados, con el fin de ir inculcando en la conciencia de todos los médicos la necesidad de la especialización en esta rama para no seguir viendo tratamientos empíricos como los que efectúan los médicos generales en esta importante especialidad y que sólo tiene alguna justificación cuando se observa que en muchos lugares los pocos especialistas que hay no alcanzan a llenar el vacío tan enorme, debido al sinnúmero de matrimonios estériles.

Los centros de esterilidad de los cuales me he ocupado, tendrán el encargo de fundar nuevos de acuerdo con las necesidades y la situación económica.

Dejo así de una manera sucinta la labor que se puede desarrollar desde los centros de esterilidad en una lucha científica y organizada.

b) **La Ginecología médica. Su enseñanza** — Hemos venido reseñando un plan de lucha contra la esterilidad; es por lo tanto indispensable recalcar la necesidad de una enseñanza de la Ginecología moderna sobre bases firmes de una conservación lo más integral posible de aquellos órganos. Considero que hay en ello un punto álgido si que-

remos salir avantes en nuestro empeño. A nadie se oculta la cantidad de cirujanos generales dedicados aún a extirpar órganos genitales que con un tratamiento médico bien conducido, podrían quedar en integridad. Más raro aún, ver ginecólogos que todavía se lanzan a intervenir lesiones sin procurar antes el tratamiento médico del caso. Es en las cátedras de Ginecología donde el profesor está más obligado que ningún otro, a insistir en los tratamientos médicos, en la buena enseñanza de ellos, con dotaciones completas y perfectas en donde el estudiante pueda apreciar la bondad de los tratamientos, para que mañana sea el defensor de ellos y por lo tanto un capitán en la lucha contra la esterilidad.

c) **La Ginecología quirúrgica ultra-conservadora** — En la labor de un buen profesor de clínica ginecológica se encuentra el de inculcar a sus discípulos, por medio de conferencias y de intervenciones quirúrgicas, la necesidad de conservar, ojalá en un todo, los órganos genitales femeninos. Lógicamente que me refiero a lo que se encuentra dentro de lo posible. No deseo delante de un auditorio tan selecto, compuesto de especialistas en esterilidad, todos, absolutamente todos con más autoridad científica que yo, tratar siquiera de señalar las indicaciones que los variados casos quirúrgicos exigen. Pretendo únicamente dentro del tema que se me ha señalado, anotar que una de las mejores maneras de luchar contra la esterilidad, se halla, a no dudarlo, en las cátedras de Ginecología. Es por lo tanto a los profesores a quienes incumbe esta parte del modesto trabajo que he realizado. Sería de mucho interés que una de las conclusiones del Congreso fuera: Comunicar a los profesores de Ginecología de las diferentes facultades, el agrado tan grande conque el congreso de esterilidad reunido en Río de Janeiro, vería el que se intensificara la enseñanza de una Ginecología médica de acuerdo con las terapéuticas modernas; y que al llegar ésta al campo quirúrgico, no se olvidara nunca la necesidad de la mayor conservación posible de aquellos órganos, tratando luego de devolverles su completo funcionamiento.

d) **La endocrinología. Su enseñanza** — A nadie se oculta la necesidad, dentro del campo de la lucha contra la esterilidad, que se tiene de buenos conocimientos endocrinológicos. Si ponemos de presente que todo clínico o médico según **Houssay**, debe conocer ineludiblemente los fundamentos de la endocrinología para diagnosticar y tratar correctamente a todos sus enfermos generales: qué no diremos entonces de los conocimientos en esta rama de un ginecólogo o de un especialista en esterilidad! Pero cuál es la mejor manera de alcanzar lo

que se busca en una lucha contra ésta última sino tratando de educar convenientemente en los temas más estrechamente enlazados con ella? Es por ésta razón por la cual propongo como otra conclusión del congreso la necesidad de que en las Facultades de Medicina se dé mayor importancia a esta rama. Qué razones existen para que en muchas de nuestras facultades, la Endocrinología permanezca relegada a un plano inferior? Por qué no insistir con esas facultades en la necesidad de crear cátedra de Endocrinología en donde el estudiante y muchos médicos generales y aún especialistas en ginecología, amplíen sus conocimientos con bases endocrinológicas? qué guíen la medicina por sendas de progreso que repercutirán muy favorablemente en la lucha contra la esterilidad?

e) **Abortos** — En la campaña de la esterilidad es imposible que falte la lucha contra el aborto, y al hablar de aborto lo hago contra el aborto criminal el aborto mal llamado terapéutico y el aborto espontáneo. Contra el primero nada hay que hablar, su calificativo de criminal lo dice todo. El aborto terapéutico va pasando de moda a medida que los conocimientos terapéuticos mejoran. En la tuberculosis, está en desuso; en las cardiopatías, se prefiere el tratamiento de la lesión. En las toxicosis gravídicas, se recomienda el tratamiento científico y los tratamientos preventivos, lo que ha conducido al abandono del mal llamado aborto terapéutico. Pero es preciso por medio de este congreso, que estos hechos se declaren enfáticamente y no se use ni abuse más del término terapéutico, en el cual se escudan tantos abortadores criminales constituyéndose ellos en enemigos de una buena campaña de esterilidad. El aborto espontáneo y el aborto a repetición a pesar de constituir todavía una dificultad médica, no por eso ha dejado de mejorar con los tratamientos contra la esterilidad; con la consulta prenatal, con los estudios de los espermogramas, con los tratamientos estrogénicos etc. etc. Pero hace falta divulgación científica al respecto con el fin de terminar una vez por todas con los que sostienen que muy poco o nada hay para hacer en estos casos, cuando es todo lo contrario y vemos cada día los efectos benéficos de la eliminación de un foco séptico, de la curación de una deficiencia glandular, de los efectos de un buen régimen alimenticio, de los resultados de una proteínoterapia en las deficiencias. No continúo sobre este tema por cuanto ya tendremos ocasión de oír bellas exposiciones sobre dicho asunto. Pero es preciso, si deseamos una buena lucha contra la esterilidad, dar un mayor conocimiento sobre este tema de tanto interés y de tan magníficos resultados terapéuticos.

f) **Factores sicosomáticos** — Cómo negar hoy día la influencia del factor sicosomático en la esterilidad, si hay observaciones a diario que nos muestran claramente la influencia de este factor. Por lo tanto, en una lucha contra la esterilidad no lo podemos perder de vista.

Cómo desconocer las amenorreas de origen psíquico, las poli y oligomenorreas por temor o miedo; las hemorragias funcionales debidas a choques morales; la menopausia precoz debida a causas semejantes? Cómo rechazar la dismenorrea, la dispareunia, la frigidez, nacidas de una luna de miel en donde el marido fue desconsiderado y brusco y la mujer, ingenua e ignorante? Después de aceptar estos pocos principios, cómo ir entonces a desconocer el factor sicosomático de la esterilidad? Somos un compuesto de alma y cuerpo y nada de lo que pasa al espíritu puede ser ajeno a lo somático; y sabemos que las conmociones del sistema nervioso, influyen más que en ninguna otra parte en el sistema endocrino y conocemos que de el buen equilibrio de este sistema depende el funcionamiento normal del resto de nuestro organismo. Entonces por qué no darle tanta o más importancia, para que podamos conocer más de cerca porqué se perturba el soma?.

Son estas consideraciones las que me han obligado a no pasar por alto este factor en la lucha en que estamos empeñados. Es preciso pués, una campaña en pro de penetrar más profundamente en el espíritu de la pareja estéril. Investigar sus preocupaciones y anhelos; interrogar a fondo la vida de los cónyuges, sus angustias pasadas, sus temores presentes, sus ambiciones futuras. Profundizar en la vida de ese hogar, sus incompresiones, sus tragedias económicas, sus condiciones higiénicas, su vida sexual, el manejo del marido, sus vicios etc. para que de allí brote la chispa que ilumine la conducta que se debe seguir dentro del tratamiento que se va a empezar.

C | D

## EL PROBLEMA DEL CANCER EN MEDELLIN

Jorge Restrepo Gaviria  
Luis Carlos Ochoa  
Javier López Jaramillo  
Dpto. de Medicina Preventiva  
y Salud Pública.  
Fac. de Medicina de U. de A.

### Importancia y objeto de este trabajo.

Sabemos que el cáncer causa en Medellín al rededor de 450 muertes anuales. En este estudio procuraremos analizar con algún detalle estas muertes con el objeto de conocer la gravedad, características e importancia relativa del problema y basados en estos datos, en las experiencias de otros países, en las investigaciones modernas sobre etiología del cáncer en particular del cáncer del pulmón y en nuestras peculiaridades económicas e higiénicas, procuraremos llegar a conclusiones que nos parezcan de algún valor práctico.

Es un concepto generalmente aceptado que la alta mortalidad por cáncer en un país es índice del buen estado de la medicina preventiva en dicho país y la razón para esto es que son las enfermedades infecto-contagiosas las que responden más dramáticamente a las medidas preventivas aumentando por este motivo la proporción de muertes por enfermedades muy difícilmente prevenibles y tratables como el cáncer. De aquí deducimos que al considerar la importancia del cáncer con relación a otras enfermedades, entre nosotros, y al comparar esto con la realidad de otros países, podremos formarnos una idea del estado de la medicina preventiva en Medellín.

De todo esto podemos concluir que a medida que progresa la salud pública el problema del cáncer se va haciendo de mayor actualidad e importancia.

### Investigación realizada.

Hemos revisado los certificados de defunción de los años 1943 y 1955 y anotado todas las muertes atribuidas a neoplasias malignas junto con los datos de localización, edad, sexo y estado civil. Como los diagnósticos de dichos certificados son en su grandísima mayoría basados en datos clínicos, éstos están sometidos a innumerables cau-

---

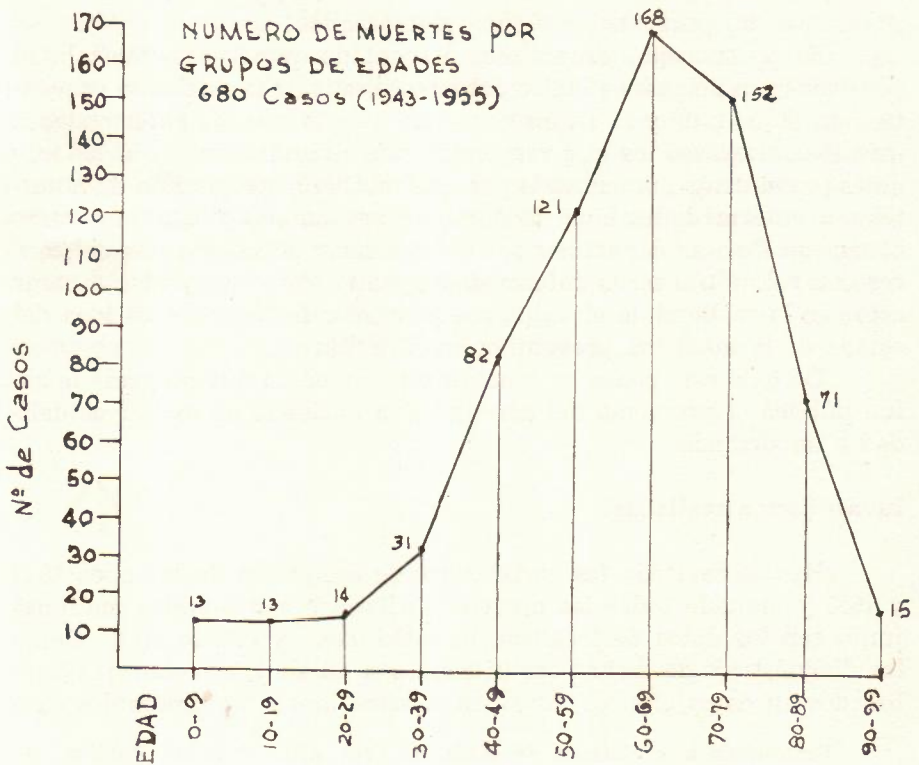
Presentado a la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública.

sas de error muy particularmente en cuanto se refiere a neoplasias de localización visceral. Con este objeto hemos querido comparar los datos obtenidos de este modo con el material de autopsias del Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia, donde se hacen autopsias de más del 40% de los pacientes que fallecen en el Hospital de Sn. Vicente sin ninguna selección

## RESULTADOS

### Mortalidad por cáncer en Medellín (total) (Número de muertes por cada 100.000 h.)

Año	Nº de muertes por cáncer	Población calculada	Mortalidad
1943	227	242.000	94 x 100.000
1955	453	457.000	99 x 100.000



### Mortalidad por sexo.

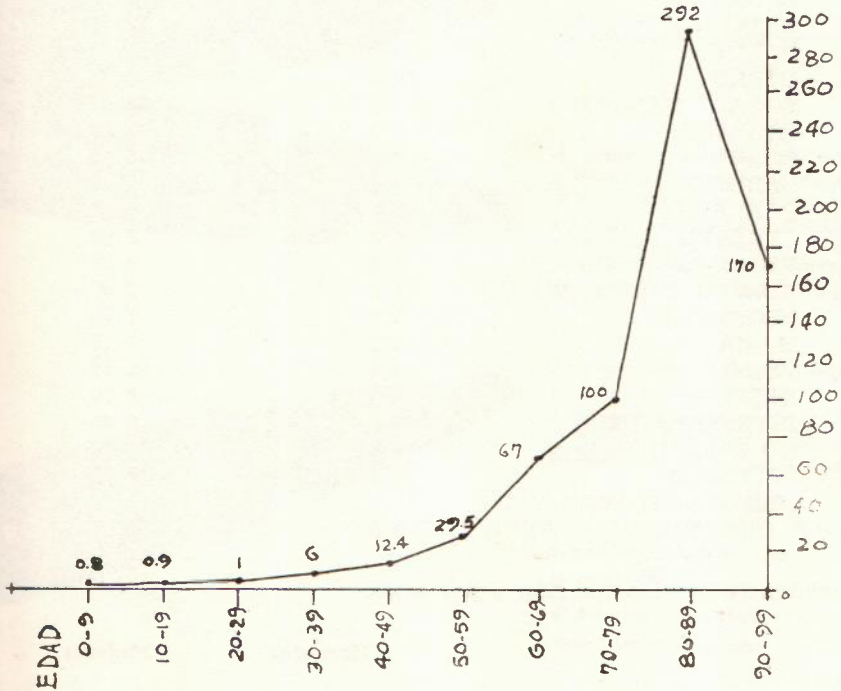
En el año de 1943 murieron por cáncer en Medellín 90 hombres y 135 mujeres.

En 1955 murieron por cáncer 183 hombres y 270 mujeres, presentando cada grupo la mortalidad siguiente (por cada 100.000):

	1943		1955	
	Nº calculado	Mortalidad	Nº calculado	Mortalidad
HOMBRES	111.000	82 x 100.000	210.000	87 x 100.000
MUJERES	131.000	102 x 100.000	240.000	103 x 100.000

### Número de muertes por grupos de edades.

De aquí podemos deducir que el 88% de las muertes por cáncer ocurren en individuos entre 40 y 89 años.



MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES  
Medellín 1955

## Mortalidad por grupos de edades.

Es interesante estudiar la frecuencia con que se presenta el cáncer entre personas que corresponden a distintos grupos de edades.

Referente a los grupos de edades más avanzadas reconocemos que el número de personas que a ellos corresponden es escaso y por lo tanto las cifras no son de mucho valor estadístico.

## Frecuencia de las principales localizaciones.

Nos limitamos aquí a las localizaciones más frecuentes pues el pequeño número correspondiente a otras localizaciones no alcanzaría a tener valor estadístico.

	1943	1955
ESTOMAGO	17.7%	18.6%
HIGADO	23.0	13.25
PULMON	6.2	11.15
UTERO	10.6	8.0
BOCA Y FARINGE	2.6	4.0
ESOFAGO	2.2	3.85
COLON	0.9	3.50
LARINGE	0.4	2.70
PANCREAS	1.3	2.20
CEREBRO	2.2	2.00
VESICULA Y VIAS B.	0.4	2.00
HUESOS Y CONJUNTIVO	1.8	2.00
PROSTATA	0.9	1.75
MAMA	3.1	1.75
VEJIGA	3.5	1.10
RECTO	2.2	0.90
INTESTINO DELG.	0.9	0.45
NO ESPECIFICADOS	17.7	17.50
LEUCEMIA	0.4	2.45
LINFOBLASTOMAS Y DE ORGANOS HEMATOPOY.	0.9	1.10

## Frecuencia por localización y por sexo.

	Hombres		Mujeres	
	1943	1955	1943	1955
ESTOMAGO	28.0%	20.50%	11.1%	17.02%
HIGADO	24.7	10.80	22.2	14.80

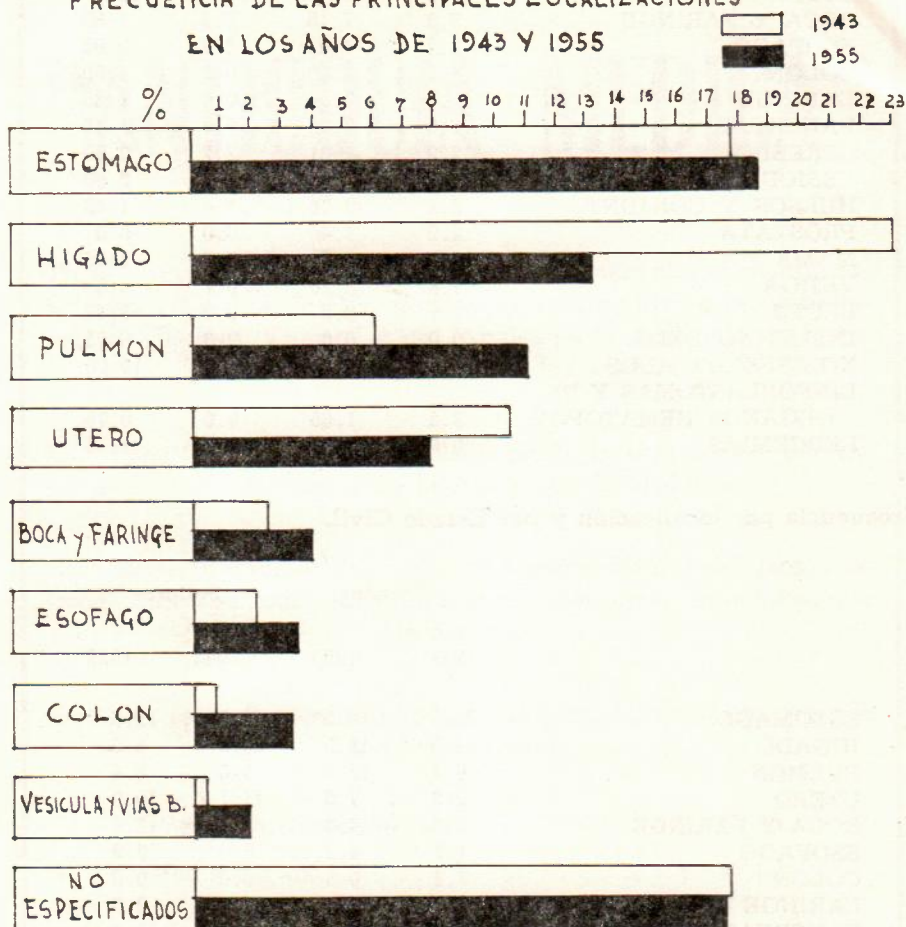


PULMON	8.9	14.70	4.4	8.80
UTERO	0.0	0.0	20.0	13.50
BOCA Y FARINGE	3.3	7.18	2.2	1.85
ESOFAGO	2.2	4.80	2.2	2.95
COLON	1.1	2.20	0.7	4.50
LARINGE	1.1	3.80	0.0	1.85
PANCREAS	0.0	3.30	0.7	1.48
CEREBRO	2.2	1.61	2.2	2.00
VESICULA Y VIAS B.	1.1	1.80	0.0	2.60
HUESOS Y CONJUNT.	2.2	2.70	1.4	1.48
PROSTATA	2.2	4.40	0.0	0.0
MAMA	0.0	0.0	5.2	2.95
VEJIGA	7.8	2.20	0.7	0.38
RECTO	1.1	0.0	3.0	1.48
INTESTINO DELG.	0.0	0.0	0.0	0.75
NO ESPECIFICADOS	10.0	15.25	23.0	19.00
LINFOBLASTOMAS Y DE ORGANOS HEMATOPOY.	2.2	1.65	0.0	0.75
LEUCEMIAS	0.0	3.30	0.7	1.85

### Frecuencia por localización y por Estado Civil.

	Casados		Solteros	
	1943	1955	1943	1955
ESTOMAGO	20.5%	19.5%	10.8%	19.8%
HIGADO	24.0	15.9	20.2	6.9
PULMON	6.4	12.6	5.5	8.4
UTERO	12.2	7.5	11.1	10.9
BOCA Y FARINGE	2.3	4.8	3.7	2.0
ESOFAGO	1.2	4.2	5.6	2.9
COLON	1.2	0.0	0.0	0.0
LARINGE	0.6	4.8	0.0	2.0
PANCREAS	1.2	1.8	1.8	3.9
CEREBRO	1.8	1.2	3.7	4.9
VESICULA Y VIAS B.	0.6	2.4	0.0	1.0
HUESOS Y CONJUNT.	1.8	1.5	1.8	3.9
PROSTATA	0.0	2.1	3.7	1.0
MAMA	2.9	2.3	3.7	0.0
VEJIGA	2.3	1.5	3.7	0.0
RECTO	0.6	0.9	7.4	1.0
INTESTINO DELG.	1.2	0.0	0.0	2.0
NO ESPECIFICADOS	17.7	16.8	14.8	22.9
LINFOBLASTOMAS Y DE ORGANOS HEMATOPOY.	1.8	0.6	1.8	2.9
LEUCEMIAS	0.0	2.1	1.8	3.9

FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES LOCALIZACIONES  
EN LOS AÑOS DE 1943 Y 1955



**Material de autopsias del Instituto de Anatomía Patológica.**

Estas estadísticas se basan en los diagnósticos macroscópicos del libro de autopsias del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia.

Se consultaron un total de 980 autopsias practicadas entre Enero de 1944 y Mayo de 1956.

No se incluyeron las autopsias cuyo diagnóstico macroscópico no figura en el libro citado.

Consideramos aquí las mismas localizaciones que en el material anterior por la razón expuesta.

Como se trata de autopsias no existe prácticamente causa de error en cuanto al diagnóstico y localización de las neoplasias y por este motivo creemos que los porcentajes aquí obtenidos son los más de acuerdo con la realidad y pueden servirnos para comparar y valorar aquellos sacados de diagnósticos clínicos.

Número de autopsias	980	
Con diag. de cáncer (todas sus formas)		155
Hombres	102	65%
Mujeres	53	35%

#### Porcentaje de las principales localizaciones.

	Total	Hombres	Mujeres
ESTOMAGO	19.91%	11.7%	9.5%
PULMON	10.31	14.7	1.9
CEREBRO	6.45	6.7	5.6
HIGADO	6.45	6.7	5.6
UTERO	5.81	0.0	17.0
PANCREAS	5.18	2.8	9.5
VEJIGA	3.86	4.8	1.9
PROSTATA	3.21	4.8	0.0
ESOFAGO	3.21	1.9	5.6
MAMA	2.56	0.0	7.5
VESICULA Y VIAS BI.	1.93	0.0	5.7
CAVIDAD BUCAL Y FARINGE	1.93	1.9	1.9
INTESTINO DELGADO	1.28	1.0	1.9
COLON	1.28	0.0	3.8
LARINGE	1.28	1.9	0.0
RECTO	0.65	1.0	0.0
HUESOS Y CONJUNTIVO	0.65	1.0	0.0
NO ESPECIFICADAS	13.01	14.7	9.5
LEUCEMIA	10.31	12.7	5.6
LINFOBLASTOMAS Y DE ORGANOS HEMATOPOYETICOS	9.71	11.7	7.5

#### Cáncer en relación con otras causas de mortalidad.

	Nº de muertes en 1943
DIARREAS Y ENTERITIS	708
ENF. CARDIACAS	384

TUBERCULOSIS DEL AP. RESP.	240
<b>CANCER</b>	<b>225</b>
NEFRITIS (TODAS FORMAS)	206
BRONCONEUMONIA	192
BRONQUITIS (TODAS FORMAS)	177
TIFOIDEA	160
NACIMIENTO PREMATURO	114
HEMORRAGIA EMBOLIA Y TROMBOSIS CEREBRALES	104

## EL CARCINOMA BRONCOGENICO

Queremos dedicar un capítulo aparte al carcinoma pulmonar debido a la importancia que este ha venido a alcanzar por su aumento real en lo que va corrido de este siglo. Para confirmar esta afirmación presentaremos estadísticas exclusivamente basadas en datos tomados de autopsias y nos limitaremos a lo que va corrido de este siglo pues sólo desde los últimos años del siglo XIX está la patología en capacidad de reconocer el carcinoma pulmonar sin mayor causa de error.

Es verdad que el aumento de la mortalidad total por cáncer en todo el mundo es un hecho fácilmente explicable por el aumento del promedio de vida que hace que más personas lleguen hoy a la edad del cáncer; pero debe haber otra causa para explicar el aumento desproporcionado del carcinoma broncogénico con relación a otras localizaciones de cáncer. De esto nos dan un ejemplo claro las siguientes estadísticas:

### Autopsias de cáncer del Instituto de Anatomía Patológica de Goettingen (2)

### Material de autopsias del Boston City Hospital (3)

Porcentaje de ca. pulmonar	Porcentaje de ca. pulmonar
1852-1879 . . . . . 0.7%	1900-1904 . . . . . 3.50%
1880-1908 . . . . . 0.9%	1905-1909 . . . . . 7.69%
1906-1912 . . . . . 2.6%	1910-1914 . . . . . 5.88%
1921-1927 . . . . . 4.4%	1915-1919 . . . . . 4.40%
1927-1931 . . . . . 9.8%	1920-1924 . . . . . 7.07%
	1930-1934 . . . . . 12.96%

Entre nosotros no tenemos estadísticas que nos puedan servir en este sentido pero casi sin temor a equivocarnos podríamos aceptar

que hemos tenido un aumento puesto que actualmente alcanza un porcentaje de incidencia en relación con otros carcinomas de 10.31% (Material de autopsias del Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia).

### **Relación posible entre consumo de cigarrillo y cáncer pulmonar.**

El aumento desproporcionado de la incidencia del carcinoma pulmonar como ha sido expuesta anteriormente ha llamado mucho la atención de los investigadores llegándose a pensar que el aumento del hábito de fumar en los últimos años podría ser por lo menos un importante factor. Efectivamente las estadísticas realizadas por el Dr. Licint de Dresden en 1953 (4) demuestran una relación clara entre el aumento del consumo de cigarrillo y el aumento de la mortalidad por carcinoma broncogénico.

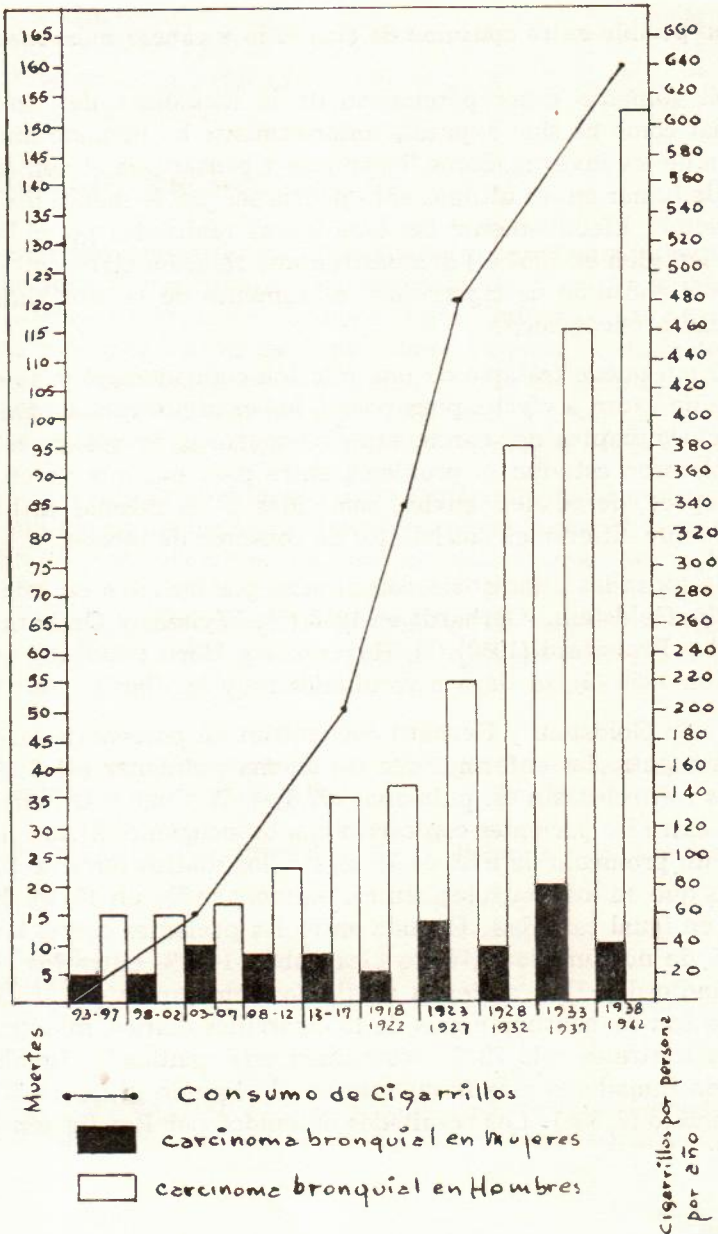
Como puede tratarse de una relación coincidencial y no de una relación de causa a efecto, pues podría haber algún otro factor o factores determinantes del carcinoma broncogénico, varios investigadores resolvieron estudiar el problema entre personas que viven en la misma época, de edades iguales, sometidas a las mismas influencias etc., pero que difieren en sus hábitos de consumo de tabaco.

En todas las estadísticas consultadas por nosotros en este sentido (Levin, Goldstein, Gerhardt en 1950 (5). Wynder y Graham (1950) (6); Doll y Brandford (1950) (7); Hammond y Horn (1954) (8); y la de Randig en 1955 (9), se llega a resultados muy similares.

Levin Goldstein y Gerhard encuentran un porcentaje mayor de fumadores entre los enfermos con carcinoma pulmonar (84.8%), que entre los controles, sin ca. pulmonar (77.8%). Wynder y Grham hallaron que entre los pacientes con carcinoma broncogénico 51.20% habían fumado un promedio de más de 20 cigarrillos diarios durante 20 años mientras que en los controles, sin ca. pulmonar sólo un 19.1% habían fumado en igual cantidad. Cuando entre los pacientes con c. b. había un 1.3% de no fumadores, éstos alcanzaban 14.6% entre los controles. Brandford y Doll obtienen resultados semejantes (33.9% de los enfermos con ca. consumen más de 15 cigarrillos diarios, mientras que entre los controles solo 22.7% consumen esta cantidad). Igualmente son los no fumadores más frecuentes en el segundo grupo (4.2% que en el primero (0.3%). Los resultados obtenidos por Randig son los siguientes:

promedio de Consumo de Cigarrillo por persona  
 por año comparado con número de Casos de  
 Carcinoma broncogenico por año

F LICKINT DRESDEN 1953

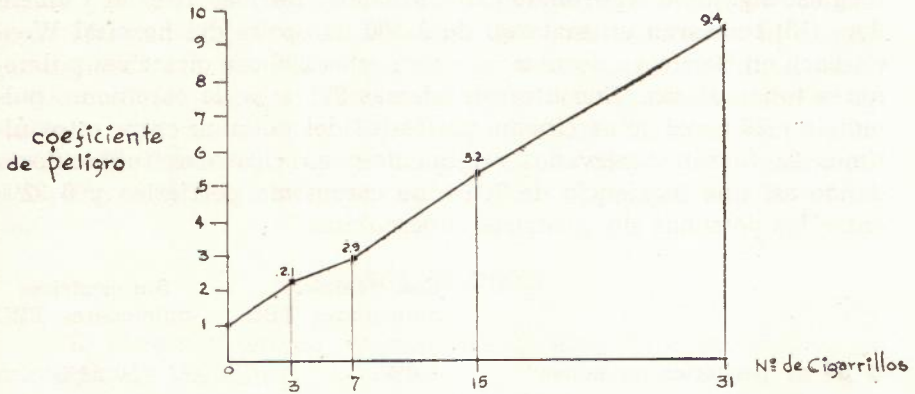


No fumadores

Fuman más de  
20 cigarrillos  
día.

Con carcinoma broncogénico . . . . .	1.2%	34.2%
Sin carcinoma broncogénico . . . . .	5.8%	17.9%

El mismo autor llega a la conclusión que el carcinoma broncogénico es 5 veces más frecuente en el fumador medio que en el no fumador y 10 veces más frecuente en las personas que fuman más de 30 cigarrillos al día que en quienes no fuman.



Igualmente Hammond y Horn llegan a los siguientes resultados después de un estudio de 187.766 personas:

El ca. pulmonar es

3 a 9 veces más frecuente entre fumadores que entre no fumadores.

5 a 16 Veces más frecuente entre personas que fuman más de 1 paquete que entre no fumadores.

A estos estudios estadísticos se han sumado estudios experimentales en animales como los realizados por el Profesor O. Muehlbock de Amsterdam (10) quien sometió ratones durante 2 años a una atmósfera con humo de cigarrillo; los resultados al compararlos con los controles fueron los siguientes:

	Con carcinoma broncogénico	Sin carcinoma broncogénico
EXPUESTOS	23	6
NO EXPUESTOS	10	22

A esto debemos agregar las investigaciones de los Drs. Lettré y Jahn de Heidelberg (11) quienes lograron aislar de los extremos de cigarrillos fumados, varios hidrocarburos cancerígenos entre ellos el 3-4 benzopireno que es la sustancia cancerígena más activa del alquitrán.

### **TUBERCULOSIS PULMONAR Y CARCINOMA PERIFERICO PULMONAR.**

Desde 1939 Roessle y Friedrich (12) llamaron la atención hacia la aparición de carcinoma en las cicatrices pulmonares tuberculosas; luego se siguieron reportando casos aislados. En 1955 Themel y Luennders (13) revisaron un material de 2.500 autopsias del hospital Wenckebach en Berlín y encontraron entre estas 298 con cicatrices pulmonares tuberculosas. Encontraron además 87 casos de carcinoma pulmonar y 30 casos de carcinoma periférico del pulmón; entre estos últimos 22 fueron observados originándose en cicatrices tuberculosas dando así una incidencia de 7.6% de carcinoma periférico y 0.32% entre las personas sin cicatrices tuberculosas.

	<b>Con cicatrices pulmonares TBC</b>	<b>Sin cicatrices pulmonares TBC</b>
% de ca. periférico pulmonar	7.6%	0.32%

Esto lo consideramos de importancia puesto que el carcinoma periférico constituye al rededor del 26% de los carcinomas pulmonares.

### **IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL CANCER**

Lógicamente que quizá lo más importante en relación con la prevención de muertes por cáncer es que el tratamiento se haga lo más temprano que sea posible y para esto es absolutamente necesario un diagnóstico precoz. Para el diagnóstico precoz es condición indispensable.

1º Que el paciente esté educado para consultar al médico tan pronto como aparecen los primeros síntomas y

2º Que el médico, conciente de esta necesidad, examine a su paciente muy cuidadosamente hasta aclarar satisfactoriamente su sintomatología y en caso de cáncer este sepa aconsejar su paciente e instituir el tratamiento más apropiado para cada caso particular.

En un medio cultural bajo como el nuestro palpamos cada día



la necesidad apremiante de una mayor información del público con relación a la necesidad de consultar al médico rápidamente.

Algunos países como los EE. UU. han fundado centros de detección de cáncer donde se examinan personas que no hayan presentado ninguna sintomatología (14). Estos centros reportan un hallazgo de cáncer en un 1% de los examinados.

## CANCER Y HERENCIA.

Las experiencias realizadas en animales de laboratorio obteniendo por selección cepas de ratones que sufren fatalmente cáncer de determinada localización así como de cepas resistentes lo mismo que la incidencia frecuente de cáncer en determinadas familias, parece que no dejan lugar a duda en cuanto se refiere a la relación entre cáncer y herencia. Morton (14) considera que entre los miembros de una familia donde ha muerto una persona de cáncer, esta misma localización es 10 veces más frecuente que en el promedio de la población.

## CONCLUSIONES

El cáncer es una de las primeras 4 causas de mortalidad en el municipio de Medellín.

El mayor número de muertes por cáncer corresponde a individuos mayores de 50 años.

Teniendo en cuenta lo anterior y debido a los costos que demandaría y el relativo poco resultado que puede obtenerse de una campaña contra cáncer consideramos que hay problemas de mucha mayor urgencia y menor costo que deben ser resueltos primero.

En caso de hacerse campañas estas no han de ser alarmistas y en ellas debe hacerse hincapié en que el cáncer es una enfermedad curable cuando se consulta rápidamente al médico.

No obstante, reconocemos la necesidad de que el médico esté convencido de la importancia fundamental de un diagnóstico precoz.

Debemos hacer lo posible por fomentar el examen periódico de las personas aparentemente sanas, el cual debe comprender aquellos sitios donde con mayor frecuencia se inicia el cáncer y que por su colocación son fácilmente explorables como la boca, faringe, laringe, cervix, mamas, órganos genitales masculinos, recto, ano y piel.

En pacientes en cuya familia hay historia de cáncer deben vigilarse especialmente aquellos sitios donde se han presentado.

La vigilancia ha de ser especialmente cuidadosa a las personas mayores de 40 años.

Los grandes fumadores y las personas con cicatrices tuberculosas deben ser sometidos a chequeos radiográficos periódicos.

Debe intentarse un mejoramiento permanente de la terapéutica para lo cual es indispensable conocer los resultados de esta y para esto último se hace necesario el control post-tratamiento de los pacientes.

El problema del cáncer entre nosotros irá siendo de mayor actualidad a medida que mejore la Salud Pública.

### OBRAS CONSULTADAS

- (1) Boletín Mensual de estadística N° 54 Sept. 1955.
- (2) Bauer, K. H.: Der Bronchialkrebs- Ein Produkt inhalierter Karzinogene. Dtsch. Med. Wschr. 79: 615-619, 1954.
- (3) Fried, B. M.: Bronchigenic Carcinoma and Adenoma. The Williams and Williams, 1948.
- (4) Lickint, F.: Aetiologie und Prophylaxe des Lungenkrebses (Dresden und Leipzig 1953) Citado por Bauer (2).
- (5) Levin, M. L., Goldstein, H., Gerhardt, P. R.: Cáncer and Tobacco smoking J. A. M. A.: 336-338, 1950
- (6) Wydner, E. Graham, E.; Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma. J. A. M. A. 143: 327-336. 1950.
- (7) Doll, R. Bradford, A.: Smoking and Carcinoma of the lung. Brit. Med. J. 1950: 739-748.
- (8) Hammond, E., Horn, D.: The Relationship between Human Smoking Habits and Death Rates. J. A. M. A. 155: 1316-1328, 1954.
- (9) Randig, K.: Zur Aetiologie des Lungenkrebses. Dtsch. Med. Wschr. 80: 718-724, 1955.
- (10) Muehlbock, O.: Carcinogene Werking van Sigarettenrook by Muizen. Med. Tijd. Geneesk. 99: 2276-2278, 1955.
- (11) Lettré, H., Jahn, A.: Zur Bildung Aromatischer Kohlenwasserstoffe Waehrend des Pauchprozesses. Naturwissenschaften 8: 210, 1955.
- (12) Roessle, R.: Schweiz. Med. Wschr. 73: 169, 1943.
- (13) Themel, K. G., Luenders, C. J.: Die Bedeutung Tuberkuloeses Narben Fuer Die Entstehung Des Peripheren Lungenkarzinom. Dtsch. Med. Wschr. 80: 1360-1362, 1955.
- (13) Themel, K. G., Luenders, C. J.: Die Bedeutung Tuberkuloeser Narben Centers. J. A. M. A. 135: 940-967, 1947.
- (14) John, J., Morton: The Cancer Problem. J. A. M. A. 135: 957-963, 1947.
- (15) Gracian, M.: Compendio de Bioestadística. Universidad de A. 1952.
- (16) Correa, P.: El Cáncer en Antioquia. Tesis de Grado.

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

### FELICITACION AL DR. EDUARDO VASCO POR SU LIBRO "EL BREVIARIO DE LA MADRE"

Con motivo de la publicación del Libro "El Breviario de la Madre" por el Académico de Número Dr. Eduardo Vasco, la Academia aprobó en su sesión ordinaria del 22 de febrero próximo pasado la siguiente proposición presentada por la Comisión de la Mesa:

"La Academia de Medicina de Medellín felicita efusivamente al Académico de Número Dr. Eduardo Vasco por su nueva edición "El Breviario de la Madre" que llena en nuestro medio un vacío y estimula al Cuerpo Médico de Antioquia para nuevas y valiosas publicaciones".

C | D

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### BOLETIN No. 53

Mes de Mayo de 1956.

Miér. 2. 8 a. m.

Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.

9 a. m.

Curso de Moral Médica, dirigido por el Dr. Darío Sierra Londoño, asesorado del Rvdo. Padre Hernando Barrientos Cadavid, en el salón de sesiones de la Academia de Medicina. **Ponente:** Rvdo. Padre Ortiz. **Tema:** HINOPTISMO. NARCOANALISIS. LOBOTOMIA.

6 p. m.

Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Guillermo Latorre Restrepo. **Tema:** EFECTOS DE UNA NEFRECTOMIA CONTRALATERAL SOBRE LA FUNCION RENAL DEPRIMIDA POR UNA CONSTRICCION UNILATERAL PREVIA DE LA ARTERIA RENAL.

7:45 pm.

Conferencia de Defunciones en Policlínica a cargo del Dr. Ernesto Bustamante Zuleta. **Tema:** TRAUMATISMOS CRANEANOS.

- Jueves 3. 9 a.m.** Curso de Moral Médica. **Ponente:** Dr. Darío Sierra Londoño. **Tema:** METODOS ANTICONCEPCIONALES.
- 10 a.m. Reunión de Clínica Pediátrica en el Pabellón Clarita Santos.
- 8 p.m. Reunión del 'Staff' de Anestesiología.
- Viernes 4. 7 a.m.** Clase conjunta de Cirugía en el 2º piso de Cirugía General. **Ponente:** Dr. Ernesto Toro Ochoa. **Tema:** POST-OPERATORIO.
- 9 a.m. Curso de Moral Médica. **Ponente:** Rvdo. Padre Joaquín Gaviria. **Tema:** EL SECRETO MEDICO.
- 11 a.m. Seminario de Psiquiatría. **Ponentes:** J. Marín y M. Montoya. **Tema:** STRESS. Colaboran los Dres. Pablo Pérez Upegui, Alvaro Toro Mejía e Iván Molina Vélez.
- Sábado 5. 7 a.m.** Reunión de Patología Quirúrgica en el Instituto de Anatomía Patológica.
- 8 a.m. C. P. C. Conferencia patológico-clínica en el auditorio de la Facultad, a cargo del Instituto de Anatomía Patológica y un servicio clínico.
- Lunes 7. 9 a.m.** Curso de Moral Médica. **Ponente:** Rvdo. Padre Hernando Barrientos C. **Tema:** IMPOTENCIA PARA EL MATRIMONIO: a) Son impotentes . . . b) No son impotentes . . .
- 6 p.m. Iniciación de la 2ª parte del Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. N. Valencia. **Tema:** LEYES FISICAS Y TRANSPORTE DE LOS GASES.
- Martes 8. 9 a.m.** Curso de Moral Médica. **Ponente:** Rvdo. Padre Hernando Barrientos. **Tema:** ACELERACION DEL PARTO. ANESTESIA EN EL PARTO.
- 2 p.m. Seminario de Medicina Preventiva. **Ponente:** Dr. Gabriel Llano E. **Tema:** EDUCACION SEXUAL.
- 6 p.m. Conferencia de Radiodiagnóstico en el aula Miguel Mª Calle.
- Miérc. 9. 8 a.m.** Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.

- 9 a.m.  
Curso de Moral Médica. **Ponente:** Rvdo. Padre Ortiz.  
Tema: ESTERILIZACION.
- Miérc. 9. 1 p.m.  
Conferencia sobre las autopsias ocurridas durante la semana en el Instituto de Anatomía Patológica. Presentación de material fresco y discusiones anatómicas.
- 6 p.m.  
Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. C. Silva. **Tema:** OXIDO NITROSO Y ETILENO.
- 2 p.m.  
Seminario de Medicina Preventiva. **Ponente:** Dr. Héctor Abad Gómez. **Tema:** HIGIENE MENTAL
- 7:45 pm.  
Conferencia de defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Jaime Moreno. **Tema:** ULCERA PEPTICA SANGRANTE.
- Jueves 10.  
Receso por motivo de la fiesta religiosa de la Ascensión del Señor.
- Viernes 11. 7 a.m.  
Clase conjunta de Cirugía. **Ponentes:** Dres. Hernando Vélez Rojas y Hernán Echeverri Villegas. **Tema:** ELECTROLITOS Y FLUIDOS EN CIRUGIA.
- 9 a.m.  
Reunión de Clínica Obstétrica en el pabellón de Maternidad.
- 9 a.m.  
Curso de Moral Médica. **Ponente:** Rvdo. Padre Hernando Barrientos C. **Tema:** EXTRACCION DE UTERO GRAVIDO-CANCEROSO. EMBARAZO ECTOPICO.
- 2 p.m.  
Seminario de Medicina Preventiva. **Ponente:** Dr. Héctor Abad Gómez. **Tema:** HIGIENE MENTAL.
- Sábado 12. 7 a.m.  
Conferencia de tumores en el 2º piso de Cirugía General.
- 8 a.m.  
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica a cargo del Instituto de Anatomía Patológica y un servicio clínico.
- Lunes 14. 9 a.m.  
Curso de Moral Médica. **Ponente:** Rvdo. Padre Joaquín Gaviria. **Tema:** PROBLEMA MORAL EN LOS INJERTOS.
- 6 p.m.  
Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. G. Betancur. **Tema:** TRILENE Y VIRUTENO. CLORURO DE ETILO. CLOROFORMO.

**Martes 15. 9 a.m.**

Curso de Moral Médica en MESA REDONDA para tratar sobre tópicos relacionados con las conferencias anteriores y sobre nuevos problemas tales como honorarios, etc.

1:15 p.m.

Reunión del 'Staff' de Policlínica en Policlínica.

2 p.m.

Seminario de Medicina Preventiva. **Ponente:** Dr. Héctor Abad Gómez. **Tema:** PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y REHABILITACIÓN.

6 p.m.

Conferencia de Radiodiagnóstico en el aula Miguel M<sup>a</sup> Calle. Discusión de casos importantes tanto del Hospital de San Vicente como de los radiólogos de la ciudad. Se invita a los Sres. Médicos de la ciudad y especialmente se espera la asistencia total de los Internos del Hospital.

**Miérc. 16. 9 a.m.**

Curso de Moral Médica en MESA REDONDA para continuar de tratar sobre tópicos relativos a las conferencias anteriores y sobre nuevos problemas. Sesión de clausura de este Curso.

8 a.m.

Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.

1 p.m.

Conferencia de autopsias practicadas durante la semana en el Instituto de Anatomía Patológica.

6 p.m.

Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Alvaro Toro Mejía. **Tema:** SÍNDROME DE SHEEHAM.

6 p.m.

Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. J. Cuartas. **Tema:** ANESTESIA ENDOVENOSA.

7:45 pm.

Conferencia de defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. León Hernández. **Tema:** QUEMADURAS.

**Jueves 17. 10 a.m.**

Reunión de Clínica Pediátrica en el Pabellón Clarita Santos.

8 p.m.

Reunión del 'Staff' de Anestesiología.

**Viernes 18. 7 a.m.**

Clase conjunta de Cirugía en el 2º piso de Cirugía General. **Ponentes:** Dres. A. Gómez Arango y G. Botero Díaz. **Tema:** CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.

11 a.m.

2º Seminario de Psiquiatría para celebrar el centena-

- rio de Freud. **Ponente:** Sr. Alejandro Gómez. **Tema:** LAS DOCTRINAS DE FREUD.
- 9 a. m. Reunión de Clínica Obstétrica en el Pabellón de Maternidad.
- 2 p. m. Seminario de Medicina Preventiva. **Ponente:** Dr. Ernesto Toro Ochoa. **Tema:** PREVENCIÓN DE ULCERA PEPTICA.
- 6 p. m. Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. D. Giraldo. **Tema:** EQUIPOS USADOS EN ANESTESIA.
- Sábado 19. 7 a. m. Reunión de Patología Quirúrgica en el 2º piso de Anatomía Patológica.
- 8 a. m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio de la Fac.
- Lunes 21. 6 p. m. Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. N. Guzmán. **Tema:** 'RECORDS' EN ANESTESIA.
- Martes 22. 1:15 Reunión del Club de Revistas en Policlínica.
- 6 p. m. Conferencia de Radiodiagnóstico en el aula Miguel Mª Calle. Discusión de los casos importantes del Hospital y de los radiólogos de la ciudad.
- Miérc. 23. 8 a. m. Reunión de Clínica Médicas en el aula Braulio Mejía. Discusión.
- 1 p. m. Conferencia de autopsias en el Instituto de Anatomía Patológica.
- 7:45 pm. Conferencia de defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Francisco Villa. **Tema:** EL BANCO DE SANGRE EN URGENCIAS.
- 6 p. m. Anestesia. **Ponente:** Dr. G. Gutiérrez. **Tema:** PREANESTESIA EN NIÑOS Y ADULTOS.
- Jueves 24. 10 a. m. Reunión de Clínica Pediátrica en el Pabellón Clarita Santos.
- 8 p. m. Reunión del 'Staff' de Anestesiología.
- Viernes 25. 7 a. m. Conferencia de tumores en el 2º piso de Cirugía General.

- 9 a.m. Reunión de Clínica Obstétrica: discusión de casos importantes.
- 11 a.m. Tercer seminario de Psiquiatría. **Ponente:** Sr. Jairo Aguilar. **Tema:** LAS DOCTRINAS DE A. ADLEN.
- 2 p.m. Seminario de Medicina Preventiva. **Ponente:** Dr. Guillermo Latorre R. **Tema:** EXCITACION Y CONDUCCION. NERVIOS PERIFERICOS.
- Sábado 26. 7 a.m. Conferencia de tumores en el 2º piso de Cirugía General.
- 8 a.m. C. P. C. Conferencia patológico-clínica a cargo del Instituto de Anatomía Patológica.
- Lunes 28. 6 p.m. Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente** Dr. Guillermo Latorre. **Tema:** NEUROFISIOLOGIA. ARCO REFLEJO. RECEPTORES SENSORIALES. SINAPSIS. CELULAS EFECTORAS.
- 7:45 pm. Conferencia de defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Samuel Jiménez. **Tema:** ANESTESIA EN CIRUGIA DE URGENCIAS.
- Martes 29. 6 p.m. Conferencia de radiodiagnóstico en el aula Miguel Mª Calle.
- Miérc. 30. 8 a.m. Reunión de Clínica Médicas en el aula Braulio Mejía. Conferencia y presentación de casos.
- 1 p.m. Conferencia de autopsias en el Instituto de Anatomía Patológica.
- 6 p.m. Reunión de la Academia de Medicina. **Ponentes:** Servicio de Clínica Quirúrgica. **Tema:** CIRUGIA DEL COLON.
- 6 p.m. Curso-residencias de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Samuel Jiménez A. **Tema:** CURARES Y CURARIZANTES. MECANISMO DE ACCION. USO CLINICO. COMPUESTOS ANTICURARIZANTES.
- 7:45 pm. Conferencia de defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Samuel Jiménez. **Tema:** ANESTESIA EN CIRUGIA DE URGENCIAS.
- Jueves 31. Receso de actividades por motivo de la fiesta de Corpus Christi.



## INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

1. En el mes de Abril entraron a ocupar posiciones académicas dentro del escalafón del personal docente de la Facultad de Medicina, por nombramiento hecho por el H. Consejo Directivo de la Universidad, los siguientes señores:  
Dres. Gustavo Palacio del Valle y Leni Oberndorfer, como Instructores de Clínica Infantil.  
Dr. Octavio Muñoz G., como Residente Auxiliar de Clínica Infantil, y Dr. Libardo Berrío, en la misma posición del anterior.  
Dr. Félix del Valle, como Interno Permanente de Clínica Infantil.
2. La Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía durante el mes de Abril, a los señores:  
Dr. Germán Morales Palacio. **Título de la tesis:** "Estudio sobre anestesia, con hipotensión controlada en cirugía del tiroides".  
Dr. Carlos Restrepo Acebedo. **Título de la tesis:** "Observaciones sobre la patología del corazón. Estudio clínico-patológico de 30 casos".  
Dr. Bernardo Molina Londoño. **Título de la tesis:** "100 casos de revisión uterina".  
Dr. Carlos González Londoño. **Título de la tesis:** "Monografía sanitaria del Municipio de Bugalagrande (Valle)".  
Dr. Luis Carlos Berrocal L. Sin tesis, en virtud de la Resolución N° 5 de 1955.
3. La Facultad de Medicina realizará la II Semana de Información Médica durante los días comprendidos entre el 11 de Junio y el 16 del mismo mes, para los médicos post-graduados de la ciudad, y del país y del extranjero que deseen asistir. El personal de Profesores que ha de colaborar en la docencia ya se ha seleccionado.  
El cupo se ha limitado a 50 médicos para poder así garantizar la efectividad. La inscripción se hará en la Secretaría de la Facultad, y los programas y detalles de trabajo se darán a conocer próximamente.
4. El Dr. Joseph F. Chandler, Profesor del Departamento de Química Biológica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Ann Arbor, llega a esta ciudad el 20 de Junio y permanecerá entre nosotros hasta el 15 de Septiembre. El Dr. Chandler viene a prestar su colaboración en esta Facultad en la cátedra de Bioquímica, en cumplimiento del programa de intercambio de profesores de esta Universidad con la Universidad de Michigan auspiciado por la Fundación Rockefeller.
5. El Dr. John M. Weir, M. D., de la Rockefeller Foundation visitará esta Facultad durante los días 11 y 12 de Mayo. El Dr. Weir vendrá acompañado del Dr. Guy Hayes. Este Decanato les presenta atento saludo.
6. El Dr. Gustavo Isaza Mejía partió hacia Europa el 27 del mes próximo pasado, con el objeto de asistir como Delegado de esta Facultad al II

Congreso de Esterilidad que se efectuará durante el mes de Mayo en la ciudad de Nápoles-Italia, y luégo pasará a Alemania en donde hará estudios de Ginecología por espacio de tres meses.

7. El Curso de Moral Médica que se inauguró el 18 de Abril bajo la Dirección del Dr. Darío Sierra Londoño, asesorado del Rvdo. Padre Hernando Barrientos Cadavid, ha venido funcionando con especial interés y entusiasmo de todos los asistentes.
8. El Dr. William S. Preston, Profesor del Departamento de Bacteriología de la Universidad de Michigan, quien venía actuando en esta Facultad en cumplimiento del programa de intercambio de profesores entre esa Universidad y la nuestra, regresó a su país el día 26 del mes pasado, después de haber cumplido con su cometido aquí.
9. Regresaron de la ciudad de Méjico, después de asistir al Seminario de Medicina Preventiva y Salud Pública realizado en ese país, el Decano de la Facultad de Medicina y los profesores de la Cátedra de esta Facultad Dres. Héctor Abad Gómez y Víctor Julio Betancur.
10. En el mes de Abril se inició la Sección de Fisioterapia del Departamento de Dermatología. En el presente esta Sección está en condiciones de prestar servicios de Radioterapia superficial y de Radiaciones con luz ultravioleta. Este servicio se presta a los pacientes hospitalizados en cualquiera de los servicios del Hospital de San Vicente de Paúl, a los pacientes de la consulta externa que así lo requieran y a los pacientes de reconocida pobreza que sean enviados por los médicos particulares, previo el trámite necesario en la Consulta Externa del Hospital de San Vicente.
11. El Dr. Miguel Múnera Palacio partió de esta ciudad el 20 de Abril hacia Estados Unidos con el objeto de asistir al Curso de Medicina Interna que se dicta en la Clínica Ochsner de New Orleans y al primer congreso mundial de Reumatología en Méjico.
12. Durante los días comprendidos entre el 7 y el 12 deben efectuarse los promedios de las calificaciones de las primeras pruebas parciales en las materias de duración de un año, y en los días comprendidos entre el 28 y el 30 de este mes, se efectuarán los exámenes finales de las materias que se cursan en un semestre. En este tiempo se suspenderán las clases con el objeto de que los estudiantes puedan atender debidamente a sus exámenes. La Resolución sobre distribución de estos exámenes, se dará a conocer oportunamente.
13. Los cursos-residencias que la Facultad de Medicina ha abierto para médicos post-graduados, vienen funcionando con toda regularidad. Hasta ahora el H. Consejo Directivo de la Universidad ha impartido su aprobación a Cursos-Residencias de Anestesiología, Patología, Radiología y Ortopedia. Quienes se hallen interesados en ingresar a estas Residen-

cias, deben solicitar una planilla de admisión en la Secretaría de la Facultad que es preciso llenar, y también la reglamentación dada.

14. Tradicionalmente se celebra el 12 de Mayo el Día Universal de la Enfermera. La Universidad de Antioquia y de manera especial la Facultad de Medicina se asocia a tan merecida efemérides. Nuestra Escuela de Enfermería celebrará este día con la Santa Misa y otros actos culturales y artísticos.
15. Resumen de las investigaciones practicadas en el Laboratorio Clínico del Hospital de San Vicente de Paúl en el mes de Abril de 1956.

	SALAS:	C. Externa:	Pensionados	Totales:
	( 1-2 )			
Química Biológica	2.347	277	120	2.744
Q. B. (Orinas)	534	275	39	848
Hematología	2.292	833	97	3.222
Coprología	693	665	25	1.383
Serología	391	230	—	621
Urgentes (Noct.)	495	—	—	495
<b>TOTALES</b>	<b>6.752</b>	<b>2.260</b>	<b>281</b>	<b>9.313</b>

PROMEDIO DIA: 372.4

#### INVESTIGACIONES EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA DE LA FACULTAD.

**Para B. K.:**

Directos . . . . .	91
Cultivos . . . . .	56
Inoculaciones . . . . .	23

**Varios:**

Hemocultivos . . . . .	27
Directos . . . . .	159
Cultivos . . . . .	98
Virus . . . . .	30 cultivos en embrión de pollo
Cultivos para entéricos . . . . .	738 virus vacinal y viruela.

**TOTAL** 1.222

**Dr. IGNACIO VELEZ ESCOVAR**

Decano, Facultad de Medicina,  
Universidad de Antioquia