

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 10 — MEDELLIN, SEPT. DE 1960 — NUMERO 8

Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín. — Continuación de "Boletín Clínico" y de "Anales de la Academia de Medicina". — Tarifa Postal reducida. Lic. N° 1.896 del Ministerio de Comunicaciones.

**Dr. Alfonso Aguirre C.**  
Decano de la Facultad

**Dr. Oriol Arango Mejía**  
Presidente de la Academia

EDITOR:

**Dr. Alberto Robledo Clavijo**

CONSEJO DE REDACCION:

**Dr. Héctor Abad Gómez**

**Dr. Alfredo Correa Henao**

**Dr. Iván Jiménez**

**Dr. César Bravo R.**

**Dr. Marcos Barrientos**

**Dr. David Botero R.**

**Sra. Dora Echeverri de S.**  
Bibliotecaria de la Facultad

**Srta. Margarita Hernández B.**  
Administradora

## CONTENIDO:

EDITORIAL .....	401
Observaciones sobre seis casos de Pericarditis Constrictiva.— <b>Dres. Jairo Velásquez T. y Flavio Granados</b> .....	403
Presentación de tres niños con doble Enfermedad Hemolítica y descripción de un método para hacer positiva la prueba de Coombs. <b>Dr. Sigifredo Palacio R.</b> .....	410
Observaciones sobre 80 partos en pacientes con cesárea anterior.— <b>Dres. Fabio Arango S. y Luis Fernando Restrepo A.</b> .....	415
Dermatomiositis.— <b>Dres. Alfredo Naranjo V. y Jaime Borrero R.</b> ..	425
ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA:	
Informe de Comisión .....	442
ACTIVIDADES DE LA FACULTAD:	
Resumen de Actividades en el Hospital "La María" en agosto y Septiembre de 1960 .....	446
Informe de trabajos realizados en el Lab. Clín. del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en agosto de 1960 .....	
NOTICIAS:	
Necrología.— <b>Dr. Francisco Navarro</b> .....	450
Visita del <b>Dr. Wolfgang Kretschmer P.</b> .....	451
III Congreso Colombiano de Cardiología .....	453

Editada en la Imprenta de la Universidad de Antioquia.

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

1º - Los artículos enviados serán estudiados por el Comité de Redacción y su publicación estará sujeta a su aprobación. El Comité de Redacción puede hacer algunas modificaciones de forma, a fin de presentar convenientemente el artículo.

2º - Los artículos completos deben venir escritos a máquina, a doble espacio, con márgenes a ambos lados y en papel tamaño oficio o carta. Cada hoja debe ser numerada.

3º - El título del artículo debe ser corto y dar idea del asunto que se trata. Se puede usar un subtítulo un poco más explicativo.

4º - El nombre del autor con su posición o grado académico debe ponerse debajo del título o subtítulo del artículo.

5º - Cada artículo debe ser acompañado de un resumen en tiempo presente que contenga los principales puntos del artículo, pero en términos más generales.

6º - Las ilustraciones si son fotografías deben enviarse en papel brillante; si son cuadros o esquemas, en papel blanco y a tinta china. Toda ilustración o cuadro debe tener una leyenda ilustrativa y ser numerado, este número debe citarse en la leyenda. El número de ilustraciones es limitado y su excedente es por cuenta del autor.

7º - La bibliografía debe numerarse según el orden de aparición en el texto, donde se hará referencia a ella por un número entre paréntesis. Debe ordenarse en la siguiente forma: apellido del autor seguido de una coma; inicial del nombre seguida de dos puntos; título del artículo; abreviatura del nombre de la revista; número del volumen subrayado seguido de dos puntos; número de la revista; página inicial y final del artículo, año de publicación. Si la cita es de un libro, además del nombre del autor de la edición y de la página citada se pone el nombre de la casa editora, el lugar y el año. Ejemplo: 1 - Mason, M.F. Robinson, C.S. and Blalock, A.: Studies on the renal arterial blood pressure and the metabolism of kidney tissue. J. Exp. Med. 72: 289 - 299. 1.940.

8º - Si se desean separatas del artículo debe anunciarse con anticipación para convenir su valor.

9º - Para lo relacionado con la publicación de artículos dirigirse a: Dr. Alberto Robledo, ANTIOQUIA MEDICA. Apartado Aéreo N° 20-38. Medellín, Col. S.A.

ANTIOQUIA MEDICA publica 10 ediciones anualmente. Cada edición consta de 1.600 ejemplares.

## TARIFA DE ANUNCIOS

Página corriente interior . . . . .	\$ 150.00
Media página . . . . .	\$ 75.00
Página sitio de preferencia frente a carátula o frente a texto . . . . .	\$ 200.00
Página avisos intercalados (2 caras) . . . . .	\$ 180.00
Página avisos a dos tintas, 30% de recargo.	
Carátula precio especial.	

## EDITORIAL

En otro lugar de esta edición aparece el informe de la comisión nombrada por la Academia de Medicina de Medellín para estudiar la respuesta a la pregunta del Dr. Navia Monedero, de la ciudad de Cali, sobre la conveniencia o inconveniencia de la construcción de un sanatorio para tuberculosos en esa ciudad.

En dicho informe se analiza detenida y claramente el estado del problema tuberculoso entre nosotros, que dista mucho de ser el mismo de los países mejor dotados social y económicamente, como los EE. UU., Dinamarca, Suecia, Uruguay y otros; donde las campañas antituberculosas llevan largos años de lucha sostenida y eficiente, haciendo posible el que en la actualidad se concreten casi exclusivamente a la prevención de la enfermedad.

El problema de la Tuberculosis entre nosotros reviste caracteres especiales de gravedad que hacen pensar que con los recursos y medios actuales será imposible resolverlo en un plazo determinado. Las estadísticas nos informan de la existencia de 120.000 casos, de los cuales la abrumadora cifra de 60.000 son contagiosos y de ellos al menos 10.000 dadas sus condiciones de vivienda y nutrición requieren atención exclusiva del estado. Será posible que ante tan elevado número de enfermos pueda descartarse el tratamiento hospitalario y concentrarse todos los medios de la campaña antituberculosa en la prevención de la enfermedad?

Recientemente se discutía por algunos de nuestros funcionarios de Salud Pública si los esfuerzos del estado debían concretarse al tratamiento o a la prevención de las enfermedades. El estudio de la realidad colombiana nos convence que ninguna de estas soluciones puede tomarse de una manera unilateral. Nuestra situación tanto higiénica como económica es diferente a la de otros países y si en muchos de ellos que gozan de condiciones totalmente diferentes a las nuestras no se ha tomado esa determinación, sería utópico pensar que pudiéramos tomarla en Colombia.

Las soluciones de nuestros problemas deben ser nuestras, y las circunstancias del país, hacen imposible que el estado pueda dedicar todos sus recursos de la asistencia social a la atención hospitalaria o a la prevención de las enfermedades exclusivamente.

Si se cumplieran las disposiciones legales y a los tuberculosos se les asignaran sitios en los hospitales generales como ocurre en casi todos los países del mundo, veríamos no tan remota la esperanza de dedicar todos los esfuerzos de la higiene a la prevención de la TUBERCULOSIS.

Hace falta crear un mejor ambiente al enfermo tuberculoso, no solo entre el pueblo, sino también entre el mismo cuerpo médico, para lograr que ese Tabú con que siempre se les ha mirado, desaparezca y sean recibidos en los hospitales generales de las poblaciones y ciudades ya que nuestros precarios recursos económicos hacen imposible la construcción y el sostenimiento de sanatorios especializados.

Recientemente se discipula por algunos de nuestros funcionarios de Salud Pública si los esfuerzos del estado debían concretarse al tratamiento o a la prevención de las enfermedades. El estudio de la realidad colombiana nos convence que ninguna de estas soluciones puede tomarse de una manera unilateral. Nuestra situación tanto higiénica como económica es diferente a la de otros países y si en muchos de ellos que toman de condiciones totalmente diferentes a las nuestras no se ha tomado esa determinación, sería ridículo pensar que podríamos tomarla en Colombia.

## OBSERVACIONES SOBRE SEIS CASOS DE PERICARDITIS CONSTRICTIVA (1)

Jairo Velásquez Toro, M. D. (2).

Flavio Granados, M. D. (3).

La pericarditis Constrictiva, se ha considerado como una entidad relativamente rara, no obstante en los primeros siete meses del año 1958, fueron descubiertos los seis casos, base de este trabajo.

El propósito de este estudio estriba en la ordenación crítica de las observaciones personales de estos seis casos de Pericarditis Constrictiva, cuatro de los cuales fueron seguidos en el Hospital San Vicente de la ciudad de Medellín y dos en el Hospital Sanatorio La María de esta misma ciudad.

En cada uno de los casos, se lograron las siguientes observaciones: edad, sexo, raza, diagnóstico provisional, crecimiento abdominal en grados de I a IV; disnea, clasificada de pequeños y de grandes esfuerzos; pulsaciones precordiales, cianosis, hepatomegalia, edema subcutáneo, congestión de las venas del cuello, auscultación, derrame pleural uni o bilateral, presión arterial diferencial, pulso paradójal, presión venosa, tiempo de circulación, proteinemia y relación albúmina-globulina, estudio cardiológico, estudio electrocardiográfico, diagnóstico final, tratamiento y complicaciones. En el cuadro No 1 se hace un resumen de estas observaciones, con excepción de los estudios radiofónicos y electrocardiográficos que son considerados aparte.

La entidad fluctuó entre los 8 y los 35 años, que parece ser el período de la vida más afectada por esta enfermedad. Debe destacarse el hecho del caso C. L. M., una niña de 8 años, ya que el caso más joven

- 
- (1) Trabajo ejecutado en el Departamento de Cardiología en la Fa. de Medicina de la Univ. de Antioquia. Medellín, y presentado en el Congreso de Cardiología de Cali. Dbr. 58.
  - (2) Profesor Auxiliar de Cardiología. Facultad de Medicina, U. de A.
  - (3) Residente de Cardiología. Facultad de Medicina U. de A.

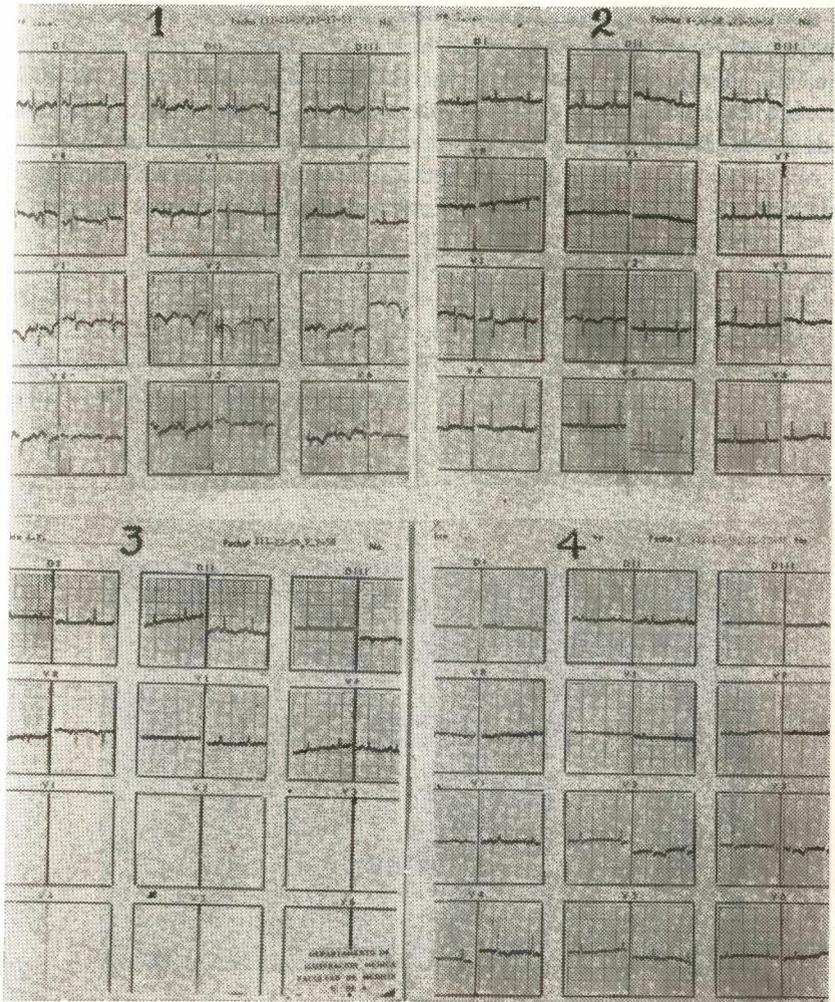
descrito por White<sup>1</sup> era de 10 años Burwell,<sup>2</sup> dice haber visto casos más jóvenes en una comunicación personal, pero no hay constancia en la literatura de esta publicación. Dos de los casos son mujeres y cuatro hombres; dos se consideraron de raza mestiza y cuatro de raza blanca. Debe llamarse la atención sobre los diagnósticos con los cuales estos pacientes fueron referidos al Hospital, muy especialmente lo llamativo de la sintomatología hepática, ya que dos de los casos se pensó inicialmente en cirrosis y en un tercero en absceso hepático. Los dos casos del Hospital Sanatorio La María encontraron con el diagnóstico de TBC pulmonar activa. El crecimiento abdominal, fue un hecho prominente en todos los casos con excepción de uno. Este crecimiento, se consideró grado IV en la mayoría. La disnea es un síntoma discreto; fue generalmente de grandes esfuerzos. No se observaron pulsaciones precordiales. La cianosis se puede considerar rara en la pericarditis, únicamente uno de nuestros casos la presentó en forma moderada. En todos se encontró hepatomegalia, dolorosa, no pulsátil, con reflujo hepatoyugular y que varió de 7 a 15 cms. por debajo del reborde costal derecho. El edema subcutáneo se encontró en todos los casos, pero en forma muy discreta. Todos los pacientes mostraron marcada congestión de las venas del cuello tanto en decúbito como en la posición erecta. Los ruidos cardiacos alejados han sido considerados como punto cínico fundamental en toda enfermedad, no obstante, se observaron únicamente en tres casos. Solo se oyó frote pericárdico en un paciente, después de haber sido sometido a una resección pulmonar. El ritmo de tres tiempos, llamado ritmo protodiastólico pericárdico, fue el hecho auscultatorio más constante, sin dejar de recordar la dificultad de diferenciar este ritmo del ritmo de tres tiempos que se encuentra en niños y jóvenes. Se encontró derrame pleural en cuatro casos, bilateral en dos y derecho en dos. La presión arterial diferencial convergente y el pulso paradójico, constituyen dos signos de enorme valor en el diagnóstico de la Pericarditis Constrictiva y como lo demuestra el cuadro No. 1, fueron positivos prácticamente en todos los casos. El aumento de la presión venosa y la prolongación del tiempo de circulación son hechos ampliamente conocidos y de gran ayuda como exámenes complementarios en este diagnóstico. Todos presentaron aumento de la presión venosa, la cual varió entre 25 y 35 cms. de agua. El tiempo de circulación fluctuó entre 14 y 16 segundos. Se encontró una baja moderada de las seroproteínas en todos, pero la relación albúmina-globulina se conservó.

Desde el punto de vista electrocardiográfico encontramos: Ritmo sinusal, relativo bajo voltaje de QRS, aplanamiento o inversión de

CUADRONO 1

Edad	Sexo	Diag. Entrada	Crecim. abdom.	Disnea	Pulso prec.	Cian.	Hepato-megalia	Edema subc.	Congest. Venas cuello	Auscultación	Derrame pleural	Pres. Dif. mmHg	Pulso paradoj.	Pres. Venosa cmH <sub>2</sub> O	T Circ.	Proteínas
8	F	TBC Pulmonar Cirrosis	4	Sí P. E.	No	?	Sí 12 cm.	Sí	Sí	Alejado Ritmo 3 Tiemp.	Sí Bilat.	10	Sí	32	15" B. L.	5 gm. 2.6 2.4
10	M	TBC mediastinal Parasitosis	4	Sí G. E.	No	No	Sí 15 cm.	Sí Facial	Sí	Ritmo 3 Tiemp.	Sí Bilat.	25	Sí	36	16" B. L.	4 gm. 2.3 1.2
21	M	Absceso Hepático	4	Sí G. E.	No	Sí	Sí 10 cm.	Sí	Sí	Alejado Ritmo 3 Tiemp.	Sí derecho	20	Sí	35	15" B. L.	5 gm. 2.8 2.8
28	F	TBC pulmonar	2	Sí G. E.	No	No	Sí 6 cm.	Sí	Sí	Frote Peric.	No	25	Sí	32	16" B. L.	5.2 3.0
35	M	TBC pulmonar	No	No	No	No	Sí 7 cm.	No	Sí Med.	Ritmo 3 Tiemp.	No	20	No	28	14" B. L.	6.2 3.7 2.5
25	M	Cirrosis Portal	4	Sí G. E.	No	No	Sí 10 cm.	Sí	Sí Promin.	Lejanos Ritmo 3 Tiemp.	Sí derecho	25	Sí	32	16" B. L.	6.4 3.4 3.0

onda T en las precordiales, aumento del voltaje de P en DI y D2 con las características de P mitral. Estos cambios son ampliamente reconocidos y aceptados en las Pericarditis Constrictivas, pero en ninguna forma específicos de tal entidad (ver gráficas 1-2-3-4). En cuatro pacientes que fueron sometidos a la decorticación pericárdica y en quienes logramos

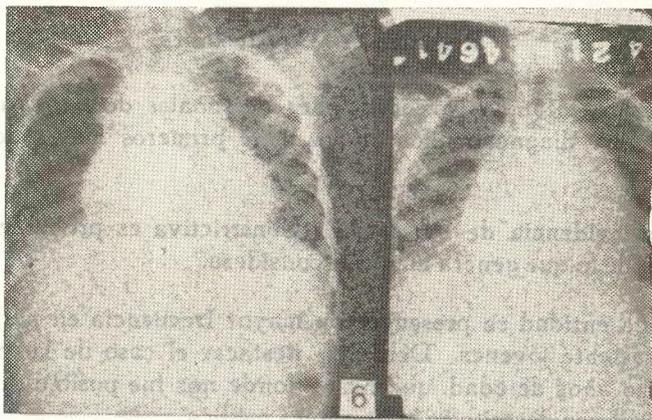


Gráficas Nros. 1, 2, 3 y 4 — En el lado izquierdo los electrocardiogramas pre-operatorios con su correspondiente control post-operatorio inmediatamente situado en el lado derecho de cada derivación

ya que este último paciente en quién a pesar del ligero aumento del voltaje demostrado en el trazo de control, la posición de los vectores no se modificó, en contraste con la evidente rotación que los vectores demostraron en los otros tres pacientes en quíenes el beneficio de la decorticación fue manifiesto.

Radiológicamente encontramos silueta cardíaca normal en dos casos y aumento considerable de la imagen cardíaca en cuatro (gráfica 6). La forma de la silueta cardíaca en si fue muy variable. A la fluoroscopia se encontró disminución de la dinámica cardíaca en todos los casos pero abolición absoluta en ninguno. No observamos calcificaciones pericárdicas.

En el paciente C. A. en el segundo intento de decorticación pericárdica, fue necesaria la ligadura de la rama descendente de la coronaria anterior por sección accidental de la misma. Inmediatamente entró en calapso cardiovascular. Se tomó electrocardiograma (gráfica 7), que demostró lesión miocárdica aguda muy extensa. El paciente murió y la necropsia confirmó la lesión antes descrita.

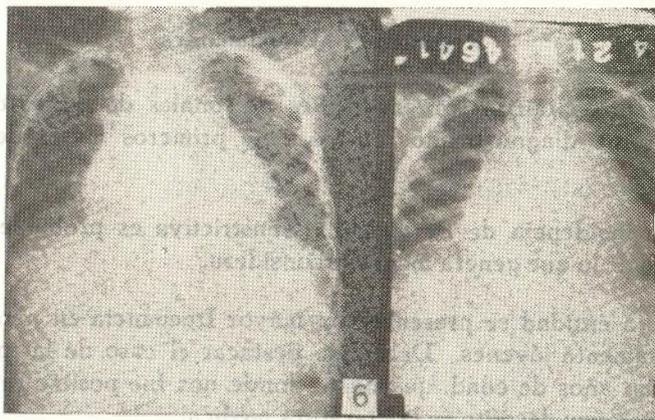


Gráfica N° 6 — Radiografía de la niña de 8 años antes y después de la Pericardiectomía.

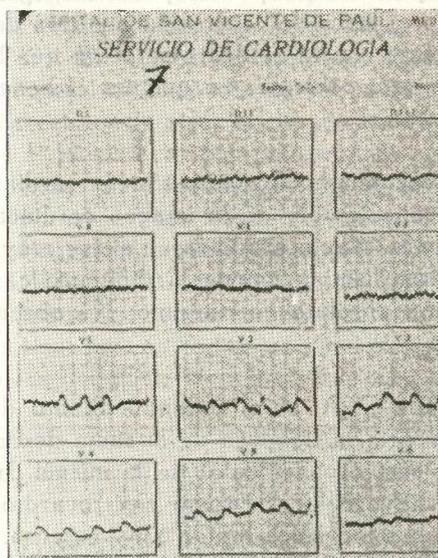
ya que este último paciente en quién a pesar del ligero aumento del voltaje demostrado en el trazo de control, la posición de los vectores no se modificó, en contraste con la evidente rotación que los vectores demostraron en los otros tres pacientes en quienes el beneficio de la decorticación fue manifiesto.

Radiológicamente encontramos silueta cardíaca normal en dos casos y aumento considerable de la imagen cardíaca en cuatro (gráfica 6). La forma de la silueta cardíaca en si fue muy variable. A la fluoroscopia se encontró disminución de la dinámica cardíaca en todos los casos pero abolición absoluta en ninguno. No observamos calcificaciones pericárdicas.

En el paciente C. A. en el segundo intento de decorticación pericárdica, fue necesaria la ligadura de la rama descendente de la coronaria anterior por sección accidental de la misma. Inmediatamente entró en calapso cardiovascular. Se tomó electrocardiograma (gráfica 7), que demostró lesión miocárdica aguda muy extensa. El paciente murió y la necropsia confirmó la lesión antes descrita.



Gráfica Nº 6 — Radiografía de la niña de 8 años antes y después de la Pericardictomía.



Gráfica N° 7 — Muestra el electrocardiograma del paciente con la ligadura quirúrgica de la rama descendente de la coronaria anterior

### Resumen Y Conclusiones

- 1o. — Se presentan las observaciones personales de pericarditis Constrictiva diagnosticados en los siete primeros meses del presente año.
- 2o. — La incidencia de Pericarditis Constrictiva es probablemente mayor de lo que generalmente se considera.
- 3o. — Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en personas relativamente jóvenes. Debemos destacar el caso de la paciente de ocho años de edad, que hasta donde nos fue posible revisar, es el más joven descrito en la literatura médica.
- 4o. — La mayoría de estos pacientes fueron referidos al Hospital con diagnósticos diferentes. Hay que anotar la frecuencia con la cual esta entidad se confunde con patología hepática.

50. — El cuadro clínico en general no presentó diferencia sustancial con la descripción clásica.
60. — El viejo concepto radiológico de 'corazón pequeño y quieto', no parece tener ya vigencia.
70. — El viraje de los vectores de QRS y T posterior a la pericardiectomía, en los pacientes que mejoraron, y la ninguna modificación posicional de los vectores en el paciente que necesitó reintervención, hace evidente el valor pronóstico del estudio electro-vectrocardiográfico comparativo en enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas.

## BIBLIOGRAFIA

10. — White, P. D. Heart Disease. 4 th ed New York.
20. — Burwell, C. S. y Black, A.: Chronic Constrictive Pericarditis; Physiologic and Pathologic Considerations. J. A. M. A., 110: 265, 1938.

## PRESENTACION DE TRES NIÑOS CON DOBLE ENFERMEDAD HEMOLITICA Y DESCRIPCION DE UN METODO PARA HACER POSITIVA LA PRUEBA DE COOMBS

DR. SIGIFREDO PALACIO R. (1)

La doble enfermedad hemolítica en el recién nacido, constituida por incompatibilidad tanto al sistema A. B. O. como al factor Rh, es poco frecuente y esto lo hemos podido observar en un crecido número de eritroblastosis fetal presentados en la Clínica León XIII (I.C.S.S.) de Medellín, Colombia.

En la literatura revisada a nuestro alcance, no hemos encontrado ningún artículo publicado sobre doble incompatibilidad; lo que nos induce a pensar que este trabajo puede contribuir a dilatar el complejo sistema hemolítico del recién nacido.

Llegamos al diagnóstico de doble enfermedad hemolítica, después de un largo estudio, el cual fué practicado en el Banco de Sangre de la Clínica León XIII.

El Rh negativo de las madres en oposición al Rh positivo de los niños: anticuerpos de bloqueo a bajo título en los sueros maternos; hallazgo de aglutininas y de hemolisinas y antecedentes de exanguinotransfusión por incompatibilidad al factor Rh en un niño correspondiente al 2o., caso que presentaremos posteriormente, nos abrieron el camino para demostrar la simultánea incompatibilidad.

### Material y Método

En el transcurso de nueve meses correspondientes a 1960, se han visto en la Clínica León XIII: 61 casos de eritroblastosis por incompatibilidad al factor Rh; 43 casos por incompatibilidad al sistema A.B.O; un caso al factor hr y tres casos de doble incompatibilidad. En total 108 casos de enfermedad hemolítica en el lapso mencionado.

---

† Jefe del Banco de Sangre de la Clínica León XIII. ICSS — Medellín.

Empleamos para la prueba; suero materno, glóbulos del niño y sustancias específicas A y B.

### Técnica:

- 2 cc de suero materno
- † 3 a 5 gotas de sangre del niño
- † 0.4 cc de sustancias específicas A y B.

La técnica se continúa siguiendo el mismo método de un Coombs indirecto, descrito por Coombs en 1945 (1-2).

### Resultados

La prueba de Coombs directa, descrita por Hill en 1946 (3) la encontramos negativa en los tres casos estudiados. Dicha prueba la positivamos, partiendo de un Coombs indirecto, según la técnica descrita por el mismo Coombs en 1945 (1-2) y absorbiendo a la vez las aglutininas naturales con sustancias específicas A y B. La modificación que le hicimos a la prueba indirecta radica en la adición de sustancias específicas tal como lo vimos al describir la técnica.

La prueba fué positiva en los tres casos estudiados y osciló entre dos y tres cruces.

En los 43 casos de incompatibilidad A. B. O la encontramos negativa. No sobra decir que en este grupo hubo tres señoras con factor Rh negativo, en las cuales no encontramos ninguna sensibilización al factor Rh.

Observamos que la ictericia en los tres niños empezó a manifestarse después de transcurridas varias horas y fué ascendiendo lentamente, motivo por el cual las exanguinotransfusiones las practicamos entre las 15 y las 48 horas.

### Presentación de casos

1o. R. A. C.—Madre con dos embarazos. El primer niño completamente normal. El segundo niño empezó a ponerse icterico a las doce horas posteriores al nacimiento; ictericia que fué aumentando de intensidad y a las cuarenta y ocho horas de nacido presentaba marcada ictericia, hepato-esplenomegalia, astenia y reflejo de Moro débil.

El estudio hematológico dio lo siguiente.

Madre grupo ORh	Negativa
Niño grupo ARh	Positivo
Coombs directo	Negativo
Coombs indirecto absorbiendo	
aglutininas	Positivo (††)
Eritroblastos	4%
Bilirrubinemia	14 mgr%
Anticuerpos de bloqueo	
maternos	1 x 32
Título de aglutininas	1 x 256
Título de hemolisinas	1 x 16
Hematocrito	33 %
Hemoglobina	10 gr %

Con todos estos datos asociados a la clínica procedimos a la exanguino-transfusión, con un recambio de 400 cc. de sangre. Al día siguiente está más activo, con 11 mg x % de bilirrubina, le aplicamos 30 cc. de sangre y le retiramos la sonda umbilical. Salió del Servicio de Prematuros tres días después sin signos clínicos de eritroblastosis.

**2o. Caso. R. M. O.**— Madre con cinco embarazos (1o. normal, 2o. un aborto de tres meses, 3o. con cambio de sangre por eritroblastosis al factor Rh, 4o. un aborto de cuatro meses 5o. con doble incompatibilidad). Este último niño empezó a ponerse icterico a las siete horas de nacido y a las quince horas se le hizo exanguino-transfusión.

El estudio hematológico demostró lo siguiente:

Madre grupo ORh	Negativa
Niño grupo BRh	Positivo
Coombs directo	Negativo
Coombs indirecto absorbiendo	
aglutininas	Positivo (†††)
Eritroblastos	13 %
Bilirrubinemia	9 mg %
Hematocrito	43 %
Hemoglobina	13.2 gr %
Título de hemolisinas	1 x 8
Título de aglutininas	1 x 1024
Anticuerpos de bloqueo maternos.	1 x 32

Se le hizo exanguíneo, la cual hubo que repetir a las diez y ocho horas. Permaneció en el Servicio por espacio de seis días.

**3o. Caso. CO. R.**— Madre con dos embarazos. Primer niño normal, 2o. niño con doble incompatibilidad. Empezó a presentar ictericia a las diez horas de nacido, la cual fué ascendiendo lentamente y a las cuarenta y ocho horas tenía marcada ictericia con hepato-esplenomegalia.

El estudio hematológico dio lo siguiente:

Madre grupo ORh ....	Negativa
Niño grupo BRh ....	Positivo
Coombs directo ....	Negativo
Coombs indirecto absorbiendo	
aglut ....	Positivo (††)
Eritrob'astos ....	12 %
Bilirrubinemia ....	10 mg %
Hematocrito ....	38 %
Hemoglobina ....	11 gr %
T. de aglutininas ....	† al 1 x 512
T. de hemolisinas ....	† al 1 x 16
T. de anticuerpos de b'oqueo	
maternos ....	† al 1 x 24

Recibió dos exanguino-transfusiones y salió del Servicio de Prematuros, cinco días después sin signos clínicos de eritrob'astosis.

**COMENTARIO.**—La doble incompatibilidad es tema de actualidad y debe investigarse a la menor sospecha.

La prueba de Coombs directa negativa puede desviar el diagnóstico y quedarse el Pediatra o el Hematólogo con el diagnóstico de incompatibilidad de grupo; pero si se investigan anticuerpos de bloqueo en el suero materno y se complementan con la prueba de Coombs indirecta modificada, se esclarece con facilidad el diagnóstico de doble enfermedad hemolítica.

En los niños estudiados la ictericia no fué de aparición precóz y se asemejó a la ictericia que se aprecia generalmente en la incompatibilidad A. B. O. Además no presentaron formas severas de eritrob'astosis; lo cual puede ser explicab'e por la competencia de antígenos.

Consideramos que la negatividad de la prueba de Coombs directa en estos casos puede ser debida a la escasez de anticuerpos de bloqueo circulantes en el niño. La prueba de Coombs indirecta es un medio de enriquecimiento y fijación de anticuerpos sobre los g'óbulos del

niño; a la vez la absorción de las aglutininas naturales con sustancias específicas A. y B. favorece la lectura del Coombs y también puede coadyuvar para que la antigama-globulina se ponga en mejor contacto con los anticuerpos que parasitan los glóbulos del niño.

Posteriormente con mayor casuística podremos hacer un mejor análisis de la doble incompatibilidad con la respectiva positivación del Coombs indirecto.

**SUMARIO.**—1o. Se presentan tres casos de incompatibilidad doble, o sea incompatibilidad al factor Rh asociado al sistema A. B. O.

2. Se demuestra la prueba de Coombs directa negativa en los casos estudiados.

3o. Se describe la prueba de Coombs indirecta positiva, con la absorción de aglutininas naturales por las sustancias específicas A y B.

4o. Se hace un breve comentario en relación a los hallazgos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **COOMBS, R. R. A. MOURANT, A. E. and RACE, R. R.**—Detection of Weak and incomplete Rh agglutinins: A new test. *Lancet* 2 (249). 15-16: 1945.
- 2) **COOMBS, R. R. A. MOURANT, A. E. and RACE, R. R.**—In vivo isosensitization of red cells in babies with hemolytic disease. *Lancet* 1 (250): 264-266: 1946.
- 3) **HILL, J. M. and HABERMAN, S.**—Demonstration of Rh antibodies in the newborn and further evidence of the pathogenesis of Erithroblastosis.—*J. Lab. Clin. Med.* 31 (10): 1053. 1946.

## OBSERVACIONES SOBRE 80 PARTOS EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR

Dr. Fabio Arango Soto. (1)

Dr. Luis Fernando Restrepo A. (2)

### Introducción

La sana aplicación del principio básico de la Obstetricia Moderna el resultado final de todo parto debe ser una madre y un niño vivos y sanos", ha conducido al abandono y la revisión de antiguas técnicas obstétricas que por mucho tiempo fueron consideradas como axiomas. Por ejemplo: la versión interna en presentaciones de cara y frente; la aplicación de fórceps altos y difíciles, las embriotomías peligrosas, han sido prácticamente abandonadas. Además la nueva orientación quirúrgica en el tratamiento de la Placenta Previa y una mayor tendencia a la resolución de algunos casos de presentación de hombros y de prolapso del cordón umbilical, por vía alta, han llevado como consecuencia lógica al incremento del número total de cesáreas.

Surge así un nuevo problema para el Obstetra, el manejo del parto en pacientes con cesárea anterior.

Estas consideraciones nos llevaron al estudio de la conducción del parto en casos con cesárea anterior y presentamos aquí 80 casos observados o dirigidos por nosotros en los Servicios de Maternidad del Hospital Universitario San Vicente de Paul, Clínica Luz Castro de Gutiérrez e Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

No podemos dejar de citar el magnífico trabajo sobre el mismo tema, escrito por los Drs. Del Corral y Muñoz Delgado de la Universidad del Valle que nos sirvió de pauta para la elaboración del presente estudio.

---

(1) Instructor de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la U. de A.

(2) Instructor de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la U. de A.

## Material y Métodos

Presentamos en este trabajo 80 partos de pacientes con cesárea anterior atendidos en los servicios ya mencionados, durante los años de 1958 y 1959. No hubo ningún criterio de selección de las pacientes distinto al de existir una cesárea previa. Igualmente no presentamos el total de casos ocurridos sino únicamente los que observamos o dirigimos personalmente.

## Resultados

CUADRO No. 1  
CONTROL PRENATAL

	No. de casos	Porcentaje
Con consulta Prenatal	65	81.25
Sin consulta prenatal	15	18.75

Observamos en el cuadro No. 1 que la asistencia a la Consulta Prenatal es bastante satisfactoria, 81.25%, pese a que la educación de nuestro pueblo en este sentido deja aún mucho que desear. Debe anotarse el hecho muy significativo de que ninguna de las pacientes que recibió atención prenatal, tuvo asistencia por comadronas u otro personal no médico antes del ingreso a los Servicios de Maternidad.

En el grupo de pacientes sin consulta encontramos tres casos que deben mencionarse: 1o. paciente que ingresa al servicio con feto muerto durante el embarazo. 2o. enferma con feto en presentación de hombros, membranas rotas y grave infección amniótica atendida durante 20 horas por comadrona y 3o. paciente con feto en presentación podálica atendida durante 12 horas por comadrona y que ingresa al servicio con inminencia de ruptura y feto muerto. Estos tres casos ilustran claramente el gran valor preventivo de la consulta prenatal.

**CUADRO No. 2**  
**TERMINACION DEL EMBARAZO EN 80 CASOS DE**  
**PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR**

Tipo de parto	No. de casos	Porcentaje
Cesárea a repetición	30	37.5
Parto espontáneo o intervenido	50	62.5

El porcentaje de partos obtenidos por vía vaginal ya sean espontáneos o intervenidos es altamente satisfactorio, 62,5% si lo comparamos con los resultados obtenidos en el Jefferson Medical College Hospital en 1956 que fue de 16% sobre 221 casos; en el New York Lyng- in en 1951 que fue de un 38,7% sobre 445 casos y en la Clínica de Maternidad de Cali en 1958, un 50% sobre 48 casos. (1).

**Evaluación Obstétrica de las pacientes  
con cesárea anterior.**

Con miras a la terminación del embarazo en este tipo de pacientes, deben considerarse una serie de factores que indicaran la necesidad de una cesárea a repetición o la posibilidad de un parto por vía vaginal.

a) Evaluación clínica y radiológica de la Pelvis. En los casos de pelvis absolutamente estrecha, está siempre indicada la cesárea electiva. En las pelvis relativamente estrechas debe estudiarse cuidadosamente el tamaño del feto, la osificación del cráneo fetal, el tipo de presentación y la variedad de posición, la dinámica uterina, el tipo de cesárea anterior y la evolución del post-operatorio con el fin de valorar el estado de la cicatriz uterina. Si el estudio de estos factores no revela ninguna anomalía, puede someterse a la paciente a una prueba de trabajo y parto vigilada muy estrechamente. (2).

b) Tipo de cesárea: de todos es sabido la mayor incidencia de ruptura uterina en la cicatriz de cesáreas de tipo clásico.

c) Post-operatorio. en los casos de post-operatorios de cesáreas complicadas con endometritis, parametritis u otros procesos pélvicos inflamatorios se tiene siempre la posibilidad de una cicatrización deficiente. En estas ocasiones es factible una prueba de trabajo siempre que se valoren bien los otros factores y se vigile muy estrechamente el progreso del parto.

d) Tipo de presentación: como conducta general en las presenta-

ciones de hombro y frente debe practicarse cesárea electiva. Puede permitirse prueba de trabajo en las presentaciones podáticas y de cara.

e) Dinámica uterina y estado del cuello: en los estados de hipertonia e hipersistolicia debe tratar de corregirse la anomalía existente y recurrir a la vía alta ante la menor sospecha de inminencia de ruptura uterina. La inercia uterina primaria o secundaria pueden llevar al obstetra al dilema de recurrir a los ocitócicos con el consiguiente riesgo de ruptura uterina o a practicar una cesárea. También es de suma importancia valorar el estado del cuello y el progreso de la dilatación pues su desconocimiento puede conducir a permitir pruebas de trabajo inútiles y peligrosas. (2).

f) Otros factores: la existencia de otra patología concomitante a saber: placenta previa, abruptio placentae, prolapso de cordón, etc., determinan con frecuencia la indicación de una cesárea a repetición en pacientes que sin estas complicaciones podrían haber sido sometidas a prueba de trabajo.

### CUADRO No. 3

#### CAUSAS DE LA CESAREA

Indicación	No. de casos	Porcentaje
Desproporción cefalo-pélvica	33	41.25
Placenta Previa	12	15.00
Distocia blanda	8	10.00
Pélvis estrecha	7	8.75
Trabajo prolongado	6	7.50
Desconocidas	4	5.00
Presentación de hombros	3	3.75
Fístula véscico-vaginal corregida	2	2.50
Procidencia del cordón	1	1.25
Trabajo prolongado e infección amniótica	1	1.25
Inminencia de ruptura	1	1.25
Nalgas incompletas en primigesta y trabajo prolongado	1	1.25
Por ruptura uterina	1	1.25
Totales	80	100.00

## CUADRO No. 14

### CAUSAS DE LAS CESAREAS A REPETICION

Indicación	No. de casos	Porcentaje
Desproporción cefalo-pélvica	10	53,3
Pélvis estrecha	4	13,3
Inminencia de ruptura	4	13,3
Fistula corregida	2	6,6
Distocia blanda	2	6,6
Inercia primaria	1	3,3
Presentación de hombros	1	3,3
Totales	30	100,0

Estudiando las causas de la primera cesárea y las indicaciones de la cesárea a repetición obtuvimos los siguientes datos, en 33 pacientes se practicó la primera intervención por desproporción céfalo-pélvica, 17 de ellas tuvieron su parto siguiente por vía vaginal. En 12 casos de cesárea por placenta previa, 11 terminaron por vía vaginal y uno por cesárea por inminencia de ruptura.

Por distocia blanda se practicaron 7 en dos de las cuales se repitió por igual indicación. La existencia de pélvis estrecha fue la primitiva indicación en 8 casos, en 4 de ellos se repitió por igual indicación y en 2 por inminencia de ruptura. Hubo 4 pacientes en las que la indicación de la primera cesárea fue desconocida, en todas ellas el parto siguiente fue por vía vaginal. En 3 casos de cesárea por presentación de hombros el parto siguiente fue normal. La existencia de fistula vesico-vaginal corregida fue causa de cesárea a repetición en 2 casos. En el caso de prociencia del cordón el parto siguiente fue normal. En un caso de cesárea por trabajo prolongado e infección amniótica, se repitió la intervención por inminencia de ruptura. En los dos casos restantes la primera intervención fue por presentación de nalgas incompletas en primigesta y trabajo prolongando en una y otra por ruptura uterina, el parto posterior terminó en cesárea a repetición por inercia primaria y presentación de hombros respectivamente.

## CUADRO No. 5

### ANALISIS DE 30 CASOS DE CESAREA A REPETICION

---

Cesárea electiva	3
Prueba de trabajo fallida	22
Prueba de fórceps fallida	5
<b>Total</b>	<b>30</b>

---

En los 30 casos de cesárea a repetición, esta se hizo electiva en 3, por prueba de trabajo fallida en 22 y por prueba de fórceps fallida en 5. Si recordamos que el total de casos estudiado fue de 80 comprobamos que se dio prueba de trabajo a 77, es decir que en un 96,7% de los casos se intentó el nuevo parto por vía vaginal. El porcentaje total de partos obtenidos por vía vaginal fue del 62,5%, por lo tanto se permitió prueba de trabajo inútil en un 34,2%. Estos datos nos demuestran que el criterio obstétrico en nuestro medio se dirige casi exclusivamente a obtener parto vaginal en este tipo de pacientes, hecho que tiene repercusión directa sobre la letalidad fetal como más adelante veremos.

## CUADRO No. 6

### TIPO DE PARTO

---

Espontáneo	18
Fórceps	24
Extracción podálica	7
Otros (Fórceps de Willat)	1

---

En este cuadro observamos que en 24 casos, 48%, se obtuvo el parto mediante la aplicación de fórceps, porcentaje que encontramos ajustado a la conducta aceptada generalmente de aplicación de fórceps bajos en pacientes con cicatriz uterina, con el fin de acortar o suprimir el período expulsivo y disminuir la anoxia fetal. En los 7 casos de presentación podálica se hizo extracción parcia. El caso de fórceps de Willat fue aplicado a un feto muerto con el objeto de acelerar el período de dilatación.

## CUADRO No. 7

### RUPTURAS UTERINAS

Tipo de Cesárea	Total	Completa	Incompleta	Incidencia
Segmentaria	73	3	3	7.5%
Clásica	4	—	—	—
Desconocida	3	—	—	—
Totales	80	3	3	7.5%

Todas las rupturas uterinas se presentaron en pacientes con cesárea segmentaria, hallazgo que aparentemente contradice la doctrina sustentada de mayor incidencia de ruptura en las cicatrices de cesárea clásica o corpora; sin embargo no concedemos significación estadística a este dato, pues el número de cesáreas clásicas fue muy bajo, solo 4 en un total de 80. Los porcentajes de ruptura uterina completa e incompleta fueron iguales. El porcentaje total de ruptura fue del 7.5% que encontramos aceptable pues la mayoría de los autores consultados informan hasta el 10%.

Como consideramos que la ruptura uterina es el accidente más grave que pueda acaecer en este tipo de partos y la relación directa que existe entre esta y la letalidad materna y fetal, transcribimos a continuación la historia clínica de los seis casos encontrados:

Caso No. 1.—Paciente de 23 años. Grávida 2, Para 1. Primera cesárea por desproporción céfalo-pélvica. 2o. parto: duración del trabajo 5½ horas. Presentación cefálica en O.I.T. Después de 15 minutos de expulsivo se aplica fórceps de Kielland y se obtiene feto vivo de 2.625 grs. Se hace revisión y se encuentra desgarró de fondo de saco posterior y de segmento. Laparatomía: se comprueba ruptura a nivel de la cicatriz uterina. Tratamiento: Histerorráfía.

Caso No. 2.—Paciente de 25 años. Grávida 2, Para 1. Primera cesárea por placenta previa, 2o. parto: duración del trabajo 12 horas. Presentación de nalgas incompletas. Se hace extracción parcial y se aplica fórceps de Piper, por retención de cabeza última. Revisión uterina: se informa todo normal. Posteriormente la enferma entra en shock anémico, se revisa de nuevo y se comprueba ruptura completa. Tratamiento: laparatomía e histerorráfía. Se obtuvo feto muerto de 1.675 grs.

Caso No. 3.—Paciente de 35 años. Grávida 8. 6 partos normales. 7o: cesárea por placenta previa. 8o. parto. duración del trabajo 30 horas. Presentación cefálica. Hizo parto espontáneo de un feto vivo de 2.550 grs. Revisión uterina: ruptura incompleta de 2 cms. de longitud a nivel de la cicatriz. Tratamiento médico con buenos resultados.

Caso No. 4.—Paciente de 22 años. Primer parto: cesárea por desproporción céfalo-pélvica. 2o. parto. presentación cefálica, duración del trabajo 21 horas. En vista de que no hay progreso de la dilatación ni descenso de la presentación se decide cesárea. Al practicar la laparotomía se comprueba ruptura uterina incompleta a nivel de la cicatriz. Tratamiento: Histerorrafia. Se obtuvo feto vivo de 3.450 grs.

Caso No. 5.—Paciente de 32 años. 1o. y 2o. partos cesárea por desproporción céfalo-pélvica. 3o.: duración del trabajo 8 horas. Presentación cefálica en O D P. Se hace prueba de fórceps y se aplica un Kielland por dos ocasiones. Fracasa la prueba de fórceps y se practica laparotomía y se encuentra ruptura uterina completa en la cara posterior y de gran longitud. Tratamiento: Histerectomía. Se obtuvo feto muerto de 3.400 grs.

Caso No. 6.—Paciente de 20 años. Primer parto. cesárea por desproporción céfalo-pélvica. 2: duración del trabajo 10 horas. Presentación cefálica. A las 8 horas de trabajo presenta edema de cuello, hipertonia y bradicardia fetal. 2 horas después se encuentra un segmento uterino distendido y doloroso y la cabeza fetal en periné. Se aplica fórceps de Kielland en O. I. A. y se obtiene un feto vivo de 2.720 grs. Revisión uterina: ruptura completa. Tratamiento: laparotomía e histerorrafia.

## CUADRO No. 8

### LETALIDAD MATERNA Y FETAL

Tipo de parto	Materna	Fetal
Cesárea a repetición	0	2
Parto después de cesárea	0	8

No se presentó ningún caso de muerte materna, hecho que reafirma la inocuidad para la madre del procedimiento quirúrgico. Se presentaron 10 muertes fetales sobre 80 partos o sea un 12 5%, porcentaje elevado y cuyas causas veremos en el cuadro No. 9.

**CUADRO No. 9**  
**CAUSAS DE MUERTE FETAL**

Anoxia por ruptura uterina	2
Anoxia por parto prematuro	2
Anoxia por prolapso de cordón	1
Anoxia por placenta previa	1
Anoxia por expulsivo prolongado y retención de cabeza ú'tima	1
Causa desconocida	3

Sobre este cuadro se pueden hacer las siguientes observaciones: a) 7 muertes por ruptura uterina y las 2 por anoxia debida a parto prolongado, teniendo en cuenta que se trataba de pacientes con cesárea previa y en prueba de trabajo y parto pueden considerarse evitables y quizás si hubiera existido una mejor valoración de las pacientes y una mejor observación del progreso del parto, se habría practicado una cesárea efectiva evitando así la pérdida fetal. c) Las tres muertes por causa desconocida ocurrieron una intra-partum y dos ante-partum sin comprobarse patología aparente. d) El porcentaje total de 12.5% de letalidad fetal es muy alto, basta compararlo con el obtenido durante el año de 1957 en el Hospital de San Vicente, que fue de 2.8% sobre un total de nacimientos de 3. 354. (3).

**Conclusiones**

- 1o. Es posible obtener con buen resultado un porcentaje elevado, 62.5%, de partos por vía natural en pacientes con cesárea previa.
- 2o. El Control Prenatal facilita la evaluación de las pacientes y disminuye la mortalidad materna y fetal.
- 3o. El porcentaje de asistencia a la Consulta prenatal es bueno, 81.25%.
- 4o. El porcentaje de cesáreas electivas que fue de 3.3% es muy bajo.
- 5o. El número de pruebas de trabajo fallidas es muy alto.
- 6o. El porcentaje de ruptura uterina que se encontró es aceptable, 7.5%
- 7o. La mortalidad fetal es muy alta 12.5%

- 8o. Es superior la mortalidad fetal en el parto obtenido por vía vaginal que en la cesárea a repetición.  
9o. No hubo mortalidad materna.

### Recomendaciones

1o. Mejor evaluación de las pacientes para evitar la alta incidencia de pruebas de trabajo fallidas, incrementar la cesárea electiva y disminuir la mortalidad fetal.

2o. Aunque el porcentaje de ruptura uterina es aceptable, creemos que con mejor apreciación del caso obstétrico sea susceptible de disminuirse.

3o. Incrementar la Consulta Prenatal para que el total de las enfermas asistan a ella, por las innegables ventajas que se obtienen.

4o. Creación en los Servicios de Maternidad de una sección de distocias con personal permanente y especializado, para la atención de los casos que requieren vigilancia y manejo especial.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 — **Del Corra', F. Muñoz, S:** Evaluación clínica para el parto después de cesárea. Rev. Col. Obst. y Gin. X (1): 1 — 33. 1959.
- 2 — **De Lee, J.** Principles and practice of Obstetricia. Tenth edition. Philadelphia. Saunders. 1945. p. 633- 639.
- 3 — **Restrepo L. F:** Letalidad perinatal. Tesis de grado, 1959. U. de A.

## DERMATOMIOSITIS

### Presentación de cuatro nuevos casos.

Dr. Alfredo Naranjo V. †

Dr. Jaime Borrero R. =

En un artículo anterior uno de nosotros (J. B. R.) describió dos casos de Dermatomiositis y se refirió a las características generales de la enfermedad. (1) El propósito del presente trabajo es agregar cuatro nuevos casos y hacer énfasis en algunas características especiales de ellos.

1er. Caso.—Paciente E. A. M. Sexo femenino, edad 50 años, estado civil soltera, carnet I. C. S. S. 37883. La enferma ha consultado repetidamente en el I. C. S. S. desde 1950. Una queja constante ha sido la de cefalea en región occipital especialmente; desde esa época se han encontrado cifras tensionales altas (200/100, 180/110). Estudios de aparato cardiovascular han sido normales exceptuando la presión arterial que en un principio se consideró corresponder a un síndrome menopáusic. Hacia mediados del año de 1957 comienza a presentar dolor en el muslo izquierdo, que se presenta inmediatamente inicia la marcha, de tal naturaleza que la obliga muchas veces a detenerse; posteriormente presenta también astenia y adinamia. Vive con una sintomatología vaga, sin modificaciones sustanciales. En Octubre de 1959 sufre calambres frecuentes en miembros inferiores. No se encuentran alteraciones vasculares y la tensión arterial por esta época aparece normal, con ácido nicotínico ceden los calambres pero continúan los dolores en masas musculares de la pierna, ya no del lado izquierdo sino bilaterales en especialidad de los músculos gemelos. Igualmente se han hecho intensas las cefaleas y aparecen también dolores oculares. **Exámen Físico:** estatura 1.52 cms. Peso 54 kgms. Lo más aparente es un tinte violáceo de la cara, con una zona eritematosa que cubre la parte superior del tórax en su región anterior y la base del cuello. No hay ninguna modificación en el examen

† Profesor agregado de Medicina Interna.

= Profesor auxiliar de Medicina Interna.

cardiovascular. Fondo de ojo no se encuentran alteraciones especiales; hay una catarata incipiente derecha; en piel se encuentra un hirsutismo discreto y en miembros inferiores hay una infiltración dura, dolorosa, que no deja huella. Todos los pulsos periféricos están presentes; las parótidas se encuentran aumentadas de volumen.

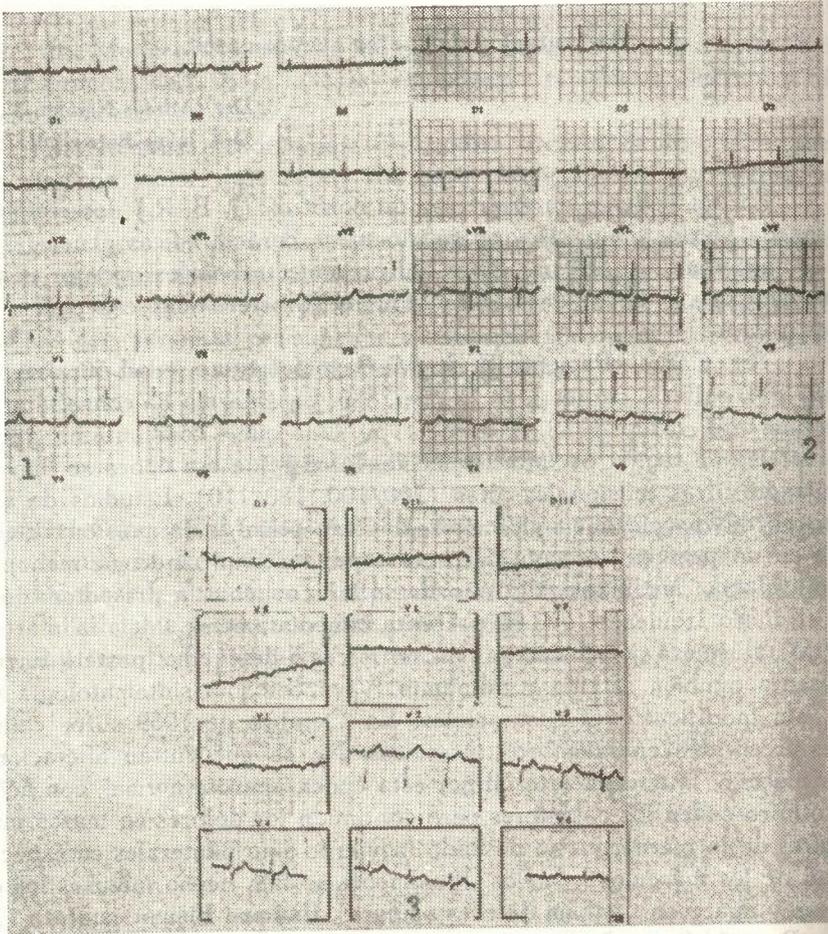


Fig. 1 — Electrocardiograma del Caso N° 1 (Pte. E. A. M., Septiembre 26 de 1956). El trazado es normal.

Fig. 2 — Electrocardiograma del Caso N° 1 tomado 4 años después. Existen modificaciones apreciables en segmento ST, en las derivaciones precordiales.

Fig. 3 — Electrocardiograma del caso N° 3 (Pte. A. M., mayo 1960) En el trazado se aprecia bajo voltaje generalizado.

**Exámenes de Laboratorio:** Eritrocitos 5'500.000. Hgb. 13.8 gms. Hcto. 46. Leucocitos 7.300. N. 40. E. 2. Linf. 58. Basof. O. Monocitos O. Sedimentación 37 mm. en la 1a. hora, 70 mm. en la segunda hora. Examen de orina: densidad 1.015. Albúmina y Glucosa negativa; en el sedimento hay piocitos, cilindros hialinos y granulados, (exámenes practicados en Septiembre de 1955). Por la misma época una urea de 26 mgs., Glicemia 120 mgs. Turbidez del Timol 3.5 u. Colesterol total 232 mgs., libre 155 mgs. Bilirrubina 1.85 mgs. Proteínas totales 7.4. Serinas 3.8. Globulinas 3.6. En el año de 1960 en el mes de Mayo se practicaron los siguientes exámenes. Biopsia de piel No. M. 64336 del Instituto de Anatomía Patológica. El informe fué compatible con Dermatomiositis pero no se puede descartar escleroderma. Biopsia de músculo No. M. 64801 del Instituto de Anatomía Patológica. Informe: el sarcoplasma aparece granular en la mayoría de las fibras en otras hialinizado; se ha perdido la estriación. Hay atrofia de fibras, infiltrado monocuclear en algunos sitios del tejido conectivo intersticial. **Dx. Dermatomiosit's.** Creatina en orina: resultado fué 2.9 gms. por litro. Electroforesis de suero: aumento notable en la posición final de la gammaglobulina (la gráfica se incluye) (examen practicado por el Dr. Alberto Echavarría). Células L. E. negativas. Una fluoroscopia practicada en esta época muestra un corazón horizontal pero la silueta está dentro de límites normales.

**Evolución.** mediante control dietético el peso de la paciente ha descendido a 61½ kgms. Recibió Metilprednisolona por un período de 2 meses a una dosis diaria de 60 MGMS, la cual se disminuyó progresivamente hasta una dosis de sostenimiento de 12 mgs. diarios con la cual se ha mantenido la paciente. No ha habido ningún cambio en su estado clínico persisten los dolores en miembros inferiores los cuales se han hecho más intensos. La paciente recibe además hipotensores tipo Rawolfia y anabólicos tipo Norandrostelona.

## Historia No. 2

M. V. de R. Sexo femenino. Historia No. 153.021 del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. Admitida al servicio de Medicina Interna el 25 de Marzo de 1960, dada de alta el 20 de Junio del mismo año. Mujer blanca, de 26 años de edad, natural de Venecia, residente en Medellín, casada, grávida 1, para a término 1; quien ingresa por primera vez al Hospital. Su enfermedad se inició un año antes, con parestesias en extremidades inferiores, pérdida de la fuerza, impotencia

funcional para la marcha, episodios de artritis especialmente en rodillas, codos y articulaciones de los dedos de las manos, además escalofrío y fiebre en ocasiones; disfagia, disfonía, atrofia muscular en las regiones tenar e hipotenar e imposibilidad para verificar movimientos de prensión. Ha sido diagnosticada y tratada repetidas veces para "reumatismo". Además de lo descrito la enferma ha presentado edema de las rodillas con calor, dolor, fiebre subjetiva precedida de escalofrío. Estuvo por un intervalo de 7 meses asintomática, luego desarrolló de nuevo un episodio de artritis de rodillas, pies y manos con recurrencia de los episodios de parestesias y dolor en masas musculares; 20 días antes de su admisión las parestesias y la impotencia funcional aumentaron hasta reducirla al lecho, además comenzó a presentar diarrea líquida, disentérica y vómito abundante de color amarillo-verdoso, sensación de plenitud abdominal y pirosis.

**Antecedentes Personales:** hace un año consultó por amenorrea de 10 meses de duración; con tratamiento médico apareció la menstruación 3 ocasiones y luego volvió a desaparecer. Refiere la paciente haber tenido episodios de escalofrío y fiebre en forma intermitente durante los últimos 2 años.

**Antecedentes Familiares:** sin importancia.

**Examen Físico:** se encontró una paciente incapaz de caminar y de tenerse en pie; tenía que ser ayudada para sentarse, era capaz de moverse en la cama con gran dificultad, atrofia notoria de las masas musculares de extremidades inferiores, músculos de eminencia tenar e hipotenar y de músculos extensores de antebrazos y brazos, también había dolor a la movilización de las articulaciones de rodilla, garganta de pie, muñecas y pequeñas articulaciones interfalángicas con deformación fusiforme de las proximales. P. A. al ser admitida era de 140/60, el pulso de 100/min. y la temperatura de 37°. La piel era infiltrada con elasticidad disminuída en las manos y los dedos. Marcada disminución de la fuerza muscular, los movimientos activos y pasivos provocaban dolor en masas musculares lo mismo que la presión. Había arreflexia osteotendinosa, ausencia de reflejos cutáneos abdominales, disfonía y dificultad para la deglución, paresia de los músculos extensores de los dedos, hiperestesia cutánea. Tórax y pulmones normales. Corazón. P. M. I. 5o. E. I. I., Línea M. C., ritmo sinusal regular, soplo sistólico muy discreto en mitral. Genitourinario: escaso vello pubiano, vulva con flujo a-

abundante e incoloro, cuello liso, desgarrado; fondo de sacos libres. Al tacto rectal se tocan hemorroides externas dolorosas.

**Exámenes de Laboratorio de Admisión:** Leucocitos 4.000. N. 50 E. 2. Linf. 47. M. 1. Volumen globular 46%. Hgb. 14 gms. Sedimentación 14 mm. en la 1a. hora. Examen de orina: densidad 1.021. Glucosa y Albúmina negativas; cantidad media de pirocitos, células altas y leucocitos, Glicemia 105 gms. -. Urea 49 mgs. %. Proteínas totales 4.50. Albúmina 2.70, Globulinas 1.80. relación A/G 1.4. Antiestreptolisinas 100 U. Todd, Punción lumbar: Líquido incoloro, aspecto de cristal de roca, Proteínas totales 34 mgs. %, Globulinas negativas, Glucosa 95 mgs. Cloruros 130 mEq. x litro. El cultivo de L. C. R. no mostró crecimiento bacteriano. Extendido de sangre periférica: se observa punteado basófilo en 1% de las células. Abreugrafía normal. La determinación de creatina en orina de 24 horas, dio un resultado de 342 mgs. para un volumen de 600 cc. de orina. Coprológico demostró: Giardia Lamb'ia, áscaris. Biopsia de músculo No. M. 62314. El informe dice: fascículo de músculo estriado esquelético, tejido adiposo y tejido conectivo adulto; los fascículos musculares no presentan alteración en su estructura ni infiltrado leucocitario, en cambio en el tejido intersticial se encuentra un foco de infiltrado plasmolinfocitario abundante, no hay malignidad. Dx compatible con Dermatomiositis inicial. (Músculo deltoides). Biopsia de músculo No. M. 63178 practicada en músculos de la pantorrilla. La mayor parte del material estudiado es tejido fibroadiposo y pocas fibras musculares esqueléticas en algunas de las cuales se nota pérdida de las estriaciones por hialinización del sarcoplasma y ligera proliferación de los núcleos del sarcolema. Si hay lesiones cutáneas sería conveniente estudiarlas por biopsia, no hay malignidad. **Dx. comparable con dermatomiositis.**

Biopsia No. M. 63429, piel de cara dorsal de la última falange, descripción microscópica piel: hiperqueratosis del epitelio, fibrosis del corion. Aumento de la vascularización del corion con infiltración perivascular. Atrofia de anexos.

**Dxs: compatibles con cambios cutáneos de Dermatomiositis.**

**Curso Hospitalario:** fué en general afebril con ocasionales elevaciones térmicas a 38 y 38½ o C. La paciente fué tratada con cómp'ejo B tiamina, ácido nicotínico y sulfato ferroso. Una vez comprobado el Dx se inició terapia con esteroides usando meticorten a la dosis de 30 M. gms. diarios los cuales fueron progresivamente disminuídos durante su perio-

do de hospitalización que duró 3 meses. La paciente mejoró progresivamente con fisioterapia gradual, fué dada de alta en estado de mejoría, caminando aunque con marcha polineurítica residual. Al ser dada de alta no presentaba dolores musculares ni manifestaciones articulares.

**Evolución Posterior.** La enferma regresó en agosto de 1960: había aumentado de peso, no tenía dolores musculares o articulares y las atrofiás musculares habían regresado en un 60%. La paciente era capaz de hacer sus labores cotidianas en el hogar.

Vista de nuevo en control en Octubre de 1960, su enfermedad ha entrado en una remisión completa.

### Historia No. 3

Paciente A. M. de 48 años de edad, sexo masculino, raza blanca, profesión negociante. Consulta en Mayo de 1960 por atrofiás musculares, parestesias de manos y pies, caracterizadas por hormigueos, calambres, además pérdida de la sensibilidad superficial de los dedos, de varios meses de evolución. La atrofia se inició en las porciones más distales de las extremidades acendiendo paulatinamente. La evolución de la enfermedad es de 9 meses y también ha tenido episodios febriles de artritis de manos, muñecas y las articulaciones de los pies; clasificada y tratada por varios médicos como artritis reumatoidea.

**Historia Personal:** alcoholismo crónico durante 20 años, dejó de ingerir alcohol hace 2. Sífilis hace 20 años, tratado con arsenicales y bismuto. El resto de la historia personal y familiar no son contributorias. No hay antecedentes reumáticos, previos a la enfermedad actual.

**Al Examen Físico:** se encontró un paciente febril temp. 39º taquicardia de 130/min. P. A. de 180/100-105. Cambios de artritis reumatoidea de las manos, las muñecas y los pies, caracterizadas por deformación fusiforme de las articulaciones interfalángicas proximales, deformación de las articulaciones metacarpofalángicas, deformación en silla de montar de la muñeca con atrofia de músculos interóseos y de las eminencias tenar e hipotenar, atrofia difusa de músculos flexores y extensores de las extremidades superiores e inferiores, más marcado en las inferiores. Piel: alteraciones tipo Raynaud en las manos, con la piel dura, fija y con cambios de acroesclerosis; refiere el paciente que con el frío al sumergir sus manos en agua éstas se tornan de color violáceo, lue-

go muy pálidas y finalmente presenta un eritema reaccional con prurito intenso. Se observa una atrofia muscular difusa en los brazos y en las extremidades inferiores más marcada en los músculos flexores; los reflejos osteotendinosos están disminuídos, los superficiales normales, sensibilidad superficial discriminativa embotada. Corazón, taquicardia sinusal con un ritmo de 120/ min., ruidos cardiacos débiles, no hay soplos. Pulmones: hay estertores roncantes y sibilantes diseminados: hay una hepatomegalia discreta de 3 cms. por debajo del reborde costal no dolorosa; el bazo es palpable en inspiración; hay adenopatías axilares e inguinales, no dolorosas, duras, móviles no adheridas. La única anomalía que se observó en el ECG. fué una disminución del voltaje en todas las derivaciones. La Rx de tórax muestra el aumento de la imagen cardiaca con predominio de cavidades izqdas. moderado, y cambios pulmonares congestivos secundarios especialmente al lado derecho; los hilos son prominentes especialmente en el lado derecho. Un hemocultivo fué negativo para gérmenes del grupo coli, para piógenos y para gérmenes del tipo Salmonella; preparación de células L. E, negativas. Hemograma: eritrocitos 3'960.000, Hgb. 11½ gms. Hcto. 37. Leucocitos 3.300 x mm. N. 64. E. 1. B. 1. Linf. 30. M. 4. Sedimentación de W. 54 mm. en la 1a. hora. Punción lumbar. L.C. R. de aspecto límpido, 2 linf. por mc., Globulinas positivas ++. Glucosa 58 mgs. ‰. Albúmina 33 mgs. ‰. Cloruro 810 mgs. ‰. El benjuí coloidal mostró una floculación en los tubos centrales: el 6o. el 7o. y el 8o. Wasserman fué negativo a las diluciones 0.4 — 0.8 y 1.2. Electroforesis del suero mostró una disminución del 60‰ de la Albúmina; Globulina alfa 1 y Globulinas beta normal. Ligero aumento de la Globulina alfa 2. Globulina gama aumento del 50‰ en forma difusa desde la zona beta hasta la gama. Creatina y creatinina en orina: la creatina fué de 108 mgs. en orina de 24 horas, la creatinina 1.040 mgs. Biopsia de ganglio y músculo del Instituto de Anatomía Patológica, No. M. 62164. Descripción macroscópica: ganglio linfático, la estructura linfoide se conserva, hay dilatación de sinusoides periféricos e infiltración de los mismos por células retículo-endotelianas y linfoides. No hay malignidad ni signos de inflamación específica. Músculo esquelético: las miofibrillas aparecen atroficas y reemplazadas en parte por tejido adiposo; hay pérdida de la estriación transversal y longitudinal en algunas miofibrillas que toman un aspecto hialino. En algunas zonas hay ligera proliferación de los núcleos del sarcolema, y focos de infiltrado leucocitario mononuclear intersticial. En medio del tejido muscular hay una vena de pequeño calibre con trombosis antigua, no se observa fiebitis ni arteritis. No hay malignidad Dx. Lin-

foadenitis crónica no específica. Atrofia muscular y miositis, compatible con Dermatomiositis. trombosis venosa.

**Evolución.** el pte. fué puesto en terapia con esteroides, tipo Prednisona a la dosis de 60 mgs. diario, que se disminuyó progresivamente hasta una dosis de sostenimiento de 10 gms. al día, anabólicos del tipo Norandrostelona a la dosis de 50 mgs. semanales y vitamina E a la dosis de 500.000 u. diarias. En los primeros 8 días se administraron antibióticos de amplio espectro tipo oxitetraciclina, la temperatura disminuyó, se hizo afebril y estuvo así durante un período de varias semanas. El curso posterior de su enfermedad se ha caracterizado por remisiones febriles y recurrencias con acentuación de los dolores musculares y los signos de artritis. El paciente presentó luego un episodio de anasarca con disnea, estertores crepitantes pulmonares, aumento del tamaño del hígado el cual se hizo doloroso, ingurgitación yugular; lo anterior se interpretó como un episodio de insuficiencia cardíaca congestiva, y el paciente se digitalizó, y se administraron diuréticos mercuriales y aminofilina con muy pobre respuesta. Una complicación posterior fué la aparición de hematuria y b'oqueo renal con anuria, el cual cedió en 3 días y reincidió con la administración de sufamidados. En la actualidad su estado. clínico no ha cambiado

#### Historia No. 4

Paciente G. G., historia No. 146.088, de 9 años de edad, sexo femenino, escolar, natural de Heliconia y procedente de allí mismo. Admitida al servicio de Pediatría por primera vez el 9 de Diciembre de 1959.

**Enfermedad Actual:** desde 3 meses antes de la admisión comenzó a presentar erupción pruriginosa generalizada en forma de roncha, con edema de miembros superiores,, inferiores y cara, al mismo tiempo dificultad para la marcha lo cual ocasionaba caídas frecuentes, disuria la dificultad para caminar y la disminución de los movimientos ha sido creciente hasta el punto que desde dos meses antes de la admisión la pte. no podía caminar o sentarse o siquiera llevarse los alimentos a la boca, no había dolor, marcada frialdad de miembros inferiores. Fué tratada por un médico con tiamina, vitamina B12, aspirina y penicilina sin mejoría, desde un principio existe hipotonía muscular pero no ha habido trastornos esfinterianos.

....**Al Examen Físico:** se encontró una niña lúcida que respondía bien a las preguntas, piel seca, áspera, enrojecida, con lesiones esítemato-

descamativas generalizadas; en algunos sitios parecía existir atrofia de la capa superficial de la piel, mejillas eritematosas y edema papular dándole el aspecto de heliotropo; microadenopatías generalizadas, no dolorosas, no adheridas. En el sistema neuromuscular: había hipotonía generalizada con una cuadriplejía casi total; arreflexia tendinosa con respuesta de los reflejos cutáneos abdominales, plantares disminuídos; no habían signos meníngeos, sensibilidad táctil térmica y dolorosa normal. Reflejos plantares normales; atrofia muscular generalizada, ligero dolor al extender los miembros inferiores, en las masas musculares abdominales no había visceromegalia; sistema cardopulmonar normal, no había soplos cardíacos. Mucofaringe, dentadura en regulares condiciones, amígdalas hipertróficas; oídos y nariz normales. P. A. 95/75 acostada, frecuencia cardíaca 95/min. Fluoroscopia: silueta cardiovascular normal. ECG: la única anomalía fué un difasismo de P en D1.

**Antecedentes Personales:** corresponde al 7o. embarazo, de un parto a término normal, dentición a los 7 meses, se sentó a los 8 meses, caminó a los 15; habló al año. Alimentación materna hasta los 4 meses, luego leche de vaca y sopas desde los 7 meses de edad; la alimentación actual es pobre en proteínas.

**Antecedentes Familiares:** padre de 65 años, con un reumatismo deformante, madre de 40 años, sana; abuelo materno muerto de cirrosis. 6 hermanos, al parecer sufren de anemia.

**Exámenes de Laboratorio:** L. C. R. de aspecto normal, Proteínas 13 mgs. Glucosa 37 mgs. Globulinas negativas, eritrocitos escasos. Seroaglutinación: aglutina tífico H al 1/40 paratífico B en diluciones hasta 1/320. Proteínas totales 6 gms. Seroalbúminas 4 gms. 30. Seroglobulinas 1.70 gms., relación 2.5. Examen coprológico: áscaris, anquilostomas y tricocéfalos cantidad escasa. Hgb. 10.3 gms., volumen celular 42%. Sedimentación 48 mm. en la hora (Westergreen), Leucocitos 13.750. N. 72. E. 15. Linf. 12. Examen de orina: densidad 1.024. Albúmina y Glucosa negativa, Ph 5. Sedimento: piocitos abundantes, leucocitos, fosfatos amorfos Creatina y creatinina en orina creatinina 691 mgs. en 24 horas normal de 700 mgs. a 2 mgs. en orina de 24 horas Creatinina 316 mgs. en orina de 24 horas normal de 0 a 100 mgs. Una nueva determinación de creatinina y creatina en orina dio un valor para creatinina de 1.576 mgs. en 24 horas y para la creatina de 766 mgs. Potasio 4.9 mEq., da un resultado de 2 310 mgs. en 24 horas y creatina 3.190 mgs. en 24 horas. Biopsia de piel y de músculo y ganglio linfático. Instituto de Anatomía Patológica, M. 59205. Descripción microscópica: piel en la que se a-

precia moderada hiperqueratosis, acantosis en unos sitios junto con focos de queratina degeneración polifacia' de la unión dermoepidérmica. en el corion superficial, se aprecian vasos dilatados con lig ro infiltrado linfocitario y células cargadas de pigmento melánico, a' alrededor de todo el corion muestra intensa degeneración fibrinoide y atrofia de glándulas sebáceas y sudoríparas Músculo estriado en que se ven algunas fibras atroficas con sarcoplasma homogéneo de infiltración linfocitaria del tejido intersticial.

Ganglio linfático: hiperplasia linfoide reticuloendotelial, abundantes macrófagos cargados de melanina y de lipóide; dentro de los sinusoides, no hay malignidad. **Dx: Dermatomiositis linfadenitis dermatopática.** En la Rx de tórax se apreciaba franco aumento de la imagen cardíaca de predominio de las cavidades izquierdas; en los campos pulmonares no se aprecia ninguna patología, en los huesos largos no había lesión ósea, del periostio ni calcificaciones en tejidos blandos. Mielograma: hiperplasia de la serie roja y aumento de los eosinófilos.

**Evolución:** se caracterizó por periodos febriles hasta de 39°. Se inició tratamiento con cloruro de potasio gm. día 2 comps. cada 5 horas prednisona 1 mes más tarde se ordena Ara' en 3 comps. diarios por 3 días, muy poca mejoría clínica. El 28 de enero la paciente comienza a dar pasos sostenida por otra persona; en febrero hay franca mejoría y se envió a fisioterapia para tratamiento; presenta un nuevo ascenso térmico, y como enfermedad intercurrente un sarampión con la aparición de bronconeumonía por lo cual se ordena oxitetraciclina 1 gm. diario por 10 días. Desde el mes de marzo de 1960 la pte. está afebril, con piel descamante. Un control de creatina y creatinina para ver actividad de la Dermatomiositis dio el siguiente resultado: creatinina 950 mgs. en orina de 24 horas, creatina 550 mgs. en orina de 24 horas. Posteriormente en un control la creatinina fué de 1.020 mgs. en orina de 24 horas, creatina negativa. De abril a mayo la pte. presenta una mejoría progresiva y constante de sus lesiones, dermatológicas, se prescriben anabólicos tipo norandrostelona 10 mgs. I. M. 2 veces semana'es, posteriormente tiene un episodio de marcada adinamia, hipotonía muscular, hiporreflexia, imposibilidad para sostenerse de pies o para deambular. Se eleva la dosis de cloruro de potasio 4 gms. diarios con la impresión diagnóstica de una miopatía hipocalémica; poco a poco la paciente mejora y comienza a deambular nuevamente. Aumenta el tono muscular y de nuevo aparecen los reflejos. En el mes de mayo presenta un cuadro respiratorio consistente en polipnea, disnea, tos húmeda y estertores

crepitantes en hemitórax derecho, se diagnostica una neumonía y se prescribe penicilina Cristalina y cloranfenicol; al cabo de pocos días se encuentra asintomática, se dá de alta con la siguiente medicación. Prednisona 1 tableta diaria, cloruro de potasio 2 gms. por día por vía oral. Se dá de alta en buenas condiciones el 8 de agosto de 1960. Es admitida el 20 de Spbre. por gran astenia y adinamia e imposibilidad para la marcha, pérdida acentuada de la fuerza y dificultad para realizar movimientos coordinados, vómito y en la última semana intolerancia alimenticia.

**Al Examen Físico:** se encuentra un pulso de 120. P. A. 120/85. Paciente asténica, adinámica, con hipotonía muscular generalizada, dificultad para la marcha y para levantarse. Piel: lesiones eritematosas generalizadas más aparentes en la cara. Conjuntivas inyectadas, caries dentarias, lengua sucia, amígdalas hipertróficas y crípticas, adenopatías cervicales, axilares e inguinales móviles, indoloras. Corazón: P. M. I. 40. E. I. I. por dentro de la L. M. C. ritmo regular con una taquicardia sinusal a la frecuencia de 120/min. En los pulmones hay estertores bronquiales en el hemitórax derecho, escasos, disminución del murmullo vesicular en esta zona, Neuromuscular. músculos atróficos sin vigor y atrofia de los músculos lumbares, de región escapulo-humeral y de las extremidades inferiores. Hay arreflexia osteotendinosa, dificultad para erguirse y para deambular y marcada disminución del tono muscular. Una nueva determinación de creatinina en orina da un resultado de 190 mgs. en orina de 24 horas y la creatina 289. Potasio 4.2 mEq. Sodio 134. Leuc. 11.600, N. 81. E. 1. Linf. 18. 135 gms. volumen globular 45%. Sedimentación 1a. hora 34 mm. La Rx pulmonar no muestra nada anormal en los campos pulmonares pero hay hipertrofia cardíaca; se reinicia terapia con prednisona a la dosis de 5 mgs. cada 6 horas las cuales se disminuyen progresivamente. ACTH 40 u. cada 3 días, Cloruro de potasio 3 mgs. al día y terramicina. La paciente ha mejorado y ya es capaz de caminar de nuevo y está afebril en el momento actual. Pero las atrofiás musculares y las lesiones cutáneas se conservan.

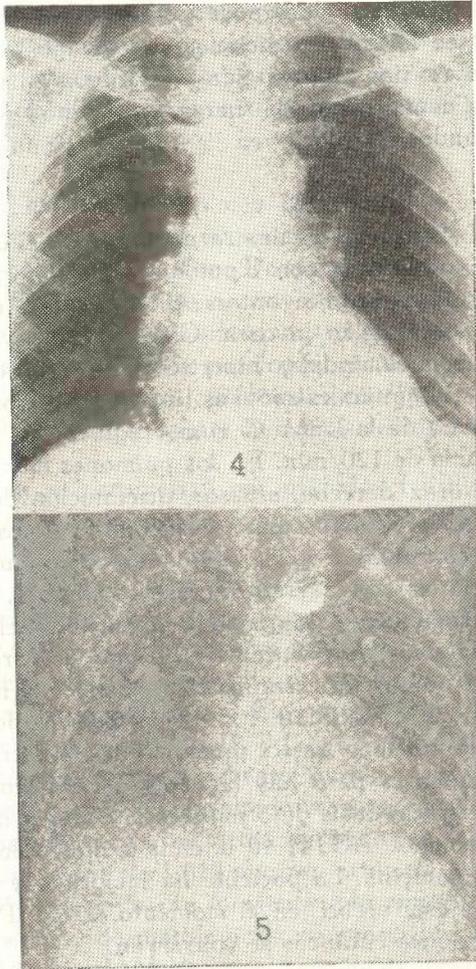


Fig. 4 — Radiografía de tórax del caso Nº 3, aumento de la imagen cardíaca, moderado y cambios pulmonares congestivos especialmente al lado derecho con hilios prominentes.

Fig. 5 — Radiografía de tórax del caso Nº 4 (Pte. G. G., Diciembre 1959). Se aprecia un aumento considerable en el tamaño de la imagen cardíaca.

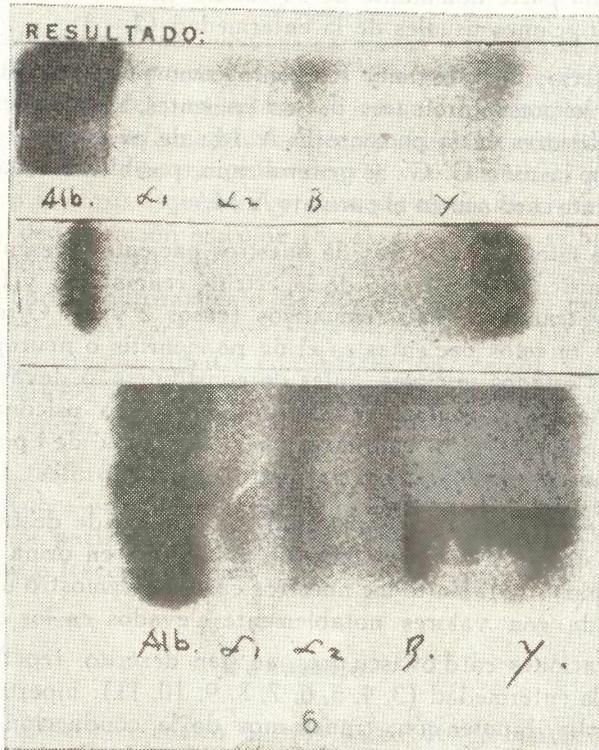


Fig. 6 — Electroforesis del suero de los casos 1 y 3. En la parte superior de la figura se presenta una electroforesis normal. En la parte media se observa la electroforesis del caso N° 3 y en la parte inferior la del caso N° 1. Se observa en las dos gráficas un aumento en la fracción gama globulina.

## Discusión

Los casos 1 y 4 ambos del sexo femenino, se han caracterizado principalmente por alteraciones cutáneas y miositis. Los cambios cutáneos en el caso No. 4 han revestido la apariencia facial denominada "rubicundez de amapola" (2); los cuatro pacientes han presentado la miositis como una parte dominante de su cuadro clínico, lo cual concuerda con las descripciones usuales de la enfermedad (2 - 3).

El edema, también muy frecuente como parte del complejo cuadro clínico, lo presentaron tres de los pacientes, siendo localizado en miembros inferiores en la paciente E. A. M.; de predominio facial y periorbitario en la niña G. G., y generalizado, posiblemente secundario a desfallecimiento cardíaco en el paciente A. M.

Es de interés el que dos de nuestros pacientes presentaron manifestaciones articulares del tipo de la artritis reumatoide y fueron diagnosticados y tratados como reumáticos (casos 2 y 3). Otro diagnóstico frecuente en estos pacientes es el de polineuritis o neuropatía carencial y en los estados iniciales, antes de constituirse la devastación muscular característica, pueden ser catalogados como psiconeuróticos a causa de lo atípico de las manifestaciones en especial de tipo doloroso y de las frecuentes remisiones.

El mejor índice de la actividad del proceso de destrucción muscular lo constituye la determinación de la creatina en orina o del "índice de creatinina" (3). En todos nuestros casos se demostró una creatinuria aumentada con valores notablemente elevados en los casos 1 y 4.

Alteraciones cardiovasculares se han descrito repetidamente en el curso de la enfermedad (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11): hipertrofia cardíaca, taquicardia, hipotensión; trastornos de la conducción (fibrilación auricular, fluter, bloqueos auriculo-ventriculares). Fenómeno de Raynaud (10) con progresión hasta ulceración y gangrena. Alteraciones menos frecuentes son la hipertensión pulmonar primaria con hipertrofia ventricular derecha como resultado de cambios degenerativos y oclusivos de arterias pulmonares (9) y la disociación auriculo-ventricular completa con síndrome de Stokes-Adams (11). La insuficiencia cardíaca congestiva parece ser rara (4 y 12) y la hipertensión parece no haberse descrito como parte de la entidad, sino en informes aislados (4). Los hallazgos electrocardiográficos incluyen: cambios no específicos (3, 7, 8), desviación del eje eléctrico a la derecha (3, 8); alteraciones del segmento ST y ondas T (4, 7, 8) sugestivos de daño miocárdico difuso.

Fuera de consignar la presencia de hipertensión en dos de nuestros pacientes (E. A. M. y A. M.) no podemos decir en realidad si ésta es coincidental o debida a la dermatomiositis per se. El paciente A. M. presentó como una manifestación una descompensación cardíaca con muy deficiente respuesta a la terapia usual y un episodio de insuficiencia renal aguda cuya explicación no es clara, posiblemente por sulfa-anidados.

Las alteraciones morfológicas cardíacas y renales incluyen. 1) en el corazón fragmentación de las fibras miocárdicas pérdida de estriaciones, vacuolización del protoplasma e irregularidades nucleares (4); presencia de infiltrados inflamatorios entre las fibras miocárdicas y engrosamiento hialino de las paredes vasculares con estrechez consecuencial (5); áreas de necrosis isquémica y aumento de los núcleos (6); edema intersticial y degeneración mucoide (8, 2). En el riñón se ha observado fibrosis intersticial, dilatación de los túbulos en los cuales se encuentran cilindros hialinos, engrosamiento de la cápsula de Bowman, hialinización de las arterias aferentes y necrosis fibrinoide (4); hialinización glomerular y degeneración tubular con infiltración eosinófila (6). Clínicamente las anteriores alteraciones renales pueden manifestarse por hipertensión, albuminuria, y uremia (4).

La electroforesis se considera en general poco alterada y únicamente se descubre una hipergamaglobulinemia como manifestación rara (4). En los dos pacientes en quienes se practicó, se encontró un marcado aumento de la fracción gamma.

### Resumen

- 1) Se describen cuatro nuevos casos de dermatomiositis, y se discuten sus características clínicas.
- 2) Se anotan las dificultades inherentes para el diagnóstico en las etapas iniciales de la enfermedad.
- 3) Se resalta la coexistencia de hipertensión en dos de los casos sin que se haya determinado su relación exacta con la entidad, y de insuficiencia cardíaca en uno.
- 4) Las alteraciones electroforéticas encontradas en dos de los pacientes coinciden con las descritas en la literatura pero no son específicas.

5) La dermatomiositis se debe incluir en el diagnóstico diferencial de toda miopatía o neuropatía periférica o artropatía, cada vez que el cuadro clínico sea atípico o coexista con manifestaciones cutáneas o edemas.

## BILIOGRAFIA

- 1) Vélez Escobar I., Toro Mejía G., Toro Mejía A., Molina Vélez I., Calle Vélez G., Borrero Ramírez J. y Rojas Montoya W. Enfermedades del colágeno. VI Congreso Médico Nacional. Sección Medicina Interna. Antioquia Médica, 9:328, 1959.
- 2) Sheard, Charles Jr. Dermatomyositis. Archives of Internal Medicine, vol. 88:640, 1951.
- 3) Domzalski, C. A., Captain and Morgan, V. C., Lieut. Dermatomyositis: diagnostic leatures and therapeutic pitfalls. The American Journal of Medicine, vol. 19:370, 1955.
- 4) Les Collagenoses. Rapports présentés au XXXIe Congres Frácais de Medicine, pag. 212 Paris, 1957. Masson & Cie., Editeurs.
- 5) Kinney, T. D. and Maher, M. M. Dermatomyositis: a study of five cases. American Journal of Pathology, vol. 16:561, 1940.
- 6) Bradley, J. E., Drake, M. E. and Patterson, M. H. Dermatomyositis in a negro girl. American Journal of Diseases of Children, vol. 81: 403, 1951.
- 7) De Rosa, E. Un caso di Dermatomiosite. La Riforma Medica, vol. 72:323, 1958.
- 8) Wainger, C. K. and Lever, W. F. Dermatomyositis. Report of three cases with postmortem observations. Archives of Dermatology and Syphylogy, vol. 59:196, 1949.
- 9) Caldwell, I. W. and Aitchison J. D. Pulmonary Hypertension in Dermatomyositis. British Heart Journal, vol. 18:273, 1956.

- 10) **Reynolds, H.** and Livingood, C. S.  
Use of Relaxin in the management of ulceration and gangrene due to Collagen disease.  
Archives of Dermatology and Syphylo'ogy, vol. 80: 407, 1959.
- 11) **Garcin, R.,** Godlewski, S. et Gibelin, M.  
Bradycardie par dissociation ausiculo-ventriculaire avec syndrome de Stokes-Adams, apparue au cours de l'évolution d'une dermatomyosite.  
Revue Neurologique, Paris, vol. 99:564, 1958.
- 12) **Harrison, T. R.**  
Principles of Internal Medicine, 3rd. edition: 1704, 1958.  
The Blackiston Division, McGraw-Hill Book Company, Inc.  
New York, Toronto, London.

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

### INFORME DE COMISION

Medellín, octubre 3 de 1960

Señor Doctor  
Oriol Arango M.  
Presidente de la Honorable Academia  
de Medicina de Medellín  
La Ciudad.

Solicita el Dr. Alvaro Navia Monedero de Cali, que la Academia dé su opinión sobre "conveniencia o inconveniencia de la construcción de un Sanatorio para tuberculosos en la ciudad de Cali"; pero desea más bien que tal concepto, sea general, sin indicaciones de ciudades o regiones, sino que se hable mejor de lo que convendría al país a este respecto.

El advenimiento de los tuberculostáticos, en la lucha contra la tuberculosis, abrió horizontes optimistas en la brecha contra la tuberculosis, abrió horizontes optimistas en la brega por erradicar el secular y ecuménico azote y pocos meses después de la espectacular aparición de la Isoniazida, que todos recordamos por ser historia reciente, ya las agencias noticiosas hablaron de la clausura de Hospitales para tuberculosos, por substracción de materia, es decir, porque ya la droga milagrosa estaba curando todos los casos, el enfermo conviviendo con los suyos, y sus familiares protegiéndose con la misma droga. Pero si esta belleza no fue una entera verdad, en cientos de regiones del globo donde otros factores ya habían hecho bajar los índices de morbilidad y mortalidad, porque la evolución económica había mejorado el standard de vida, alimentándose la población más correctamente, viviendo en forma más higiénica, evitando las aglomeraciones, y porque la vacunación con B.C.G. se había sistematizado, las drogas dadas como curativas y como preventivas dieron un golpe feliz, para hacer que aquellos índices descendieran más, para que sobraran lechos para tuberculosos y quizás para suprimir todo programa de más construcciones hospitalarias, pero

esas regiones se llaman, Estados Unidos, Dinamarca, Suecia, Suiza, Uruguay, etc.

Mas queda el resto del mundo, y más concretamente queda Colombia, país, que como dijera nuestro Presidente, está entre los anacrónicos. término éste con el cual él pretende substituir al usual de subdesarrollado o económicamente débil. Nosotros casi en todo estamos viviendo con dos o tres siglos de atraso con respecto a lo que ocurre en las naciones citadas y otras de vieja civilización. Y por ende, la consideración de los remedios para que la tuberculosis no sea un prominente problema de salubridad, no se puede hablar sino al modo Colombiano. La tuberculosis es enfermedad de hambre, cierto. Cuántos lustros serán precisos para que este elemento se subsane?. Seamos optimistas y pongamos sólo cuatro, (veinte años), entonces a menos por veinte años debemos emplear los métodos que los civilizados países modelos emplearon en su lucha por lograr alimentación racional del pueblo y por evitar la diseminación de la tuberculosis en esos pueblos cuando eran hambrientos.

La tuberculosis es específica de gentes sin cultura que viven en asinamientos, en pocilgas antihigiénicas. Cuántos años gastaremos para darle a cada familia colombiana una habitación sana y confortable?. Seamos también optimistas y digmos veinte. Entonces tendremos que defender los amontonados, empleando los medios que usaron los países paradigmas mientras les fué posible vivir en la habitación en que hoy viven.

La tuberculosis se combate vacunando a toda la población con el B.C.G., cierto?. Cuántos lustros se demorará el Gobierno para tener un equipo apropiado a nuestra topografía, a nuestras costumbres, para vacunar en masa (13) millones de colombianos?.

Cuándo se tendrá un presupuesto para Lucha Antituberculosa Nacional que sea siquiera de sesenta (60) millones al año, o sea la tercera parte de lo que la División de Tuberculosis considera como lo mínimo para erradicar el mal en el curso de varios años?.

Entonces tenemos la desnuda realidad Colombiana: Pueblo hambriento, inculto, sin habitación confortable, sin posibilidades de que lleguen oportuna y simultáneamente las medidas profilácticas, condición primordial para que la campaña sea efectiva; porque, qué nos ganaríamos por ejemplo en Antioquia con hacer vacunación al lote de Antioqueños que viven rodeados de Departamentos de altos índices tubercu-

Por último, opinamos, aún cuando esa no es la consulta del Dr. Navia, que Hospitales antituberculosos infantiles no se justifican porque muchos de los niños enfermos bien pueden ser tratados en Colonias, Hospitales infantiles generales, y sólo tener pequeñas salas en los Hospitales de adultos, para niños que presenten tuberculosis con formas graves.

Quizás nos extendimos en demasía en una cuestión que bien pudiera haberse respondido en cuatro renglones, pero quisimos aprovechar la oportunidad para motivar un poco la respuesta, pues creemos que se está teorizando mucho y desprendiéndonos del barro Colombiano, para andar un poco por los aires.

Fdo. — Alfonso Mejía Cá. ad

Fdo. Rafael J. Mejía C.

ES FIEL COPIA

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### RESUMEN DE ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL "LA MARIA" EN AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1960

	H	M	T
Existencia de enfermos el 1o. del mes .....	254	188	442
Entraron durante el mes .....	18	11	29
Total .....	272	199	471
	27	19	46
Salieron durante el mes .....			
Quedan para el mes de Spbre. ....	245	180	425

### CAUSAS DE SALIDAS

	H	M	T
Por inactivos tratados médicamente .....	13	8	21
Por inactivos tratados quirúrgicamente .....		1	1
Detenidos o mejorados .....	2	2	4
Estacionarios por distintas causas .....	7	5	12
Por muerte .....	5	3	8
Total .....	27	19	46

### TRABAJOS REALIZADOS DURANTE EL MES

Intervenciones quirúrgicas	Servicios especializados
Pneumonectomías .....	2 <b>Cardiología</b>
Lobectomías .....	2 Electrocardiogramas .....
Toracoplastías .....	27
Resecciones .....	1 <b>Exploración funcional</b>
Herniorrafias .....	6 Pruebas funcionales .....
Cirugía menor odont. ....	3 Broncoespirometrías .....
Total .....	16 <b>Medicina interna</b>
Partos .....	1 Consultas .....
	33
	Broncoscopías .....
	9

### Odontología

Exámenes .....	15
Extracciones .....	70
Obturaciones .....	76
Tratamientos .....	6
Cirugía menor .....	3
<hr/>	
Total .....	170

### Tratamientos

Con Estrep. y PAS .....	12
Con Estrep. INH. ....	143
Con PAS Estrep. INH .....	41
Con Nitrazyd .....	125
Con aire y droga .....	110
Con otra droga .....	73

### Laboratorio

Baciloscopias .....	719
Eritrosedimentaciones .....	476
Serologías .....	28
Lavados gástricos .....	32
Lavados bronquiales .....	32
Químico sanguíneo .....	162
Cultivos .....	190
Sensibilidad .....	35
Coprológicos .....	133
Ex. de orina .....	114
Otros exámenes .....	185
<hr/>	
Total .....	2.406

### Rayos X.

Radiografías de tórax .....	67
Otras radiografías .....	1
Radiocospías .....	301
<hr/>	
Total .....	301

### Servicio social

Entrevistas .....	58
Visitas .....	47
Trámites .....	22
Hospitales .....	6
Beneficencia .....	2
<hr/>	
P. de trabajo .....	3
Encuestas .....	2
Sangre .....	4
Fórmulas .....	3
Ayudas .....	4
Otros servicios .....	1
<hr/>	
Total .....	152

### Otros trabajos

Inyecciones .....	4.869
Curaciones .....	508
Transfusiones .....	34
Fórmulas .....	1.425
Otros trabajos .....	474
<hr/>	
Reinsuflaciones .....	206
<hr/>	
Total .....	7.516

## RESUMEN DE LABORES EN EL HOSPITAL SANATORIO "LA MARIA" EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1960

	H	M	T
Existencia de enfermos el 1o. del mes ....	245	180	425
Entraron durante el mes .....	14	9	23
Total .....	259	189	448
Salieron durante el mes .....	26	17	43
Quedan para el mes de Octubre .....	233	172	405

### CAUSAS DE SALIDAS

	H	M	T
Por inactivos tratados médicamente .....	6	7	13
Por inactivos tratados quirúrgicamente .....	2	1	3
Detenidos o mejorados .....	3	-	3
Estacionarios por distintas causas .....	13	7	20
Por muerte .....	2	2	4
Total .....	26	17	43

### TRABAJOS REALIZADOS DURANTE EL MES

Intervenciones quirúrgicas	Servicios especializados
Pneumonectomías ..... 3	<b>Cardiología</b>
Lobectomías ..... 9	Electrocardiogramas ..... 22
Toracoplastias ..... 1	<b>Exploración funcional</b>
Amputación miembro inf. izq. .... 1	Pruebas funcionales ..... 21
Histerectomía ..... 1	Broncoespirometrías ..... 3
Tiroidectomía ..... 1	<b>Medicina interna</b>
Frenicotomías ..... 2	Consultas ..... 46
Segmentarias ..... 2	Broncoscopias ..... 20
Resecciones ..... 1	
Cavernotomía ..... 1	
Total ..... 22	Total ..... 112

## Odontología

Exámenes .....	25
Extracciones .....	72
Obturaciones .....	217
Tratamientos .....	12
<hr/>	
Total .....	236

## Tratamientos

Con Estrep. y PAS .....	13
Con Estrep. INH .....	107
Con PAS Estrep. INH .....	32
Con Nidrazyd .....	121
Con aire y droga .....	104
Con otra droga .....	26
<hr/>	
Total .....	403

## Servicio social

Entrevistas .....	104
Visitas .....	16
Trámites .....	32
Hospital .....	2
Beneficencia .....	4
Problemas de trabajo .....	2
Encuestas .....	0
Sangre .....	3
Fórmulas conseguidas .....	6
Ayudas .....	5
Otros servicios .....	13
<hr/>	
Total .....	187

## Rayos X.

Radiografías de tórax .....	172
Tomografías .....	19
Otras radiografías .....	1
Radiocospias .....	229
<hr/>	
Total .....	521

## Exámenes de laboratorio

Baciloscopias .....	734
Eritrosedimentaciones .....	454
Serologías .....	35
Lavados gástricos .....	7
Lavados bronquiales .....	123
Químico sanguíneo .....	189
Cultivos .....	236
Sensibilidad .....	34
Coprológicos .....	127
Exámenes de orina .....	122
Otros trabajos .....	132
<hr/>	
Total .....	2.233

## Otros trabajos

Inyecciones .....	4.942
Curaciones .....	570
Transfusiones .....	63
Otros trabajos .....	652
Fórmulas .....	968
Ptórax 1o. vez .....	1
Pneumoperitoneo .....	1
Reinsuflaciones .....	194
<hr/>	
Total .....	7.391

Medellín, Octubre 6 de 1960

## NECROLOGIA

## Doctor Francisco Navarro

Tocó el viaje inexorable al muy insigne médico. Los peregrinos de turno evocamos su recuerdo con profunda emoción. La medicina antioqueña acaba de perder uno de sus más apuestos paladines; debiera estar sumida en el más hondo pesar. Su desaparición fué discreta, como su vida misma.

Desde su iniciación en las ciencias médicas demostró una originalidad no siempre comprendida; tras su eterna sonrisa se escondía un intenso fuego interior. Al iniciarse en las ciencias médicas, para ayudarse a su sostenimiento, en la Facultad de Medicina, ocupó el cargo de observador en el laboratorio meteorológico de la Universidad de Antioquia. Y, quién lo creyera, se inició en las disciplinas astronómicas, y a sus íntimos nos asombró habiéndonos sobre el poema de las estrellas. Si el mundo gigantesco de las esferas celestes lo cautivó el mundo microscópico tuvo en él el más genuino admirador. Con estas primicias formativas, el mundo de la clínica le fué sencillo porque su agudísimo sentido de observación le permitía ver analogías allí donde otros sólo encontrábamos confusión y caos. Eterno preocupado por la ciencia de los mecanismos encontró en la fisiología su mayor deleite. Tuvimos el honor de contarle entre nuestros más brillantes colaboradores cuando se inició, por primera vez, en la Facultad de Medicina, la cátedra de Fisiología Experimental. Allí, pudimos darnos cuenta de su erudición asombrosa en la Biología General.

Lo más singular en la formación del Doctor Francisco Navarro fué su humanismo. Lector empedernido se paseó por todos los campos de la Filosofía y sus conocimientos en Antropología eran regalo de delicado gusto, cuando, venciendo su timidez, daba rienda suelta a su charla de exquisito sabor humorístico. Fué, sin lugar a duda, pese a tirtios y troyanos, la figura más intelectual del cuerpo médico de nuestros días. No quiso brillar porque su modestia de gran intelectual no le permitió afrontar luchas con nadie y contra nadie. En un espléndido aisla-

miento se formó clínico, científico y cirujano de singular aristocracia. Y su nobleza puso toda esta ciencia al servicio de los desheredados de la fortuna. Fue el médico de los pobres.

Admiró la naturaleza con misticismo; fué bueno y honrado; ejerció su sacerdocio se ciñó a los más altos cánones; estamos seguros que al desfilar, erguido como siempre lo fué, las cariatides del templo de Esculapio se inclinaron reverentemente y le ordenaron seguir adelante: Si no se permitió a su cadáver recibir los ritos seculares, el manso Nazareno destinóle un puesto de honor entre los buenos. Que desde su tranquilo reposo nos perdone porque hemos trazado estas líneas, contra su voluntad.

Alberto Sa'darriaga V.

---

### VISITA DEL DOCTOR WOLFGANG KRETSCHMER PREGIZER

En el mes de Julio pasado estuvo en la ciudad el Dr. Wolfgang Kretschmer, bajo los auspicios del Hospital Mental de Antioquia, con el fin de dictar un curso sobre Neuropsiquiatría y Psicoterapia. El curso fué muy concurrido y de gran provecho para los Médicos asistentes.

Con motivo de su visita y como reconocimiento a las singulares cualidades científicas del Dr. Kretschmer, la Academia de Medicina de Medellín lo designó Miembro Honorario.

El Curriculum Vitae del Dr. Kretschmer es el siguiente:

Nacido el 14 de Febrero de 1918 en Bad Mergentheim.

Neuro psiquiatra, psicoterapeuta, Profesor contratado de la Universidad de Chile como Profesor de Medicina Antropológica en la Escuela de Medicina.

Hijo del Psiquiatra Dr. Ernest Kretschmer (Tubingen).

Estudios en el Colegio Humanístico de Marburg, Lahn.

Estudios de medicina y filosofía en Marburg y Tubingen.

Estudios autodidáctico del Castellano, Francés, Ing'és, e Italiano,

1942 doctor de medicina de la Facultad de Marburg.

1939 1945 campaña de Francia como enfermero; campaña de Rusia como médico del ejército. Estudio autodidáctico del Ruso.

1945-1959 en los hospitales psiquiátricos universitarios de Marburg y Tubingen.

Actividad en psiquiatría, neurología y psicoterapia. Director del policlínico psiquiátrico de Tubingen. Consultas de matrimonio y de educación.

1951 Docente libre de la Facultad de Tubingen en psiquiatría y neurología.

1958 Título de profesor de la misma especialidad.

Publicaciones y cursos sobre psiquiatría, psicoterapia, trastornos vegetativos, constitución humana, historia de la medicina, cultura y psicología de los pueblos eslavos, filosofía.

Conferencias en Austria, Suiza, Italia, Francia, Inglaterra.

1954 gira de conferencias en España (cinco Universidades y otras dos ciudades). Además en la Real Academia de Medicina de Madrid.

1958 Nombrado socio de honor de la American Society of Clinical Hypnosis E.E.U.U.

1959 Nombrado miembro correspondiente de Sociedad China de Medicina Psicosomática.

Desde 1951 colaborador de la revista mensual ibero-alemana "Folia clínica internacional" (Barcelona).

## Libros.

1o. Die Neurose als Reifungsproblem Stuttgart 1952.

La neurosis como problema de maduración.

Traducción castellana Alhambra Madrid 1953.

2o. Psychologische Weisheit der Bibel.

Urbilder des Seins und Werdens im Biblischen.

Schöpfungsbericht) Munchen 1956.

Sabiduría Psicológica de la Biblia.

3o. Selbsterkenntnis und Hillensbildung im ärztlichem Raume.

Conocimiento de sí mismo y formación de la voluntad en la medicina (contribuciones a una psicoterapia sintéctica). Stuttgart 1958.

### III CONGRESO COLOMBIANO DE CARDIOLOGIA

#### PROGRAMA

Miércoles 30 de Noviembre

- 9 a.m. Inscripción (Facultad de Medicina de la U. de A.)
- 10 a.m. Sesión inaugural.
- a) Palabras del Sr. Rector de la U. de A.
  - b) Palabras del Dr. Fernando Toro M., Presidente de la Sociedad Antioqueña de Cardiología.
  - c) Informe del Secretario, Dr. Alfredo Naranjo Villegas.
- 10 30 a.m. **Primera Sesión Científica.**  
Preside. Dr. Felipe Mendoza (México).  
Secretario Dr. Edmundo Saaibi (Bucaramanga).  
**Fiebre Reumática.** Estudio hecho por el Dpto. de P. diatría y el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl, Medellín. Dres. Benjamín Mejía C., Leni Oberndorfer y Fernando Toro M.
- 10.50 a.m. **Algunos aspectos de las Cardiopatías Reumáticas y Fiebre Reumática en Bucaramanga.** Dres. Jorge Enrique Arenas y José Ignacio Cortés.
- 11 am.. **Fiebre Reumática, Manifestaciones y Lesiones más frecuentes.** Sociedad Colombiana de Cardiología, (Bogotá).
- 11.20 a.m. **Fonocardiografía en la Cardiopatía Reumática.** Dr. Miguel Sánchez Pinzón. (Dpto. de Fonocardiografía de la Fundación Shaio, Bogotá).
- 11.30 a.m. **Discusión sobre los trabajos anteriores.**

4 p.m. **Segunda Sesión Científica.**  
Presidente: Dr. Adolfo de Francisco (Bogotá).

Secretario: Dr. Alberto Correa (Cali).

**Revisión de algunos conceptos Electrocardiográficos de Actividad Reumática.** Dres. Jorge Piñeros Bernal y Humberto Forero Laverde (Dpto. de Cardiología del Hospital San José, Bogotá).

4.15 p.m. **Tratamiento de la Actividad Reumática con Metilprednisolona.** Dres. Marcos Duque Gómez y Carlos E. Cortés (Hospital de San Juan de Dios, Bogotá).

4.30 p.m. **Epidemiología de la Fiebre Reumática en Cartagena.** Dr. Hernando Castellón García.

4.45 p.m. **Experiencia con Estenosis Mitrál de origen Reumático.** Dres. José Félix Patiño, Jorge Piñeros B., Enrique Alvarado y Sigifredo Denner (Hospital de la Samaritana, Bogotá).

5 p.m. **Epidemiología de la Fiebre Reumática en la población escolar de Bogotá.** Dr. Rubén Salazar Gutiérrez (Fundación A. Shaio, Bogotá).

5.30 p.m. Descanso.

5.30 p.m. **Discusión: Primera parte** Dr. Felipe Mendoza (Instituto de Cardiología de México): **Valor de los exámenes de Laboratorio en el Diagnóstico de la Fiebre Reumática. Resultados comparativos de tratamiento con Esteroides y Salicilatos.**

Segunda parte: Discusión general.

### Jueves 10. de Diciembre

9 a.m. **Tercera Sesión Científica.**  
Presidente: Dr. Jorge Piñeros Bernal (Bogotá).

Secretario: Dr. Jaime Vásquez Zafra.

**Efectos de la Cynara Scolymus (ácido decafeilquinico) sobre el Metabolismo Lipídico, Coleseresis y Metabolismo Azoado.** Estudio experimental y humano. Instituto de investiga-

- ción científica de los Laboratorios Cup y Dpto. de Cardiología del Hospital San Juan de Dios (Bogotá).
- 9.10 a.m. **Participación del Pericardio en Tuberculosis Pulmonar.** Dres. Jairo Velásquez Toro, Vivían Arcila y Mario Robledo Villegas (Medellín).
- 9.20 a.m. **Observaciones sobre Electrocardiografía Fetal** Dr. Jairo Isaza Botero. (Bogotá).
- 9.30 a.m. **Efectos de la Irradiación sobre el Corazón.** Dr. Humberto Forero Laverde en colaboración con el Dpto. de Radioterapia del Instituto Nat. de Cancerología (Bogotá).
- 9.40 a.m. **Alteraciones Electrocardiográficas en las Coecistotopatías.** Dr. Jaime Vásquez Zafra (Manizales).
- 9.50 a.m. **Cardiopatía Coronaria y sus Manifestaciones.** Dres. Jorge Bernal Tirado, Marcos Duque Gómez, Jorge Piñeros Bernal y demás colaboradores. Dpto. de Cardiología de la Facultad de Medicina y del Hospital de San Juan de Dios; Dpto. de Cardiología de la Caja Nacional de Previsión; Dpto. de Cardiología del I.C.S.S.; Fundación Shaio y Hospital de San José (Bogotá).
- 10.20 a.m. Descanso.
- 10.50 a.m. **Experiencias con Anticoagantes en el Hospital Universitario de San Vicente de Paúl.** Dr. Jaime Borrero (Medellín).
- 10.45 a.m. **Hospital Deptal. Universitario Evaristo García y Sociedad de Cardiología de Valle.** Presentación de trabajos.
- 11.15 a.m. **Miocarditis Chagásica.** Dres. Marcos Duque G. y Carlos E. Cortés. Hospital de San Juan de Dios (Bogotá).
- 11.25 a.m. **Lesiones Hepáticas en la Insuficiencia Cardíaca.** Dres. Marcos Duque G. y Angel María Paredes. Hospital San Juan de Dios (Bogotá).
- 11.35 a.m. **Hipotensión controlada en Cirugía Prostática.** Dres. Daniel Hincapié y Jairo Velásquez T. Servicios de Urología y Car-

diología del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl (Medellín).

11.45 a.m. **Discusión.**

— oOo —

3.30 p.m. **Cuarta Sesión Científica.**

Preside: Dr. Jorge Bernal Tirado (Bogotá).

Secretario: Dr. Jairo Isaza (Bogotá).

**Enfermedad de Takayasu.** Presentación del primer caso descrito en Colombia. Dr. Jaime Vásquez Zafra (Manizales).

3.40 p.m. **Observaciones Cardiorespiratorias en pacientes sometidos a Resecciones Pulmonares por Tuberculosis.** Dres. Jairo Velásquez Toro y Fernando Sierra S. Hospital Sanatorio de "La María" (Medellín).

3.55 p.m. **Manifestaciones Cardiovasculares en el Hipertiroidismo.** Estudio de 90 casos. Dres. Fernando Toro M., Flavio Granados e Iván Molina V. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl (Medellín).

4.10 p.m. **Hospital Deptal. Universitario Evaristo García y Sociedad de Cardiología del Valle.** Presentación de trabajos.

4.40 p.m. **Método práctico para determinación cuantitativa del aumento de volumen de la Aurícula Izquierda.** Dr. Jaime Vásquez Zafra (Manizales).

4.50 p.m. Descanso.

5.05 p.m. **Observaciones sobre Enfisema Pulmonar y Cor Pulmonale crónico.** Análisis de 172 casos estudiados en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. Dres. Antonio Escobar y Alfredo Naranjo Villegas (Medellín).

- 5.20 p.m. **Análisis de 69 casos de Cardiopatías Congénitas** (material del Dpto. de Patología del Hospital San Juan de Dios), Dres. Guillermo Restrepo y José A. Casas (Bogotá).
- 5.35 p.m. **Arteriografía. Sus usos Clínicos.** Dres. Gerardo Gómez y José Félix Patiño. Hospitales San Juan de Dios y La Samaritana (Bogotá).
- 5.50 p.m. **Discusión.**

— oOo —

### Viernes 2 de Diciembre

- 9 a.m. **Quinta Sesión Científica.**  
 Preside: Dr. Rafael Azuero (Neiva).  
 Secretario. Dr. José Félix Patiño (Bogotá).  
**Homo y Heteroinjerto de corazón en el perro.** Drs. Alfonso Bonilla Naar y Arsenio Alvarez Vásquez. Instituto de Investigación Científica de los Laboratorios Cup (Bogotá).
9. a.m. **Dr. Manuel Dangond Flórez.** Presentación de trabajos sobre Fístula Arteriovenosa, Aneurisma de la aorta abdominal y tratamiento quirúrgico de 2 casos de tumor carotídeo (Bucaramanga).
- 9.35 a.m. **Circulación Extracorpórea en el tratamiento de las Enfermedades Malignas.** Dr. Juan Jacobo Muñoz. Hospital La Samaritana e Instituto de Cancerología (Bogotá).
- 9.45 a.m. **Cirugía Arterial. Implantación de Prótesis.** Dres. José Félix Patiño, Sigifrido Demner y demás colaboradores, Hospitales La Samaritana y San Juan de Dios (Bogotá).
- 10 a.m. **3 casos de Aneurisma Congénito del Seno de Valsalva.** Dr. Alberto Villegas. Sección de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl (Medellín).
- 10.10 a.m. **Simpatectomía Lumbar.** Experiencia durante los años 59 y 60. Sección de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl (Medellín).

- 10.20 a.m. **Descanso.**
- 10.35 a.m. **Suprarenalectomía en Enfermedad Vascul ar Periférica.** Revisión de casos. Dr. Mario Montoya Toro. Sección de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl (Medellín).
- 10.45 a.m. **Valor de la Arteriografía en las Enfermedades Vasculares Periféricas.** Dr. Eduardo Calle J. Sección de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl (Medellín).
- 10.55 a.m. **Carótida en Asa en las Aortopatías.** Dr. J. Hernando Ordoñez.  
**Tratamiento de la Endarteritis Obliterante.** Dres. J. Hernando Ordoñez y José Tomás Henao.  
**Resistencia de los Centros Nerviosos a la Anoxia.** Dr. J. Hernando Ordoñez y colaboradores. (Bogotá).
- 11.15 a.m. **Cirugía de la Aorta.** Revisión de casos. Dr. Antonio Ramírez. Sección de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. (Medellín).
- 11.25 a.m. **Oclusión Vascular en los Niños.** Dr. Nelson Girardo M. Sección de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. (Medellín).
- 11.35 a.m. **Discusión.**
- 3.30 p.m. **Sexta Sesión Científica.**  
 Preside: Dr. Jorge Araújo Grau (Cali).  
 Secretario: Dr. Hernando Castellón G. (Cartagena).  
**Cirugía a Cielo Abierto.** Comentario sobre experiencia en algunos Hospitales Norteamericanos. Dr. Emilio Echeverri de la Roche. (Bogotá).
- 3.40 p.m. **Tratamiento Quirúrgico del Ductus Hipertenso.** Dr. Guillermo Rueda Montaña. Dpto de Cardiología del Hospital San José (Bogotá).
- 3.55 p.m. **Hipertensión Pulmonar en Cardiopatías Congénitas.** Dr. Adolfo de Francisco Zea.

**Circulación Extracorpórea.**

**Control de Comunicaciones Interauriculares Operadas bajo Hipotermia.**

**Ductus Arteriosus Hipertenso.** Dr. Alberto Vejarano. Fundación A. Shaiiao (Bogotá).

4.35 p.m. **Descanso.**

4.50 p.m. **Riñón de Go'dblatt.** Dr. Jaime Borrero. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. (Medellín).

5 p.m. **Hospital Universitario de San Vicente de Paúl.** Servicio de Cardiología. Sección de Cirugía Cardiovascular. Unidad Hemodinámica. Revisión de trabajos.

a) Parte clínica, Radiológica y Electrocardiográfica. Drs. Mario Villegas y Fernando Toro M.

b) Revisión de los casos estudiados en Hemodinámica, Dr. Juan C. Aguilar.

c) Revisión de los casos sometidos a anestesia con hipotermia. Dr. Alberto Villegas.

d) Aplicación de las curvas de dilución en el estudio de los cortocircuitos venoarteriales. Dr. Alberto Villegas.

e) Cirugía de cardiopatías congénitas. Dr. Antonio Ramírez.

5.40 p.m. **Estado Actual de la Cirugía en el Tratamiento de las Valvulopatías Reumáticas.** Dr. Felipe Mendoza. (Instituto Nal. de Cardiología México).

5.55 p.m. **Discusión.**

### **Sábado 3 de Diciembre**

9 a.m. C.P.C. - Dpto. de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. Medellín.

10.15 a.m. **Sesión de Clausura y Elección de Sede para el Próximo Congreso.**

**NOTAS:** Las sesiones se verificarán en el Auditorio de la Facultad de Medicina de la U. de A.

Los Presidentes abrirán la sesión a la hora fijada.

Sin la inscripción previa no se podrá presentar trabajos, ni participar en las deliberaciones. El valor de ésta es de \$ 100.00 y puede hacerse por giro postal, dirigido así: Dr. Alfredo Naranjo V. Apartado aéreo No. 1760 - Medellín.

Le rogamos avisar su asistencia por lo menos con 15 días de anticipación, lo mismo si viene acompañado de su esposa o no.

**HOTELES:** Hotel Nutibara: \$ 50.00 persona y \$ 80.00 pieza doble; triple \$ 105.00, sin alimentación.

**Hotel Europa:** de \$ 45.00 a \$ 50.00 con alimentación.

**Hotel Veracruz:** \$ 36.00 con alimentación.

**AVIANCA:** Descuento del 25% - inclusive para las señoras.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL - ANALISIS ESTADISTICO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y ASISTENCIALES  
DEL MES DE AGOSTO DE 1960**

SALA Y SERVICIO		Nº de Camas	Porcent. Ocupac.	Ptes. que Salieron	Estancias (Ptes. días)	Prom. días Estadía	Nº de Muertes	% Neto Muertes	Nº de Autop.	Nº de Ptes. Operados
Medicina Interna:	San Roque .....	33	95.8	36	087	22	4	11.1	—	2
	San Juan de Dios .....	32	95.3	23	531	23	3	13.0	1	2
	Santa Teresa .....	31	96.1	20	511	25	2	10.0	—	2
	Santa Catalina .....	32	96.9	27	647	24	3	11.1	1	2
	María Aux .....	32	88.1	7	193	27	1	14.2	—	—
Cirugía:	San Pablo .....	10	87.8	6	159	26	—	—	—	—
	San Rafael .....	29	93.3	64	1.007	16	4	6.3	—	54
	Cristo Rey .....	28	74.8	35	501	14	1	2.8	—	35
	Santa Margarita .....	30	93.7	41	613	15	—	—	—	38
	Santa Genoveva .....	28	94.3	27	544	20	2	7.4	2	22
Tórax y Card. Vasc. Organos de los Sent.	San Pedro Claver .....	18	93.3	5	81	16	1	20.0	—	3
	Santa Lucía .....	23	89.4	50	531	11	—	—	—	44
Neurocirugía:	San Carlos .....	26	95.6	37	704	19	1	2.7	—	28
Cirugía Plástica:	Pío X .....	43	86.1	20	418	21	4	20.0	—	5
Urología:	San Francisco .....	25	95.4	18	617	34	—	—	—	15
Ortopedia:	Perpetuo Socorro .....	28	95.5	19	537	28	1	5.2	—	17
	Sagrado Corazón .....	30	98.7	20	576	29	—	—	—	10
Pediatria:	San José .....	23	99.0	—	—	—	—	—	—	—
	Los Angeles Medicina .....	48	97.8	24	982	41	3	12.5	1	—
	Clarita Santos Cirugía .....	29	93.4	21	489	23	4	19.0	1	15
	"    "    Lactantes .....	18	83.3	27	586	22	13	48.1	1	3
Maternidad:	"    "    Infectados .....	21	96.7	14	593	42	4	28.5	—	—
	Prematuros .....	17	137.1	12	102	9	5	41.6	1	—
Ginecología:	.....	80	57.6	500	1.858	3.7	1	0.02	—	34
Policlínica:	Las Mercedes .....	39	95.1	25	516	21	—	—	—	11
	Sta. Rosa de Lima .....	32	95.9	37	864	23	—	—	—	22
Gastroenterología:	Adultos .....	16	89.5	196	588	3	21	—	9	29
Urología:	María Auxiliadora .....	32	88.1	4	237	59	—	—	—	—
Policlínica:	San José .....	23	99.0	1	51	51	—	—	—	1
	Infantil .....	18	118.4	45	456	10	8	—	1	3
Sub-Totales .....		824	91.2	1.421	16.448	11.5	83	4.8	18	397
Pensionado A.	.....	45	55.0	190	691	3.6	4	2.1	—	76
Pensionado B.	.....	81	68.1	290	1.689	5.8	3	1.0	—	144
<b>TOTALES .....</b>		<b>950</b>	<b>87.5</b>	<b>1.901</b>	<b>18.828</b>	<b>9.9</b>	<b>93</b>	<b>3.9</b>	<b>18</b>	<b>617</b>

CONSULTAS AMBULATORIAS: Consulta Externa (Adultos) ..... 3.444  
 Consulta Externa (Infantil) ..... 4.446  
 Policlínica Municipal ..... 5.158  
 Consulta Prenatal ..... 349

Así: Pacientes de 1ª vez 1.046; Pacientes de 2ª vez 2.398.  
 Así: Casos Médicos 535; Urgencias 3.854; Dermat. y Hemat. 57.  
 Así: Casos Médicos 1.907; Curaciones 2.449; Heridos 769; otros 33.

GRAN TOTAL = 13.397

13.397

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

Laboratorio Clínico

Informe de los trabajos realizados durante el mes de Sept. de 1960

Sección	Caridad	Policli.	C/Ext.	Pensión A	Pensión B	Emple.	Totales
Química	3.438	336	980	67	135	21	4.977
Hematolo.	2.799	980	3.578	57	532	225	8.171
Orinas	2.512	628	5.415	120	164	115	8.954
Parasit.	815	224	1.203	8	49	72	2.371
Serología	225	3	227	2	1		488
Urgencias	178	751	5	23	11		968
<b>TOTALES</b>	<b>9.997</b>	<b>2.922</b>	<b>11.408</b>	<b>277</b>	<b>277</b>	<b>433</b>	<b>25.929</b>