

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 10

MEDELLIN, FEBRERO DE 1960

Nº 1

Continuación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"
Tarifa Postal reducida—Licencia Nº 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. Alfonso Aguirre C.
Decano de la Facultad

Dr. Oriol Arango Mejía
Presidente de la Academia

REDACTORES:

Dr. Héctor Abad G.
Dr. Joaquín Aristizábal
Dr. Marcos Barrientos

Dr. Alfredo Correa Henao
Dr. Antonio Escobar E.
Dr. Fernando Toro M.

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.

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38.

"Antioquia Médica" publica 10 números anualmente.

CIRCULACION:

Cada número consta de 1.600 ejemplares.

Para el país, 960

Para el exterior, 450

SUMARIO

Dignatarios de la Academia de Medicina de Medellín para 1960 1

TRABAJOS ORIGINALES.

Embarazo Ectópico avanzado - *Dr. Jaime Botero U.* 2
Respiratory Infection simulating whooping cough in Children durin the First
year of Life - *Clifford G. Grulee Jr., M. M.* 20

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD.

Calendario para 1960 23
Pénsum y Horario para 1960 26
Boletín Nº 2 Lab. Clínico Hospital de San Vicente 29
Indice de Autores Vol. 9 de 1959 32
Indice de Materias Vol. 9 de 1959 33

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 10

— MEDELLIN, FEBRERO DE 1960 —

Nº 1

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

DIGNATARIOS PARA EL PRESENTE AÑO DE 1960

La Academia de Medicina de Medellín ha elegido los siguientes dignatarios para el año de 1960.

Presidente Dr. Oriol Arango Mejía.
Vicepresidente Dr. Eduardo Vasco G.
Tesorero Dr. Miguel Guzmán.
Secretario Dr. Guillermo Latorre R.

EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO

REVISION DE LA LITERATURA COLOMBIANA Y PRESENTACION DE
8 NUEVOS CASOS. (1).

Dr. Jaime Botero Uribe (2)

Del departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. - *Cátedra de Obstetricia que dirige el Profesor Benicio Gaviria G.*

INTRODUCCION.

El presente trabajo ha sido elaborado utilizando el material bibliográfico de la biblioteca de la Facultad de Medicina, constituido por revistas colombianas; muchas de las cuales son colecciones incompletas, tienen un deficiente índice de sus volúmenes o carecen totalmente de él. Además, por el material clínico recopilado en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl de Medellín y en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina, en los últimos 11 años. Uno de los casos que presentamos nos ha sido enviado como una comunicación personal (17). Se seleccionaron para esta revisión los fetos correspondientes a embarazos de 28 o más semanas, de 1.500 gm. o más de peso, o que por la historia se supuso que corresponderían a embarazos a término.

CASOS DE LA LITERATURA COLOMBIANA.

En 1912 el Dr. Pompilio Martínez presentó ante la Academia Nacional de Medicina (1) el primer caso, de que se tiene noticia en esta revisión, de embarazo extrauterino a término, el cual permaneció dentro del abdomen por 4 meses más después de que la paciente había llegado a la fecha probable del parto. Con el diagnóstico correcto se practicó una laparotomía y se encontró un feto a término muerto, dentro de la trompa

(1) Leído en el IV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología reunido en Barranquilla entre el 29 de Noviembre y el 3 de Diciembre de 1959.

(2) Profesor Auxiliar de Obstetricia y Ginecología.

izquierda enormemente distendida; la placenta se implantaba en la pared posterior de este saco. La intervención consistió en una histerectomía y una salpingectomía bilateral y ooforectomía derecha y la pieza operatoria fue presentada a la Academia de Medicina. La paciente recuperó de manera satisfactoria.

El segundo caso fue publicado en 1914 por el Dr. Anselmo Gaitán (2) y ocurrió en una paciente con antecedentes de pelviperitonitis, en la cual el embarazo progresó satisfactoriamente hasta alcanzar el término, pero el parto no ocurrió dentro del tiempo que estaba previsto y la paciente fue hospitalizada. Se hizo el diagnóstico de embarazo intrauterino y de adherencia de las membranas al útero. La laparotomía practicada dos meses después del término permitió obtener un feto muerto, situado entre las hojas del ligamento ancho a donde se supuso había llegado después de su implantación inicial en la porción ampular de la trompa. Al parecer se hizo extirpación del embarazo y de la trompa derecha; la paciente permaneció en shock después del acto operatorio y murió al día siguiente.

En 1917 publicó el Dr. Gil J. Gil (3) dos casos de embarazo ectópico, uno de los cuales había llegado al término y fue intervenido después de permanecer 11 meses más en el abdomen, según se colige por los datos de la historia. El diagnóstico pre-operatorio fue el de embarazo extrauterino con hematocele pelviano o quiste del ovario y fibroma subperitoneal. A la laparotomía se encontró un embarazo intrauterino de 4 meses y un embarazo intraligamentario a término con feto muerto pero bien conservado. Se hizo una extirpación del embarazo y una histerectomía, que confirmó el embarazo intrauterino. La paciente tuvo un post-operatorio normal.

El Dr. José M. Uribe G. (4), siendo aún estudiante, publicó en 1921 un caso observado en el servicio del Profesor Montoya y Flórez de una paciente con 18 meses de amenorrea y a quien en la laparotomía se encontró un embarazo abdominal, sin que se den detalles sobre su localización ni estado de conservación. La paciente se recuperó satisfactoriamente del acto operatorio.

El Dr. Roberto Serpa (5), en Bucaramanga, hizo por primera vez el diagnóstico de embarazo ectópico con feto vivo a término y obtuvo éste en perfectas condiciones después de una laparotomía mediana bajo anestesia con cloroformo. Por haberse presentado desprendimiento accidental de la placenta hizo la extracción de ésta y logró hemostasia satisfactoria. La paciente murió en el tercer día postoperatorio sin haberse recuperado totalmente del shock producido por el acto quirúrgico. El

niño pesó 3.500 gm. y dos años después demostraba un desarrollo normal.

El sexto caso fue publicado por el Dr. Rafael Ucrós (6), en 1927 y corresponde a una paciente a quien se había practicado antes una cesárea corporal. Tuvo amenorrea de nueve meses, sintió movimientos fetales y luego permaneció un tiempo no determinado sin ninguna sintomatología. La laparotomía demostró un litopedio de unos ocho meses adherido a la cicatriz de la antigua cesárea que presentaba una zona de dehiscencia, y un embarazo de ocho semanas en el interior de la cavidad uterina. Se practicó una histerectomía subtotal con extirpación del litopedio y la paciente recuperó en forma satisfactoria. Uno de nuestros casos, el N^o 7, es similar a éste.

El Dr. Roberto Serpa (7), publicó el séptimo caso, correspondiente a un embarazo tubario a término con feto muerto; hizo extirpación del saco y la paciente recuperó normalmente.

En 1940 (8), el mismo autor publicó un recuento sobre embarazo abdominal e incluyó el primer caso operado por él con obtención de feto vivo, al cual agregó: un litopedio con feto a término, un embarazo que llegó a término sin que se produjera el parto y en el cual cinco meses más tarde ocurrió la expulsión de huesos a través de una fístula que se formó en el ombligo, y por último, un litopedio que fue extraído seis años después de un embarazo que llegó a término y no se siguió del parto.

El Dr. Juan Barrios Z. publicó en 1940 cuatro observaciones más (9); una de ellas correspondía a una paciente con eclampsia a la cual se hizo una cesárea indicada por la gravedad de la toxemia y se encontró accidentalmente un feto en la cavidad abdominal que se extrajo y alcanzó a vivir dos meses. La madre murió en el acto operatorio a consecuencias de la toxemia y la hemorragia que acompañó a la intervención. Es éste el segundo caso hallado en el cual el niño extraído de la cavidad abdominal, sobrevivió por algún tiempo. Los casos restantes corresponden todos a fetos que murieron antes de practicar la laparotomía.

Los casos publicados por el Dr. Rafael Ramírez M. (10), tienen la peculiaridad de que se presentaron con muy corto intervalo, pues solo dos días transcurrieron entre la presentación del uno y del otro. El examen microscópico de la segunda pieza demostró muy probablemente un embarazo ovárico, localización que es extremadamente rara. Ambos fetos estaban muertos; las pacientes recuperaron en forma satisfactoria.

El Dr. Guillermo Navas A. (18), publicó un caso de embarazo tubario izquierdo a término atendido por el Dr. Jorge Solanilla en Cali, en el cual se hizo diagnóstico correcto preoperatorio y se obtuvo un feto vivo. La madre se recuperó bien. El mismo autor relata un caso publicado por el Dr. Ramírez M., en el cual se hizo el diagnóstico preoperatorio correcto de embarazo tubo-ovariano.

Los casos restantes son muy similares a los anteriores, y están incluidos, en orden de publicación, en el cuadro 1.

CUADRO 1

Tabulación de 32 casos de embarazo ectópico avanzado de acuerdo al lugar de observación, año de observación y año de publicación — (Diversos autores y J. Botero) — Facultad de Medicina — U. de A. — 1959.

Nombre del Autor	Lugar de Observación	Año de Observación	Año de Publicación
1—Pompilio Martínez	(1) Bogotá	1911	1912
2—Anselmo Gaitán	(2) Neiva	1912	1914
3—Gil J. Gil	(3) Medellín	1916	1917
4—José M. Uribe G.	(4) Medellín	1921	1921
5—Roberto Serpa	(5) Bucaramanga	1923	1926
6—Rafael Ucrós	(6) Bogotá	1926	1927
7—Roberto Serpa	(7) Bogotá	1939	1939
8—Roberto Serpa	(8) Bogotá	1915	1940
9—Roberto Serpa	(8) Bucaramanga	1919	1940
10—Roberto Serpa	(8) Bucaramanga	1917	1940
11—Juan Barrios Z.	(9) Cartagena		1945
12—Juan Barrios Z.	(9) Cartagena		1945
13—Juan Barrios Z.	(9) Cartagena		1945
14—Juan Barrios Z.	(9) Cartagena		1945
15—Rafael Ramírez M.	(10) Bogotá	1943	1946
16—Rafael Ramírez M.	(10) Bogotá	1943	1946
17—Jorge Solanilla	(11) Cali	1947	1950
18—Rafael Ramírez M.	(12) Bogotá	1945	1950
19—Nelson Restrepo	(13)	1948	
20—Jesús A. Gómez P.	(14) Bogotá	1952	1954
21—Jesús A. Gómez P.	(14) Bogotá	1953	1954
22—Alfredo Londoño U. ...	(15) Pereira	1953	1954
23—Eduardo Acosta B.	(16) Barranquilla	1956	1957
24—Eduardo Acosta B. ...	(16) Barranquilla		1957
25—Víctor Henríquez	(17) Medellín	1958	1959
26—Jaime Botero U.	Medellín	1957	1959
27—Jaime Botero U.	Medellín	1958	1959
28—Jaime Botero U.	Medellín	1958	1959
29—Jaime Botero U.	Medellín	1959	1959
30—Jaime Botero U.	Medellín	1959	1959
31—Jaime Botero U.	Medellín	1959	1959
32—Jaime Botero U.	Medellín	1948	1959

PRESENTACION DE CASOS.

Caso N° 1 - E. G., paciente de 27 años de edad, primigesta, con fecha de la última menstruación el 5 de Octubre de 1947, admitida al servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl el 23 de Diciembre de 1947 con una historia de hemorragia vaginal desde una semana antes, precedida de dolor hipogástrico, vómito, sudoración y pérdida del conocimiento. El abdomen era sensible en el hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Una punción del Douglas permitió obtener sangre oscura. La paciente mejoró en los días que siguieron y fue dada de alta el 11 de Enero de 1948, cuando tenía tres meses de embarazo.

Fue admitida de nuevo el 4 de Mayo del mismo año, con signos de anemia marcada. Tenía una Hgb. de 4.5 gm% y un recuento de glóbulos rojos de 1'800.000 por mm. cúbico. Cuatro días después se le trató de inducir el parto, colocándole sondas y balón intrauterino, sin que se consiguiera resultado. Como el estado general empeoraba, 8 días después de admitida se le hizo una laparotomía y se extrajo de la cavidad abdominal un feto vivo de 1.500 gm. Con dificultad se hizo extracción de la placenta que estaba parcialmente adherida al fondo del útero, al hígado, colon y epiplón. Se hizo una histerectomía fúndica y se dejaron drenes en la cavidad abdominal. La paciente murió al día siguiente debido a reacción producida por una transfusión incompatible, y el niño cinco días más tarde. Este caso se interpretó como un embarazo tubario que en el segundo mes de su evolución tuvo un aborto tubario con implantación secundaria del embrión en la cavidad peritoneal y ulterior desarrollo allí.

Caso N° 2 - N. O. Paciente de 35 años, grávida 4, para 3, con fecha de la última menstruación en Abril de 1956, fue admitida al servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl el 9 de Abril de 1957, quejándose de dolores abdominales y vómitos. Dos meses después de la última menstruación presentó episodio de dolor abdominal generalizado e intenso que duró dos días aproximadamente y se siguió de mejoría. Desde el cuarto mes de amenorrea observó crecimiento abdominal gradual y desde los ocho meses anorexia, enflaquecimiento y astenia.

A la admisión la presión arterial era de 100/60, el pulso de 100 por minuto y la temperatura de 37.2°; el aspecto era el de una paciente extremadamente desnutrida con piel seca y descamante y panículo adiposo escaso. Las mamas eran secretantes, el abdomen era globuloso y sensible a la palpación, que demostraba múltiples masas irregulares y duras cuyas dimensiones oscilaban entre 10 y 20 cm. de diámetro, fijas, principalmente localizadas en ambas fosas ilíacas y en la región perium-

bilical. El examen pélvico demostró que estaban adheridas a las estructuras de la pelvis; el cuello era duro, violáceo. Los diagnósticos de impresión fueron: carcinoma de ovario, tumor renal o embarazo abdominal; se tomó una radiografía de abdomen que demostró un feto a término, bien desarrollado, con signos de muerte. Una histerometría practicada dos días más tarde, en el curso de un cuidadoso examen pélvico, fue de 16 cm. y no se encontró obstáculo al paso del instrumento, por lo cual se pensó más seriamente en embarazo abdominal. Una radiografía lateral hecha con el fin de delimitar el contorno uterino, demostró que éste era poco nítido, lo cual también estaba en favor de un embarazo abdominal.

Dos semanas después de la admisión, cuando se habían mejorado notablemente la anemia y la desnutrición de la paciente, se hizo un examen bajo anestesia, dilatándose gradualmente el cuello uterino con bujías de Hegar hasta que fue posible introducir el dedo dentro de la cavidad uterina y hallarla vacía. Una biopsia de endometrio tomada en esta oportunidad demostró decidua. Con el diagnóstico cierto de embarazo abdominal, se procedió a mejorar las condiciones nutritivas de la paciente. Cuatro semanas después de la admisión se hizo una laparotomía que demostró un embarazo abdominal con un feto a término macerado, bien aislado por una gruesa membrana de tejido fibroso. Se extrajo y se hizo resección parcial de la placenta que se insertaba sobre las estructuras de la pelvis, no permitiendo visualizarlas. Al cerrar la pared abdominal se dejó un dren de penrose comunicado a la cavidad de donde se había extraído el feto. El dren se retiró al tercer día y la paciente fue dada de alta el 9º, en buenas condiciones.

Caso N° 3 - M. R. Z. Paciente de 38 años de edad, grávida 9, para 8, con 11 años de esterilidad secundaria, quien fue admitida por primera vez al servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl, el 10 de Diciembre de 1957 por tener un embarazo de tres meses y porque se halló al examen físico una masa bilobulada en el hipogastrio que había producido episodios dolorosos intermitentes. Se hizo entonces el diagnóstico de mioma uterino concomitante con embarazo y se tuvo en reposo por varios días. Mejoraron sus síntomas y se le dio de alta, con instrucciones de regresar a control periódico en la Consulta Prenatal.

Ingresó por segunda vez al servicio el 26 de Marzo de 1958, con una historia de dolores intensos desde 6 días antes localizados principalmente en el epigastrio y en la fosa ilíaca izquierda. El examen físico demostró un abdomen sensible a la palpación, un útero de forma irregular con 35 cm. de altura. La cabeza fetal se palpaba en el epigastrio, al pa-

recer muy superficial; en la fosa ilíaca izquierda se palpaban pequeñas partes y en la fosa ilíaca derecha se palpaba una masa sin forma definida, poco dolorosa, blanda e inmóvil. Una radiografía simple de abdomen demostró un embarazo en el tercer trimestre, en presentación podálica. Se hizo el diagnóstico presuntivo de quiste de ovario y embarazo abdominal; seis días más tarde se practicó un examen bajo anestesia que demostró un feto que ocupaba el epigastrio y el flanco izquierdo y una masa redondeada y fija, de bordes imprecisos, localizada en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha; inmediatamente por encima del pubis se palpaba el fondo uterino, aumentado unas tres veces su tamaño normal, en anteversión y un poco reblandecido. Cuidadosamente se hizo histerometría, que fue de 15 cm. Se confirmó así la presencia de un embarazo abdominal de 29 semanas y se decidió tener la paciente en observación cuidadosa mientras el feto alcanzaba un mayor desarrollo. En los días siguientes la paciente tuvo dolor intermitente en el abdomen, progresivamente creciente y moderada distensión abdominal. En vista de esto se decidió terminar el embarazo cuando había alcanzado 31 semanas.

23 días después de la admisión se hizo una laparotomía y se obtuvo un feto vivo de 2.700 gm. de peso que respiró irregularmente a los 15 segundos. Se exploró la cavidad abdominal y se observó que la placenta ocupaba una superficie amplia y se implantaba sobre las estructuras de la pelvis cubriéndolas totalmente y llenando la región supravescical, la fosa ilíaca izquierda y parte de la fosa ilíaca derecha. Se seccionó el cordón cerca a su inserción en la placenta y se cerró la cavidad abdominal sin dejar dren. Durante el curso postoperatorio hubo fiebre entre 37 y 38°; la placenta se localizó bien y formó una masa hipogástrica resistente que ascendía hasta el ombligo, un poco sensible, pero que nunca dio evidencia de supuración. Nueve semanas después de la intervención fue dada de alta en buenas condiciones. El niño, después de tener un cuadro pulmonar neonatal diagnosticado como bronquitis, y tratado de acuerdo, fue dado de alta con la madre.

Tres meses después de la primera intervención se practicó nueva laparotomía y se encontró la placenta perfectamente diferenciada como una masa quística de paredes muy gruesas, adherida laxamente al fondo del saco de Douglas, a la pared posterior del útero y a asas intestinales. Con facilidad se extirpó el total de la masa placentaria. El útero y los anexos así liberados tenían aspecto normal, excepto la trompa izquierda que era fibrosa y engrosada pero conservaba su longitud total; estos hallazgos sugirieron la posibilidad de un embarazo abdominal pri-

mario. Dos semanas más tarde la paciente fue dada de alta en buenas condiciones, después de un postoperatorio sin complicaciones.

En Febrero de 1959, siete meses después de la segunda laparotomía, se intervino de nuevo para corrección de una eventración abdominal. No se exploró la cavidad. Hasta entonces el niño, 14 meses después de haber sido extraído, mostraba un desarrollo satisfactorio.

Caso N° 4 - C. T. O. de O. (17) - Paciente de 42 años de edad, grávida 5, para a término 4, quien consultó a su médico particular por amenorrea de 12 meses, masa abdominal y dolores hipogástricos de pocos días de iniciación. Su embarazo había evolucionado por lo demás normalmente. Una radiografía de abdomen demostró un embarazo aparentemente intrauterino con feto muerto. La laparotomía efectuada en Mayo de 1958 demostró un embarazo abdominal con feto muerto, en buen estado de conservación. Se hizo extracción del feto y de la placenta, sin que se presentara ninguna dificultad. El postoperatorio fue satisfactorio.

Caso N° 5 - C. C. Paciente de 36 años de edad, grávida 13, para 12, con fecha de la última menstruación en Septiembre de 1957, quien fue admitida al servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl el 30 de Mayo de 1958, debido a disnea progresiva, edema de miembros inferiores, dolor epigástrico, mareos y cefalea frontal de seis meses de duración. El examen físico en el momento de la admisión demostró una p. a. de 120/80, un pulso de 100 por minuto, pésimo estado general y palidez marcada. El edema de la pared abdominal hacía difícil apreciar el embarazo, que era de 36 semanas. Se hizo el diagnóstico de embarazo e hipoproteinemia. El hemograma mostró una Hgb. de 3.5 gm%, un Hct. de 12% y un recuento rojo de 1'600.000 por mm. cúbico. Las proteínas totales eran de 4.50 gm%. Durante los días siguientes fue tratado con diuréticos, hierro por vía oral y parenteral, vitaminas y dieta hiperprotéica. 26 días después de la admisión la Hgb. había llegado a 5.5 gm%, el hematocrito a 21% y el recuento de rojos a 2'600.000 x mm. cúbico. Una semana más tarde se iniciaron contracciones de escasa intensidad que no produjeron ningún progreso del parto en 15 horas. El examen pélvico demostró que la cabeza llenaba el fondo de saco de Douglas y no fue posible la individualización del cuello, cuya dilatación no se pudo apreciar. Por falta de progreso en el parto y por no ser posible la apreciación del cuello uterino, se decidió hacer una cesárea. La laparotomía demostró un embarazo abdominal con un feto vivo de 2.900 gm. de peso que respiró y lloró vigorosamente dentro del primer minuto que siguió a su extracción. La placenta estaba implantada sobre el fondo de

saco de Douglas, el anexo derecho y la cara posterior del útero. Al hacer extirpación parcial de éste se encontró una amplia abertura en su ángulo izquierdo que comunicaba con el saco que contenía el feto, el cual estaba situado entre las hojas del ligamento ancho; esto sugirió que se podría tratar de un embarazo angular o intersticial secundariamente implantado entre las hojas del ligamento ancho. Se hizo una extirpación parcial de la placenta. Para hacer hemostasia se dejaron cuatro tetras llenando totalmente la cavidad pélvica y comprimiendo fuertemente el tejido placentario. La paciente toleró el procedimiento pobremente, perdió unos 2.000 cc. de sangre y recibió 2.300. En los tres primeros días del postoperatorio se retiraron gradualmente la tetras sin que se presentara accidente. La herida abdominal drenó líquido serohemático por varios días pero terminó por cicatrizar, dejando una eventración de unos 10 cm. de diámetro. El postoperatorio fue por lo demás satisfactorio; un hemograma hecho 40 días después de la intervención aún demostraba una Hgb. de 4 gm% y un Hct. de 19%. El examen físico del recién nacido permitió observar un cráneo alargado en sentido vertical, facies mongoloide, tabique nasal desviado y paladar ojival. Una radiografía de cráneo demostró solamente moderado acabalgamiento occipito-parietal. Mientras estuvo en el hospital progresó satisfactoriamente y fue dado de alta, en buenas condiciones, con la madre.

Caso Nº 6 - A. Z. de R. Paciente de 42 años de edad, grávida 2, para 1, hace 27 años, quien fue admitida por primera vez al servicio de Ginecología del Hospital de San Vicente de Paúl el 26 de Noviembre de 1958, con la historia de dolor abdominal, endurecimiento del abdomen y metrorragias, por un período indeterminado. Entre sus antecedentes obstétricos figuraba un embarazo 15 años antes, comprobado radiológicamente, que terminó en muerte fetal y no se siguió de parto; la paciente no quiso someterse al tratamiento sugerido por los médicos y desde entonces había venido observando la tumoración causante de los síntomas descritos. Seis meses antes de la admisión había tenido dolor en la región precordial y en el epigastrio, acompañado de sensación de opresión y disnea.

El examen físico demostró un edema grado II de miembros inferiores, pulso de 100 por minuto, p. a. de 145/105; estertores pulmonares en ambos campos y hepatomegalia. En el hipogastrio y fosa ilíaca derecha había una masa de consistencia dura, móvil, cuyas relaciones con el útero y los anexos no se pudieron determinar claramente.

Se hizo el diagnóstico de tumor pélvico e insuficiencia cardíaca congestiva y se pidió su traslado al servicio de Medicina Interna, en donde estuvo hospitalizada por espacio de dos meses, al cabo de los cuales

se consideró que estaba en condiciones de intervenirse. Mientras tanto una placa simple de abdomen había demostrado un feto muerto y calcáreo en la fosa ilíaca derecha, y en el ovario izquierdo una tumoración calcificada. Una histerosalpingografía demostró la trompa derecha muy dilatada y la izquierda permeable.

Una laparotomía hecha 63 días después de la admisión demostró una masa bilobulada calcificada unida a la trompa derecha; se liberó de sus adherencias y se extirpó con la trompa. Tenía 80 gm. de peso y medía 11 x 18 x 7 cm.; sobre su superficie había varios huesos largos parcialmente deformados que semejaban un fémur, un húmero y costillas. La masa mayor parecía corresponder a la cabeza. A la sección se pudo distinguir también la columna vertebral. La paciente fue dada de alta en buenas condiciones en el 7º día del postoperatorio. Revisada tres meses después, estaba bien.

Caso Nº 7 - M. G. L. de R. Paciente de 17 años de edad, grávida 3, para 2, con fecha de la última menstruación desconocida, pero con un embarazo en el último trimestre de su evolución, admitida por tercera vez al servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl el 28 de Febrero de 1959, por tener una historia de dos cesáreas anteriores y estar presentando frecuentes dolores abdominales intensos que hicieron sospechar alguna anormalidad del presente embarazo.

Tres años antes de la presente admisión la paciente tuvo eclampsia y su embarazo fue terminado con una cesárea corporal en uno de los municipios vecinos. Un año después, dos antes de la presente admisión, tuvo una ruptura uterina espontánea durante el tercer trimestre de su segundo embarazo y vino a este servicio donde se le practicó una laparotomía y se extrajo un feto muerto. Se hizo sutura de la cicatriz dehiscente después de avivar los bordes.

El examen físico en el momento de la admisión demostró una paciente pálida, en regular estado nutricional, p. a. de 120/80 pulso de 80 por minuto, T. de 38º, altura uterina de 26 cm., ruidos fetales positivos. En los días que siguieron a la admisión, la paciente presentó fiebre persistente, vómito y dolor creciente en el abdomen; los ruidos fetales se hicieron negativos. Diez días después de la admisión se hizo una evaluación cuidadosa de la paciente, que demostró: pulso de 124 por minuto, presión arterial de 115/80, palidez y enflaquecimiento, distensión abdominal y timpanismo, así como signos radiológicos de muerte fetal. Se hizo una punción abdominal y se obtuvo fácilmente sangre negra que no coagulaba. Con el diagnóstico de ruptura uterina espontánea por dehiscencia de cicatriz anterior, se practicó una laparotomía. Al abrir el peritoneo se encontró un feto con signos francos de maceración, de 2.000

gm. de peso, unido por un cordón infiltrado de sangre a una placenta ampliamente implantada en la porción superior de la pared abdominal anterior, por encima del ombligo, el borde anterior del hígado y algunas asas intestinales delgadas, extendiéndose sobre ellas en un trayecto de unos 10 cm. No había signos de desprendimiento de esta placenta. Se ligó y seccionó el cordón cerca a su inserción en ella y se extrajo el feto. Se exploró luego la cavidad pélvica y se encontró un útero un poco aumentado de tamaño con una dehiscencia en la cara anterior, de una cicatriz previa de cesárea corporal que comprendía todo el espesor del músculo y se extendía hasta la cavidad, que se encontraba vacía. Las trompas mostraban coalescencia de las fimbrias y aparente obstrucción. Por estos hallazgos y por la edad de la paciente, se decidió dejar el útero, por lo cual se avivaron de nuevo los bordes de la herida y se suturaron con dos hileras de puntos de catgut cromado N° 1. El curso postoperatorio fue satisfactorio y la paciente dejó el servicio por su propia voluntad en el 12° día.

Caso N° 8 - D. P. C. Paciente de 29 años de edad, grávida 5, para 5, un gemelar, con fecha de la última menstruación el 27 de Mayo de 1958 y fecha probable del parto el 6 de Marzo de 1959, quien ingresó por primera vez al servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl el 18 de Abril de 1959 con un diagnóstico de feto muerto en presentación transversa. A fines del mes de Febrero, cuando tenía unas 39 semanas de embarazo, tuvo un episodio de dolor epigástrico semejante a trabajo de parto durante unas 5 horas aproximadamente, que se siguió de hemorragia vaginal en cantidad escasa por unas 24 horas; tuvo fiebre por varios días y no volvió a sentir el feto, por lo cual consultó a su médico, quien la envió a este servicio.

El examen físico en el momento de la admisión demostró: p. a. de 130/80, pulso de 120 por minuto, temperatura de 38°; ligero dolor al palpar profundamente los flancos del abdomen. La presentación parecía ser cefálica. En los días siguientes se intentó inducir el parto, administrando estilbestrol, quinina, pitocín diluido en varias ocasiones y finalmente dilatando el cuello uterino e introduciendo sondas vesicales, sin que de ninguna manera se lograra modificarlo. A consecuencia de estas maniobras la paciente desarrolló fiebre de 39.7°, que hizo necesario el uso de antibióticos de amplio espectro. 20 días después de la admisión se hizo una laparotomía exploradora: al abrir peritoneo se encontró un feto muerto y macerado que se extrajo, efectuándose a continuación el desprendimiento de la placenta con gran facilidad. El cuerpo uterino era pequeño, de consistencia firme y su cavidad se encontraba en íntima conexión con el saco fetal por una solución de continuidad

en toda la anchura de su fondo. Se cerró el peritoneo dejando que el saco drenara por su orificio de comunicación con el útero. El postoperatorio fue satisfactorio; por la vagina drenó un líquido serosanguinolento por varios días que nunca dio evidencias de infección. La paciente fue dada de alta en el 10º día.

RESUMEN

Las historias que hemos presentado y los casos de la literatura dan pie para hacer varias consideraciones de interés.

En cinco casos (Cuadro 2) el embarazo abdominal era el primero que tenía la paciente, y el tiempo transcurrido entre el matrimonio y la iniciación del mismo era menor de 1 año. La mitad de las pacientes había tenido de 1 a 3 embarazos; no parece pues que las grandes multíparas fueran muy predispuestas a sufrirlo.

CUADRO 2

GRAVIDEZ DE 32 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

Número de embarazos	Número de Casos	%
Grávida 1	5	15.6
Grávida 2	6	18.7
Grávida 3	5	15.6
Grávida 4	2	6.2
Grávida 5	4	12.5
Grávida 6	1	3.1
Grávida 7	1	3.1
Grávida 8	1	3.1
Grávida 9	1	3.1
Grávida 13	1	3.1
Multípara, sin especificar	2	6.2
Gravidez desconocida	3	9.3
Totales . . .	32	100.0

Las pacientes en quienes se obtuvo el dato del tiempo transcurrido desde el último embarazo, constituyeron el 52.9% del total; en un 34.2% del mismo total, había transcurrido más de un año desde el último embarazo, y en un 18.7%, incluyendo las primíparas, el tiempo transcurrido era menor de un año. (Cuadro 3).

El cuadro 4 muestra los meses de amenorrea, que en la mayoría de las pacientes estaban alrededor del término del embarazo.

No parece que el episodio doloroso en el primero o segundo trimestre sea un signo muy característico, pues dejaron de presentarlo un 40.6% de las pacientes; naturalmente no sabemos si quien hizo la historia puso especial énfasis en averiguar este punto. (Cuadro 5).

CUADRO 3

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO EMBARAZO EN 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

Tiempo en Años	Número de Casos	%
Menor de 1 año	2	6.2
De 1 a 4 años	4	12.5
De 5 a 9 años	2	6.2
De 10 a 14 años	2	6.2
De 15 a 19 años	1	3.1
De 20 a 30 años	2	6.2
Primer embarazo	4	12.5
Desconocido	15	46.8
Totales . . .	32	100.0

CUADRO 4

MESES DE AMENORREA EN 32 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

Meses de amenorrea	Número de Casos	%
7	1	3.1
8	4	12.5
9	13	40.6
10	2	6.2
11	4	12.5
12	3	9.3
13	2	6.2
18	1	3.1
20	1	3.1
Desconocido	1	3.1
Totales . . .	32	100.0

Lo mismo puede decirse respecto a la presencia o ausencia de dolores tipo parto y hemorragia vaginal en el tercer trimestre. (Cuadro 6).

CUADRO 5

FRECUENCIA DE LA APARICION DE EPISODIO DOLOROSO EN EL PRIMERO O EN EL SEGUNDO TRIMESTRE EN 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

	Número de Casos	%
Episodio doloroso en el primer trimestre.	9	28.1
Episodio doloroso en el segundo trimestre.	4	12.5
No presentaron episodio doloroso.	13	40.6
Dato no especificado.	8	25.0
Totales . . .	34	100.0

CUADRO 6

PRESENCIA O AUSENCIA DE DOLOROS TIPO PARTO Y DE HEMORRAGIA VAGINAL A TERMINO EN 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

	Presentes	Ausentes	Desconocido	Total
Dolores tipo parto	17	10	5	32
Hemorragia	10	17	5	32

A pesar de que en algunas ocasiones (10, y casos 7 y 8 de esta presentación) se presentaron al mismo autor dos casos consecutivos de embarazo abdominal con muy corto intervalo, no se hizo en ninguno el diagnóstico correcto; sin embargo en conjunto sí fue hecho acertadamente en el 37.5% de los casos, lo cual es un buen índice si se tiene en

cuenta la rareza de la entidad. (Cuadro 7). El diagnóstico de embarazo extrauterino con feto vivo se hizo correctamente en tres casos.

CUADRO 7

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO EN 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

	Número de Casos	%
Embarazo extrauterino	12	37.5
Embarazo intrauterino	9	28.1
Embarazo intrauterino y otra condición asociada	3	9.3
Mioma uterino	1	3.1
Diagnóstico no hecho	2	6.2
Diagnóstico no especificado	5	15.6
Totales . . .	32	100.0

Dos de los casos que hemos publicado ocurrieron en pacientes a quienes se había practicado una cesárea corporal anteriormente, por lo cual debe incluirse ésta entre las causas predisponentes de embarazo abdominal. El caso N° 7, en el cual había tal situación, lo hemos interpretado como uno de implantación intrauterina originalmente, que fue expulsado por la cicatriz dehiscente a la cavidad abdominal y se implantó en ella en forma secundaria.

Dos de los casos que se encontraron correspondían a embarazos ováricos, pero solamente uno de ellos fue demostrado por estudio anatómopatológico. (Cuadro 8).

De los seis casos en que se obtuvo un feto vivo (Cuadro 9) en dos se dejó la placenta y la paciente sobrevivió; en tres se extrajo y solo una paciente sobrevivió. En el caso restante no se sabe si la placenta fue extraída, pero la madre murió. Parece pues que la extracción de la placenta, si no hay facilidades de transfusión de sangre, tiene influencia decisiva en la determinación de la mortalidad materna.

CUADRO 8

CLASIFICACION DE 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO DE ACUERDO AL SITIO DE IMPLANTACION.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

Sitio de implantación	Número de Casos	%
Embarazo abdominal, sin más especificación	12	37.5
Embarazo tubario	4	12.5
Embarazo abdominal secundario	4	12.5
Embarazo intraligamentoso	2	6.2
Embarazo tubo-ovárico	1	3.1
Embarazo ovárico (1)	2	6.2
Embarazo tubo-intersticial	2	6.2
Localización no especificada	5	15.6
Totales . . .	32	100.0

(1) - Demostrado en un caso por estudio anatomopatológico.

CUADRO 9

ESTADO DEL FETO EN 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

Estado del Feto	Número de Casos	%
Feto vivo	6	18.7
bien conservado	5	15.6
Feto muerto		
macerado	9	28.1
no especificado	7	21.8
Litopedion	4	12.5
Papiráceo	1	3.1
Totales . . .	32	100.0

La mortalidad materna es de 15.6%, lo cual nos parece una cifra muy baja si se tiene en cuenta que la mayoría de los casos ocurrieron antes de que la transfusión sanguínea hubiera alcanzado a usarse con la frecuencia y seguridad con que se hace actualmente. (Cuadro 10).

CUADRO 10

MORTALIDAD MATERNA EN 32 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO.

(Diversos autores y J. Botero) - Facultad de Medicina - U. de A. 1959.

	Número de Casos	%
Madres muertas	5	15.6
Madres que sobrevivieron	25	78.1
Informe desconocido	2	6.2

CONCLUSIONES

Se hace una revisión de la literatura colombiana sobre embarazo ectópico avanzado utilizando el material bibliográfico de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y se encuentra que hasta el presente se han publicado 24 casos.

Se agregan ocho casos nuevos recopilados en el servicio de Obstetricia del Hospital de San Vicente de Paúl y en el Instituto de Anatomía Patológica de esta ciudad, en los últimos 11 años.

Se hacen algunas consideraciones y comentarios sobre unos de los casos y se intenta una interpretación estadística de algunos datos, a pesar de lo relativamente pequeño de la muestra.

Se tiene la impresión de que esta recopilación es incompleta, pero se espera que estimule la publicación de otros trabajos que la adiccionen.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Martínez, P.: Un caso de preñez extrauterina (tubaría), de trece meses de duración. Revista médica de Bogotá. Pág. 129 (Julio) 1912.
- 2 - Gaitán, A.: Un caso raro de embarazo extrauterino. Revista médica de Bogotá. Pág. 520 (Sept.-Oct.) 1914.
- 3 - Gil, G. J.: Dos casos de preñez ectópica. Revista clínica. Medellín. Pág. 222 (Junio) 1917.
- 4 - Uribe, J. M.: Hospital de San Juan de Dios. Clínica quirúrgica. Observación sexta. Revista clínica. Medellín. Pág. 282 (Agosto) 1921.
- 5 - Serpa, R.: Un caso de embarazo extrauterino. Repertorio de medicina y cirugía. Bogotá. 17:547 (Julio) 1926.
- 6 - Ucrós, R.: Litopedio salido a través de la cicatriz de una operación cesárea.

- Revista médico-quirúrgica de los hospitales. Bogotá. 2:405 (Febrero) 1927.
- 7 - Serpa, R.: Un caso de embarazo extrauterino a término. Boletín de la Clínica de Marly. Bogotá. 1:98 (Dic.) 1939.
- 8 - Serpa, R.: El embarazo extrauterino - Recuenta general. Rev. Fac. de Med., Bogotá. 8:455 (Mayo) 1940.
- 9 - Barrios, J.: Embarazo tubo-abdominal a término. Rev. de Med. y Cir. Barranquilla. 12:48 (Sept.) 1945.
- 10 - Ramírez, R. F.: Embarazo ectópico casi a término. Relato de dos historias clínicas. Med. y Cir., Bogotá. 10:307 (Junio) 1946.
- 11 - Solanilla, J.: citado por Navas (18).
- 12 - Ramírez, R. F.: citado por Navas (18).
- 13 - Restrepo, N.: citado por Navas (18).
- 14 - Gómez, J. A.: Noventa y cinco casos de embarazo ectópico. Rev. Fac. de Med., Bogotá. 22:351 (Abril) 1954.
- 15 - Londoño, A.: Una historia de embarazo abdominal. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 5:205 (Marzo-Abril) 1954.
- 16 - Acosta, E.: Comentarios acerca de dos casos de embarazo ectópico a término. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 8:195 (Julio-Agosto) 1957.
- 17 - Henríquez, V.: Comunicación personal al autor.
- 18 - Navas, G.: Casos curiosos de embarazo ectópico avanzado. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 1:144 (Junio-Julio) 1950.

RESPIRATORY INFECTION SIMULATING WHOOPING COUGH IN CHILDREN DURING THE FIRST YEAR OF LIFE

Clifford G. Grulee Jr., D. M.

Prof. of Pediatrics. - Associate dean
Tulane University New Orleans.
USA.

In 1953 Dr. John Budding and Dr. Sarah Wood initiated a study of the etiology of bronchiolitis in infants and young children at the Charity Hospital in New Orleans. A consecutive series of 51 cases under 2 years of age was collected. *Hemophilus influenzae* appeared with great frequency in cultures from the upper respiratory tracts of these patients, and was frequently predominant even when other organisms such as the beta hemolytic streptococcus and the pneumococcus were also present. In only six of the cultures could *hemophilus influenzae* be identified as Type B, whereas Type A, an organism which is usually considered to be of low pathogenicity in humans, was found in 26 instances.

It should be emphasized that careful naso-pharyngeal swabs for *hemophilus pretussis* and *parapertussis* organisms were cultured on Bordet Gengou, Levinthal, and blood agar media. These were negative in all cases.

Clinically it was of particular interest that many of these infants presented signs and symptoms suggesting typical whooping cough. These included dyspnea, tachycardia, paroxysmal coughing at times culminating in vomiting, cyanosis, moderate fever, lymphocytosis in the peripheral blood and varying degrees of prostration and dehydration. The patients were usually not as severely ill as were those of a similar age suffering from proved pertussis. Also in most instances the patients had been ill less time than would have been expected in whooping cough and had experienced a fairly sudden onset of difficulty in breathing following a "cold" of 2 to 12 days duration. Unfortunately, it was not possible to determine with certainty the immunization status of many older infants studied.

The importance of mechanical factors affecting respiration of infants has been emphasized repeatedly. During the course of inflammatory

disease in the respiratory tract these mechanical factors are of particularly great importance in the production of symptomatology. In brief review, the relatively weak cough of an infant and the relatively small cross-sectional diameter of the larger bronchi and trachea are special handicaps. Inflammation and edema of mucous membranes with loss of ciliary action and accumulation of viscid mucous or purulent secretions constantly threaten respiratory obstruction. Such nonspecific factors determine the nature of symptoms perhaps more than the particular causative organism which is involved. In fact, a variety of different individual organisms or combinations of them may produce entirely similar pathologic effects. Therefore, the fact that *H. influenzae* can produce a clinical picture closely simulating classical whooping cough, even including leucocytosis with lymphocytosis, was not surprising.

In many patients there was an initial leucopenia and later a relative or absolute lymphocytosis. Repetition of the white blood cell count on the second or third day of hospitalization revealed maximal lymphocytic responses (up to 92 per cent). It is interesting that Dr. Max Finland described this type of leucocytic reaction to *H. influenzae* respiratory infection many years ago.

The significance of finding *H. influenzae* on culture of the upper respiratory tract in patients presenting this combination of symptoms and signs was subjected to critical evaluation, since it had been repeatedly demonstrated that many organisms, including *H. influenzae*, can be recovered from the noses and throats of apparently healthy individuals. In cultures of the rhinopharynx Rebe (2) found that 42 per cent of 86 cases of scarlet fever and 56 per cent of 302 cases of pneumococcal pneumonia had *H. influenzae*, particularly of Type A. There are, however, several circumstances which favor a causal relation between *H. influenzae* and clinical disease in such patients. In the 51 cases of Budding and Wood there were 46 instances in which a rise in type-specific antibody titer for *H. influenzae* Types A or B followed the acute clinical course and disappeared in 10 to 13 weeks. Also, in a subsequent series of 14 patients admitted with the diagnosis of clinical whooping cough under one year of age which was studied at the Tulane Pediatric Service in 1954, there were no cases from which *H. pertussis* was cultured, only one case in which *H. parapertussis* could be obtained, but 10 cases in which *H. influenzae* was present. Nothing was grown from deep throat swabs of the remaining 3 cases. Finally, in a personal communication with Dr. Wood, a family outbreak of clinical "whooping cough" is described in which not only the index case, an infant under one year, but all other affected individuals had *H. influenzae* on culture. More

importantly, all of the clinically ill members of the family had high antibody responses to this organism during convalescence

It is interesting to note that certain strains of *H. influenzae* which could not be typed at the time of original isolation became typable when grown on chick embryos infected with influenzal virus. These same rough strains did not grow, however, when normal embryonated eggs were used. Because of this, a possible symbiotic relationship has been postulated between *H. influenzae* and the influenzal virus in the production of this pertussis-like disease (3). In 5 patients studied by Dr. John Buddingh, anti-hemagglutination titers developed against influenza virus C though not against virus Types A or B.

The actual incidence of whooping cough-like disease, whether caused by *H. influenzae* or by the combined effect of this organism and influenza virus is not known. This information is of both theoretical and practical importance since it might constitute an explanation for apparent failures to immunize infants against pertussis and because failure to recognize the etiologic agent as *H. influenzae* may lead to erroneous conclusions concerning therapy. The effectiveness of Chloramphenicol (250 mg. every 8 hours intramuscularly) which is striking when the ing and important type of infection in infants and young children which by *H. pertussis*.

SUMMARY AND CONCLUSIONS - It is hoped that by these brief considerations there may be an increased awareness of an interesting and important type of infection in infants and young children which closely resembles the clinical picture of pertussis.

BIBLIOGRAPHY

1. Rabe, E. F., Infectious croup; etiology, *Pediatrics* 2: 255-265, September 1948.
2. Wood, S. H., Buddingh, G. J., and Abberger, B. F., Jr., An inquiry into the etiology of acute bronchiolitis of infants, *Pediatrics* 13: 363-372, April 1954.
3. Wood, S. H., *Personal Communications*.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD.

CALENDARIO PARA 1960

- Enero 11 Lunes
Iniciación del trabajo de Secretaría.
Entrevistas personales para los aspirantes al primer curso.
- Enero 12 Martes
Preparación de listas, tarjetas, etc., etc., para los exámenes de selección y trabajo de Secretaría.
- Enero 13 Miércoles
Entrevistas para los aspirantes y Trabajo de Secretaría.
- Enero 14 Jueves
Entrevistas personales para los aspirantes y trabajo de Secretaría.
- Enero 15 Viernes
Entrevistas personales y trabajo de Secretaría.
- Enero 16 Sábado
Entrevistas personales y trabajo de Secretaría.
- Enero 18 Lunes
10 a.m. Primer examen de Selección - FISICA.
- Enero 19 Martes
10 a.m. Segundo examen de Selección - QUIMICA.
- Enero 20 Miércoles
Empieza la distribución de órdenes de matrículas para 1960.
- Enero 21 Jueves
10 a.m. Tercer examen de selección - BIOLOGIA.
- Enero 22 Viernes
10 a.m. Cuarto examen de selección - INGLES.
- Enero 23 Sábado
10 a.m. Quinto examen de selección - FRANCES.
- Enero 25 Lunes
Empiezan las matrículas para los cursos segundo y tercero.
- Enero 26 Martes
Matrículas para los cursos cuarto y quinto.
- Enero 27 Miércoles
SE DAN LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE SELECCIONES A LOS ASPIRANTES AL PRIMER CURSO. - Matrículas para el curso sexto y órdenes de matrículas para los seleccionados a ingresar en el primer curso.
- Enero 28 Jueves
Matrículas para los del primer curso. Ultimo día hábil para la presentación de las habilitaciones, exámenes supletorios y aplazados.

- Enero 29 Viernes
Ultimo día para atender a las matrículas de todos los cursos.
- Enero 30 Sábado
Trabajo de Secretaría.
- Febrero 1º Lunes
Iniciación de los cursos en el año lectivo de 1960.
- Marzo 19
Fiesta de guarda. San José.
- Abril 4 al 8
EJERCICIOS ESPIRITUALES. En estos días no se suspenden LAS CLASES. Las pláticas se harán en el Auditorio de la Facultad a las 6 p.m.
- Abril 10 al 17
SEMANA SANTA.
- Abril 18 Lunes
Se inician nuevamente las clases, después de las vacaciones de Semana Santa.
- Abril 20 - 21 y 22
Tiempo hábil para la preparación de las primeras pruebas parciales, de las materias semestrales.
- Mayo 9 al 13
Tiempo hábil para presentar las primeras pruebas parciales de las materias anuales.
- Mayo 26 Jueves
Fiesta de guarda. Ascensión del Señor.
- Junio 6 al 8
Presentación de los exámenes finales de las materias semestrales.
- Junio 9 Jueves
Iniciación del segundo semestre. Empiezan las clases.
- Junio 16 Jueves
Día de fiesta de guarda. Corpus Christi.
- Junio 24 Viernes
Fiesta Nacional. Día del Sagrado Corazón de Jesús.
- Junio 29 Miércoles
Fiesta de guarda. San Pedro y San Pablo.
- Julio 20 Miércoles
Fiesta Nacional. Independencia. Empiezan las vacaciones de medio año.
- Agto. 7 Domingo
Fiesta Nacional. Terminan las vacaciones de julio.
- Agto. 8 Lunes
Iniciación de las clases después de las vacaciones del medio año.
- Agto. 15 Lunes
Fiesta de guarda. Asunción de la Santísima Virgen.
- Spbre. 5 al 7
Presentación de la única prueba parcial de las materias del segundo semestre.

- Sept. 12 al 14
Presentación de la segunda prueba parcial de las materias anuales.
- Oct. 9 al 11
FIESTAS UNIVERSITARIAS.
- Oct. 29 Sábado
Terminación de los programas de clases.
- Nov. 1 Martes
Fiesta de guarda. Todos los Santos.
- Nov. 2 Miércoles
Iniciación de los exámenes finales.
- Nov. 11 Viernes
Fiesta Nacional. Independencia de Cartagena.
- Nov. 30 Miércoles
Terminación del año lectivo. - En esta fecha deben estar todas las materias presentadas.
- Dic. 1º al 15
Entrevistas para los aspirantes a ingresar al primer año de la Facultad en el año de 1961.

A NOTACIONES.

CADA MES TIENE LOS SIGUIENTES DIAS HABLES.

FEBRERO	21 y 4 sábados.
MARZO	23 y 4 sábados.
ABRIL	14 y 4 sábados.
MAYO	21 y 4 sábados.
JUNIO	19 y 4 sábados.
JULIO	13 y 3 sábados.
AGOSTO	17 y 3 sábados.
SEPTIEMBRE	22 y 4 sábados.
OCTUBRE	18 y 5 sábados.

PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
FEBRERO 21	JUNIO 13
MARZO 23	JULIO 13
ABRIL 16	AGOSTO 17
MAYO 21	SEPTIEMBRE 22
JUNIO 3	OCTUBRE 18
—	—
Total 84	Total 83

PENSUM Y HORARIO PARA 1960

PRIMER CURSO

Mañana:

MORFOLOGIA:

Anatomía Macroscópica 7 a 10 a.m. Anual.
Histología y Embriología 10 a 12 m. Anual.
Antropología, los Sábados 8 a 10 a.m. 1er. Semestre.

Tarde:

Biología y Genética 2 a 5 p.m. 1er. Semestre.
Físico-Química 2 a 5 p.m. 2º. Semestre.

NOTA:

La tarde de los miércoles quedará libre para consultas bibliográficas en la Biblioteca Médica.

SEGUNDO CURSO

Mañana:

Fisiología. (Teórica y práctica). 7 a 11 a.m. Anual.
Psicología Médica 11 a 12 m. 1er. Semestre.
Bioestadística 11 a 12 m. 2º. Semestre.

Tarde:

Bacteriología 2 a 6 p.m. 1er. Semestre.
Parasitología 2 a 6 p.m. 2º. Semestre.

TERCER CURSO

Ver cuadros especiales para la distribución de grupos y horarios.

Medicina Interna Primero . . . (Teórica y Práctica) Anual.
Anatomía Patológica (Teórica y Práctica) Anual.
Farmacología Segundo Semestre.
Psicopatología - Conferencias Martes y Jueves - 7 a 8 a.m. Anual.

Introducción a la Medicina Preventiva. Una Conferencia semanal los miércoles - 10 a 11 a.m.

CUARTO CURSO

Ver cuadros especiales para la distribución de grupos y horarios.
Se divide en dos grupos: A y B.

Grupo A:

Medicina Interna II Plan especial de "Trabajo Hospitalario".

Fundamentos Básicos de Pediatría. - Lunes y Viernes de 5 a 6 p.m. Anual.

Grupo B:

Medicina Interna	7 a 8 a.m.
Psiquiatría (Teoría y práctica).	8 a 11 a.m.
Ortopedia (Teoría)	11 a 12 m.
Ortopedia (Práctica)	2 a 4 p.m. Martes, Miércoles, Jueves.
Pediatría. Fundamentos Básicos	5 a 6 p.m. Lunes y Viernes.
Medicina Preventiva (Teoría) .	2 a 5 p.m. Lunes y Viernes.
Medicina Preventiva (Práctica).	4 a 6 p.m. Martes, Miércoles, Jueves.

En el segundo semestre se invierten los grupos.

QUINTO CURSO

Mañana:

Ver cuadros especiales para la distribución de grupos y horarios.
Se dividen en tres grupos: A, B y C.

Grupo A:

Medicina Interna III	Febrero a Mayo.
Pediatría	Mayo a Agosto.
Obstetricia y Ginecología . . .	Septiembre a Noviembre.

Grupo B:

Pediatría	Febrero a Mayo.
Obstetricia y Ginecología . . .	Mayo a Agosto.
Medicina Interna III	Septiembre a Noviembre.

Grupo C:

Obstetricia y Ginecología . . .	Febrero a Mayo.
Medicina Interna III	Mayo a Agosto.
Pediatría	Septiembre a Noviembre.
Clínica Neurológica (medio grupo)	11 a 12 m. Semestral.
Clínica Organos de los Sentidos (medio grupo)	11 a 12 m. Semestral.
Técnica Quirúrgica. (Teoría) .	5 a 6 p.m. Martes y Jueves - Segundo y Tercer trimestres.
Técnica Quirúrgica. (Práctica).	9 a 12 m. Sábados.

En el segundo semestre se invierten los grupos.

SEXTO CURSO

Mañana:

Cirugía General	7 a 9 a.m. Anual.
Clínica Urológica	9 a 10 a.m. Primer Semestre.
Medicina Legal	10 a 11 a.m. Primer Semestre.
Deontología Médica	11 a 12 m. Primer Semestre.

Durante las horas de la tarde se hará un EXTERNADO, para lo cual los estudiantes se dividirán en grupos que harán rotación por Consulta Externa, Policlínica Infantil, Policlínica de adultos y Obstetricia.

Durante el segundo semestre la elección del servicio podrá ser hecha por el estudiante.

El EXTERNADO se termina el día en que el estudiante empieza a hacer su período de INTERNADO ROTATORIO OBLIGATORIO.

El EXTERNADO estará bajo el control y dirección del Médico Jefe del Hospital Universitario.

El período de INTERNADO ROTATORIO OBLIGATORIO, empezará en el segundo semestre lectivo, y únicamente para los estudiantes que estén cursando Clínica Quirúrgica.

El ingreso se hará teniendo en cuenta las necesidades del Hospital Universitario y en el orden que dé el promedio de calificaciones. Este período durará 18 meses, pero no se podrá obligar al estudiante a completarlo con meses correspondientes al año de 1962.

Cuando un estudiante haya completado 12 meses de Internado y tenga motivos especiales, puede a juicio del Consejo Consultivo, terminar su período de Internado Rotatorio.

NOTA:

Este será el último grupo que podrá empezar el Internado cursando una materia y esto teniendo en cuenta su curriculum anterior.

OBSERVACIONES.

- En el Primer Año: Se suprime la Bioquímica, la cual se seguirá haciendo en Segundo curso de 1961 en adelante. En su lugar se hará Físico-Química (teoría y práctica), la cual comprenderá Química Analítica, Química Inorgánica, Química Orgánica, Física Médica y algunas nociones de matemáticas.
Se darán algunas lecciones de Antropología los Sábados.
- En el Segundo Año: No hay cambio.
- En el Tercer Año: No hay cambio.
- En el Cuarto Año: No hay cambio.
- En el Quinto Año: Hay cambio substancial. Se empieza la enseñanza de "Trabajo Hospitalario" en Medicina Interna III, en Pediatría y en Ginecología y Obstetricia.
Se reinicia la Técnica Quirúrgica.
- En el Sexto Año: Se organiza mejor el externado.

BOLETIN No. 2 HOSPITAL DE SAN VICENTE

BOLETIN DE LABORATORIO N° 2.

Yodo Protéico (PBI, Protein Bound Iodine).

El yodo total de la sangre comprende 2 fracciones:

- a) El yodo inorgánico o soluble que alcanza de 2 a 10% del yodo total.
- b) El yodo orgánico, el cual se encuentra ligado a las proteínas sanguíneas, más concretamente a la fracción alfa globulina. Este es el llamado Yodo Protéico o PBI de los Americanos. Aproximadamente 98% de este yodo es derivado de la tiroxina (hormona tiroidea o triyodotironina) y alcanza aprximadamente 90 a 98% del yodo total.

I Concentración Normal.

El valor normal del Yodo Protéico varía según los métodos. En el método adoptado por este Laboratorio que es el de O. Bodansky (Am. J. Clin. Path.: 30 (5), Nov., 1958) los valores encontrados son: 6.2 ± 1.3 microgramos % de suero siendo el yodo total 6.9 ± 2.7 microgramos %. Algunos autores dan valores más amplios, entre 3 y 8 microgramos %.

II Variaciones Fisiológicas.

En el recién nacido los valores son más altos y pueden llegar hasta 12 microgramos %. Después de 7 días los valores decrecen lentamente hasta el primer año. Los niños de más de 3 años tienen una concentración similar a la del adulto. A la edad de 45 años pueden disminuir ligeramente en el hombre pero no en la mujer. Hay un aumento normal en la concentración del Yodo Protéico durante el embarazo comenzando de la 3ª a 6ª semana hasta la 5ª u 8ª semana después del parto. Sin embargo estos valores no pasan generalmente de 8 microgramos %. La a-

climatación a las bajas temperaturas pueden aumentar las concentraciones de Yodo Protéico.

III Variaciones Patológicas.

Como el valor del Yodo Protéico depende prácticamente de la tiroxina circulante y ésta a su vez depende del funcionamiento de la glándula tiroides, el Yodo Protéico constituye un excelente índice del estado funcional de la glándula, quizás mejor que otras pruebas como el metabolismo Basal y la Captación del Yodo Radioactivo.

1º Aumento del Yodo Protéico.

Existe en orden de frecuencia en los siguientes estados:

- a) Hipertiroidismo (más de 94% de los pacientes tienen valores por encima de 8 microgramos por %).
- b) Tirotoxicosis.
- c) Acromegalia.
- d) Tiroidectomía (primeras 24 horas).
- e) Hepatitis incipiente.
- f) Tiroiditis aguda, en algunos casos.
- g) Coto Nodular hiperplásico.
- h) Carcinoma tiroideo si la producción de tiroxina es alta (valores persistentemente altos de Yodo Protéico en un carcinoma tiroideo indican metástasis).

Disminución del Yodo Protéico.

- a) Hipotiroidismo en el 98% de los casos se encuentra por debajo de 3 microgramos por %.
- b) Panhipopituitarismo.
- c) Nefrosis (más que todo debido a la pérdida de proteínas).
- d) Administración de A C T H y Cortisona.
- e) Tiroiditis crónica.
- f) Tiroidectomía (después de las 24 horas).

En el Bocio endémico y coloide los valores de Yodo Protéico son normales.

IV Falsos Resultados.

La determinaciones de Yodo Protéico son sumamente delicadas y pueden dar resultados falsos por múltiples factores. He aquí algunos:

1º *Valores Altos.*

Administración de compuesto de yodo al paciente tales como yoduros lugol, tintura de yodo, compuestos radio opacos como el Lipiodol y compuestos similares, antiparasitarios del tipo de la Floraquin, anti amibianos del tipo Diiodohydroquinone. La administración de extractos tiroideos o de tiroxina. A esto hay que agregar las contaminaciones del procedimiento mismo que deben ser controladas por el Laboratorista.

2º *Valores Disminuídos.*

Después de la administración de diuréticos mercuriales. Por errores técnicos debidos a volatilización del Yodo.

Hernán Zuleta Carrasquilla
Médico Director del Laboratorio.