

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 3 — MEDELLIN, OCTUBRE DE 1952 — NUMERO 3

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

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

## CONSEJO DE REDACCION

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

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

Dr. Oriol Arango Mejía  
Secretario de la Academia de Medicina

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

Dr. Alonso Restrepo

Dr. Marco A. Barrientos M.

Dr. Julio Tobón

Sres. Mario Robledo y

William Rojas M., Estudiantes de Medicina.

Margarita Hernández B.,  
Administrador.

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

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

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

Apartado 20-38

# SUMARIO:

## EDITORIAL

Discurso del Dr. Antonio Osorio Isaza, Director de Educación Deptal. con motivo de la colocación de la primera piedra para la Escuela de Enfermeras .. . . . . .	117
--	-----

## TRABAJOS ORIGINALES

Exanguino-transfusión .. . . . . Dr. Alberto Echavarría R. . . . .	121
Contribución al estudio de los Tumores Vasculares .... Dr. Ramón Martínez Pérez .. . . . .	131
Carta del Profesor K. Mezey .. . . . .	142
Dr. Carlos Arturo Cabal .. . . . .	144

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Sesión de la Academia de Medicina del 1° de octubre .. . . . .	145
Carta al Señor Ministro de Higiene .. . . . .	146
Reglamento de la Academia de Medicina de Medellín .. . . . .	147

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 20 .. . . . .	150
Proyecto de Ley sobre Honores a dos Eximios Prelados .. . . . .	155

## NOTICIAS

Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Atlántico .. . . . .	157
--	-----



# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

---

VOLUMEN 3 — MEDELLIN, OCTUBRE DE 1952 — NUMERO 3

---

## EDITORIAL

DISCURSO DEL DR. ANTONIO OSORIO ISAZA DIRECTOR DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO CON MOTIVO DE LA COLOCACION DE LA PRIMERA PIEDRA PARA EL EDIFICIO DE LA ESCUELA DE ENFERMERAS.

Con qué emoción, con qué agrado está presente el Gobierno Departamental en esta fiesta del espíritu, en este festival de la inteligencia y la caridad cual es el momento en que vamos a colocar la primera piedra para el edificio de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia.

Universidad de Antioquia! musicalidad en cada una de sus sílabas! Bálsamo del corazón en esta raza batalladora de la dura cerviz que con cada una de sus palabras canta un excelsior a la pujanza de la antioqueñidad!! Emblema de victoria enarbolado en la República como muestra fehaciente de que no es fenicio nuestro batallar y de que como telón de fondo al trepidar de nuestras máquinas, ostenta un plantel más que centenario! Fábrica grandiosa de la inteligencia, semillero de hombres públicos que desparramados por toda la amplitud de la geografía colombiana han demostrado su capacidad para gobernar y su derecho a ocupar en las ciencias todas lugar de preeminencia y selección!

En este espíritu ambicioso de la raza que agotó horizontes y encontró estrechos los límites de su departamento, la colocación de la primera piedra para el edificio de la Escuela de Enfermeras, significa un nuevo anhelo de superación.

Nuestro instituto máximo, la cuna de nuestra cultura, tiene el dón precioso de conservarse perennemente juvenil, incesantemente ambicioso.



La historia ha demostrado y el momento presente lo confirma, que la Universidad de Antioquia no ha calmado nunca, no llenará jamás, su anhelo de ser siempre grande.

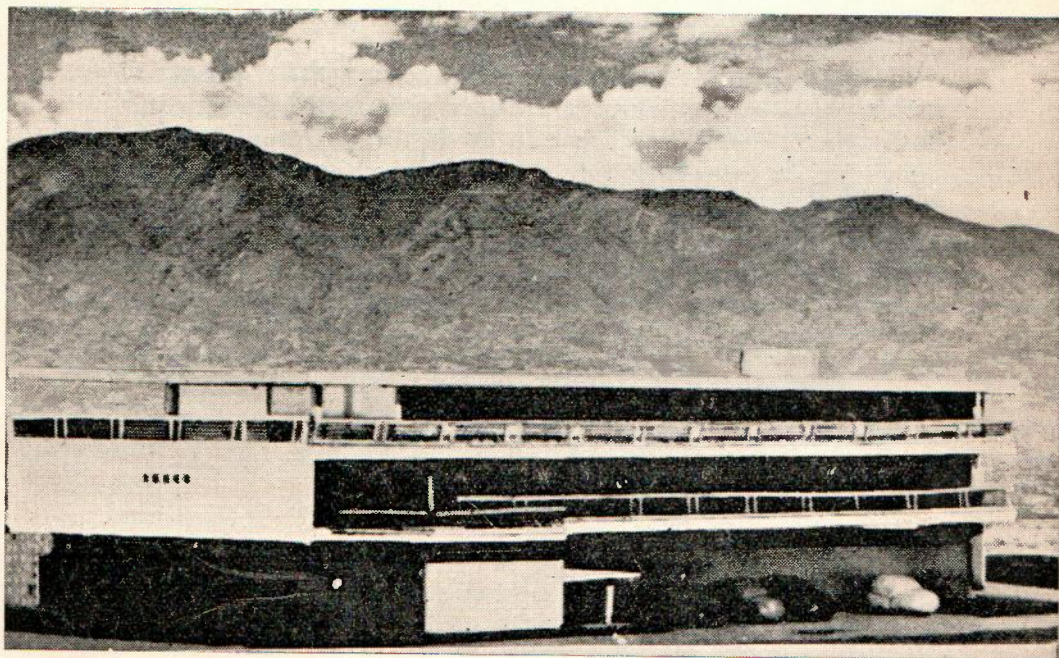
Porque es en verdad admirable, señores, que este perenne milagro de su renovación encuentre 149 años después de su iniciación el organismo a la vez centenario y joven de nuestra Universidad con el ánimo vehemente de producir un útil renuevo, con el ansia, la entereza y la emoción del más joven de los institutos similares del país. Y es admirable también y hace abundar en gozo nuestro corazón de patriotas la participación que nuestra institución educativa quiere dar a la mujer en las tareas del espíritu, allá precisamente donde ellas confinan con la caridad de Cristo en amalgama consolador. Porque en la enfermera que en nuestras aulas se forma, se ha concatenado de manera maestra la capacidad de ciencia del varón, admirablemente captada por nuestras alumnas, con las excelencias que solamente su corazón de mujer puede proporcionar en forma de consuelo, al pie del lecho de nuestros enfermos, de nuestros pacientes.

Dichosa dualidad que hace madre, hermana, hija, de la enfermera que hoy dejó de ser la empírica asistente en las salas de nuestros hospitales de antaño para convertirse, por gracia de la ciencia, en la acuciosa colaboradora del facultativo que con amor y con cariño cumple una dilatada labor social.

Recorred conmigo las salas del Hospital de San Vicente y contemplemos alborozados la labor que cumplen heroicamente nuestras enfermeras actuales. Sus blancas tocas ponen una nota de alegría en sus soleados servicios y en su diligencia y actividad semejan mariposas que se posaran cariñosas sobre las dolientes carnes maltratadas de nuestros enfermos. Y aquí la palabra cariñosa, y allá el consuelo generoso, en un lecho la inyección suavemente aplicada, en otro el cambio de posición ambicionado por el doliente llevado a cabo con todo el cariño de que sólo es capaz quien siente los dolores ajenos como propios, estas valientes y abnegadas alumnas van demostrando que en cada uno de sus actos hay un basamento de caridad cristiana que las rodea de respeto y consideración y que predispone el ánimo a la admiración y el cariño.

Qué transformación han sufrido los servicios desde su llegada, y cómo ambiciona la sociedad la multiplicación de su número hasta los límites que el patriotismo reclama justamente! Porque esos enfermos, esos dolientes traumatizados del cuerpo y el espíritu, nuestros hermanos son, colombianos de este mismo barro que forma nuestra nacionalidad, a quienes el accidente





Escuela de Enfermería

Maqueta del edificio para la Escuela de Enfermería. La primera piedra se colocó el 9 de octubre de 1952, Día Clásico de las XII Jornadas Universitarias.

imprevisto arrojó sobre el lecho del dolor, pero a quienes esperamos ver mañana reintegrados a la lucha diaria, en nuestros campos agrícolas o nuestros establecimientos industriales, donde han de ser con su callado laborar factores, no por desconocidos, menos importantes que nosotros en el progreso de esta querida patria.

Veo con la imaginación el suntuoso edificio que aquí habrá de levantarse y convencido quedo de que en el amontonamiento de sus adobes y en su argamasa adhesiva la patria estará ejerciendo su función de presencia.

Y su silueta habrá de ser flecha elevada hacia la altura por el arco tenso de nuestro anhelo para impetrar de Dios el consuelo debido a las amarguras que en la actualidad aquejan a nuestra amada Colombia.

Que esta piedra, señores que me escucháis, sea un monumento de amor, para que a su derredor, mezclados y confundidos, depongamos los odios que amargan nuestros corazones de hermanos de esta Antioquia que ha sido, es y será la parcela que en la República ha demostrado ser la fuente del patriotismo. Y que como un homenaje a nuestra querida Universidad, hagamos el propósito de hacerla todos los días más grande, ya que el amor por ella, indicio es de nobleza y fuente inagotable de progreso.



## **EXANGUINO-TRANSFUSION**

Presentación de 6 casos

**DR. ALBERTO ECHAVARRIA R.**  
Jefe del Banco de Sangre de la Clínica León XIII.

**Introducción:** Hasta donde nos ha sido posible obtener información bibliográfica, no figuran en revistas médicas colombianas, ni han sido presentados a ningún congreso médico nacional, un estudio sobre exanguinotransfusión ni sobre factor Rh.

**Historia local:** La eritroblastosis fetal era una enfermedad casi desconocida entre nosotros hasta hace pocos años. Los dos primeros casos publicados fueron descritos post-mortem por el Dr. Harold Mondragón en 1948, en su tesis de grado (1). Al año siguiente, con el advenimiento de los bancos de sangre, nos tocó agitar el problema del factor Rh, y en septiembre de 1949, por insinuación del Dr. Jorge Henao Posada, estudiamos una niña recién nacida, icterica, en donde se pudo poner en claro el diagnóstico de eritroblastosis fetal. No estando familiarizados con la técnica de la exanguinotransfusión, este caso se trató con pequeñas transfusiones de 50 c.c. diarios de sangre Rh negativa; la niña sobrevivió pero desarrolló posteriormente un kernicterus. (2). Después de este caso se han presentado 6 casos más, los que se trataron por el mismo método, de los cuales 2 murieron y 2 presentaron secuelas de kernicterus.

En agosto de 1950 se practicó la primera exanguinotransfusión, siendo este el primer caso que describimos en esta serie.

### **Historia de la Exanguinotransfusión**

La exanguinotransfusión es una operación relativamente nueva, considerando que la enfermedad se conocía desde hace varios siglos. En 1925, Hart, fue el primero en hacer una exanguinotransfusión a un niño afectado inyectando 300 c.c. en la vena del pliegue del codo y sacando 300 cc. de la fontanela. Era el 8º hijo de una familia en la cual todos los anteriores habían muerto de ictericia. Cuatro días después de la operación, el niño había perdido su ictericia. En 1948 (3) el mismo autor reportó el caso con el estudio de la evolución y concluye que el individuo tratado es un adulto normal y sano.

Entre 1925 y 1945 se ensayaron varios métodos de transfusiones pequeñas repetidas, obteniéndose diferentes resultados, pero en 1946 Wallerstein, volvió a introducir la exanguinotransfusión como método de elección (4) y perfeccionó varios métodos para hacerla (5). En 1947 Diamond (6) introdujo el método de la caterización de la vena umbilical con sonda de polietileno, que es el que nosotros hemos seguido con algunas modificaciones.

+ Trabajo presentado en la II Jornada Pediátrica Colombiana reunida en Medellín en julio de 1952.

## Indicaciones.

Los casos en los cuales hemos practicado la exanguinotransfusión, han sido estudiados algunos, en el momento del parto y otros han tenido un control prenatal, pero en general todos han sido tratados de acuerdo con el cuadro de indicaciones de L. K. Diamond.

1ª Indicación: Los niños Rh Positivos, de madre Rh negativa, con anticuerpos, que presentan cuadro clínico de eritroblastosis fetal (palidez, ictericia, hepatoesplenomegalia, petequias, edema, anemia).

2ª Niños Rh positivos, de madre negativa, sin signos clínicos de eritroblastosis fetal, si la madre tiene un título de anticuerpos de bloqueo mayor de 1 x 16.

3ª Niño Rh positivo, hijo de madre Rh negativa, prematuro (menos de 38 semanas de embarazo).

4ª Niño Rh positivo sin signos de eritroblastosis, si hay historia de eritroblastosis anteriores.

5ª Niño cuyos eritrocitos presenten una prueba de Coombs fuertemente positiva.

Como se comprende, estas indicaciones abarcan todas las posibilidades hematológicas de la inmunización por Rh Hr, sistema ABO y los grupos de difícil diagnóstico como el Kell, Cellano y Duffy (7).

## Método empleado

Nosotros hemos empleado la siguiente técnica, en los casos que a continuación presentaremos.

1º Inmediatamente después del nacimiento del niño se corta el cordón umbilical para evitarle el paso de sangre placentaria cargada de anticuerpos, que se calcula entre 50 y 80 cc.

2º Tomar muestra de sangre del cordón para estudio de anticuerpos, prueba de Coombs, recuento de eritrocitos, hemoglobina y bilirrubina.

3º Colocar el niño en cámara de oxígeno permanente mientras se hacen las pruebas, si el niño no presenta signos aparentes de eritroblastosis.

4º Proceder a iniciar la exanguinotransfusión tan pronto como se demuestre la indicación; sistemáticamente elegimos la vía umbilical con sonda de polietileno con sangre Rh negativa del mismo grupo, o en caso de no tenerlo con sangre grupo 0 neutralizada con las sustancias A y B de Witebsky. Utilizamos sangre conservada de 48 horas máximo, a la cual se le ha extraído por aspiración el plasma que sobrenada.

5º Desde que las circunstancias lo permitan se trata de injertar y extraer el volumen sanguíneo correspondiente al peso del niño, calculando 83,4 cc. por cada kilo de peso, como lo establece De Gowin (8).

6º Al final de la transfusión se extraen 10 cc. de sangre para hacer las pruebas hematológicas que antes enumeramos.

7º Se pasa el niño de nuevo a la cámara de oxígeno permanente al cuidado del médico. Para prevenir la infección se inyectan 100.000 Unidades de penicilina cada 3 horas.

Algunos autores (5) (7) aconsejan inyectar a través del catéter, gluconato de calcio al 10%, para prevenir los fenómenos tetánicos debidos al citrato de sodio. Nosotros no lo hemos empleado nunca, ya que al retirar el plasma de la sangre, disminuimos considerablemente el citrato. Además se han descrito algunos casos de necrosis masivas del hígado (9) atribuidas a esta sustancia.



No hemos observado en ninguno de nuestros casos crisis hipocalcémicas.

Para controlar la aparición de secuelas del tipo kernicterus, se vigilaron en las semanas siguientes la presencia de opistotónos, letargia, rigidez y temblor.

Hasta ahora hemos seguido esta técnica en 6 casos, que vamos a relatar en seguida:

### Caso N° 1 — Agosto de 1950

Entre los antecedentes de la madre, el más importante era el hecho de haber recibido tres transfusiones varios años antes. Durante el embarazo de su primer hijo en un examen de rutina se encontró el factor Rh negativo, lo cual nos hizo estudiar mejor la paciente encontrando anticuerpos positivos, para anticuerpos salinos al 1 x 2 y de bloqueo al 1 x 32. El marido fue grupo 0 Rh positivo homocigote. Al 8° mes la titulación subió a 1 x 64 y pocos días antes del parto alcanzó la cifra de 1 x 128.

El niño nació en agosto de 1950, aparentemente sano y después de un parto normal. El estudio clínico no reveló ningún síntoma fuera de un ligero tinte icterico. La sangre tomada del cordón umbilical fue examinada. (Datos en cuadro N° 1).

A las 4 horas de nacido se le hizo exanguinotransfusión por vía umbilical con sonda de polietileno, con sangre grupo 0 Rh negativa, separada de su plasma como se explicó. Cantidad inyectada 300 cc. cantidad extraída 320 cc. La muestra de sangre después de la transfusión dio las cifras anotadas en el cuadro N° 1

Se colocó en cámara de oxígeno permanente. La evolución posterior fue buena, solamente apareció ligera ictericia al día siguiente que desapareció al tercer día. Recibió alimentación artificial. Al tercer día se retiró de la cámara de oxígeno y a los 8 salió del hospital.

A los 15 días el recuento de eritrocitos era de 3.520.000, pero no se hicieron más transfusiones y dos semanas después el recuento era normal. En el momento actual el niño tiene 20 meses y su desarrollo físico y mental es normal.

### 2° Caso:

Esta señora tiene una historia obstétrica bastante detallada y es muy evidente el proceso de inmunización al Rh. El primer hijo murió tres días antes del parto; causa desconocida. Segundo hijo una niña sana. Tercero, un niño sano; cuarto, a término, parto normal. Cianosis después del nacimiento e ictericia con convulsiones. En la actualidad este niño tiene un síndrome de kernicterus. Quinto, muerto al séptimo mes de embarazo, feto macerado e hidropico. Sexto hijo, muerto al octavo mes de embarazo. Feto en las mismas circunstancias del anterior.

Séptimo embarazo: éste fue el que nos tocó controlar para llegar al caso de que estamos tratando. Fue normal durante toda la evolución. Los exámenes demostraron que la paciente era grupo B rh negativa, y el marido grupo 0 Rh positivo homocigote. Los anticuerpos de bloqueo se encontraban positivos a un título de 1 x 128 a los cuatro meses de embarazo, los cuales habían ascendido al 1 x 512 al octavo mes. Durante la 38ª semana de embarazo el título subió al 1 x 1.024 y los movimientos fetales disminuyeron, naciendo un niño de 2.700 gramos de peso. Al examen se encuentra una hepatoesplenomega-

lia; sobre la piel de la región facial y pero-orbitaria se encuentran lesiones equimóticas, lo mismo que sobre la región dorsal. No se aprecia ictericia aparente sino una palidez intensa. La sangre del cordón umbilical revela datos hematológicos que confirman el diagnóstico. (Ver cuadro N° 1).

Dos horas después del nacimiento se hace exanguino-transfusión por vía umbilical con sonda de polietileno. Se extrajeron primero 40 cc. de sangre, luego se inyectaron 220 cc. y al final se añadieron 40 cc. La sangre inyectada fue grupo 0 Rh negativa, neutralizada con la sustancia A y B de Witebsky, separada de su plasma. No se presentaron reacciones ni dificultades durante la transfusión. El estudio hematológico posterior está comprendido en el cuadro Número. 1.

El niño pasó luego a la cámara de oxígeno donde se presentaron algunas dificultades debido a que la escasez obligaba a administrarlo a intervalos. Se presentaba cianosis cada vez que se le quitaba el oxígeno y al segundo día presentó una ictericia masiva, con letargia, opistonos y convulsiones. Al tercer día la ictericia fue en aumento, hubo ligera hematuria y el niño murió en las horas de la tarde.

### 3er Caso

La sensibilización de esta señora fue progresiva de acuerdo con la historia obstétrica, ya que no había antecedentes de transfusión. El primer hijo fue sano, lo mismo que el segundo. El **tercero** nació en condiciones normales aparentes, pero al primer mes de vida desarrolló una intensa anemia, que fue reconocida por el pediatra haciendo el diagnóstico de una forma anémica de eritroblastosis. La cuenta de eritrocitos era 1.200.000. Se le aplicaron 2 transfusiones de 50 cc. con lo cual mejoró. La madre resultó grupo B Rh negativo, el padre grupo A Rh positivo (Rh1 Rh2 Homocigote). **Cuarto hijo**, muerto al séptimo mes de embarazo, nace macerado con forma hidrópica de eritroblastosis. **Quinto embarazo**: fue controlada desde el tercer mes cuando se encontró un título de anticuerpos de bloqueo de  $1 \times 256$ . La paciente recibió durante todo el embarazo vitamina K y progesterona. Al noveno mes el título estaba en  $1 \times 1.024$ . El niño nació espontáneamente, después de un parto eutócico. Pesó 2.800 grms. Aparentemente era normal. No presentó ictericia ni patequia; Sin embargo había marcada hepato-esplenomegalia y la sangre del cordón dió resultados que confirman el diagnóstico. (Ver cuadro N° 1).

La exanguinotransfusión se hizo dos horas después del nacimiento por vía umbilical por sonda de polietileno. Se presentaron algunas dificultades con la sonda, por formación de coágulos; no obstante no se heparinizó. Se transfundieron 200 cc. de células rojas, grupo A Rh negativo, extrayéndose 220 cc. de sangre. Inmediatamente después se colocó en cámara de oxígeno permanente. Lo único que merece mencionarse de la evolución posterior, fue una ictericia que apareció al tercer día, ascendiendo paulatinamente el día siguiente, para disminuir al 6° día. Durante este período no se presentaron fenómenos de tipo neurológico.

Dos semanas después de la transfusión tenía 3.250.000 eritrocitos y el tinte icterico había desaparecido ya por esta época. Según concepto del pediatra, actualmente (6 meses) tiene un desarrollo físico y mental completamente normal. Los datos hematológicos de la sangre del cordón fueron después de la transfusión muy diferentes a los observados antes de la operación. (Ver cuadro N° 1).



#### 4° Caso

Este caso es demostrativo de la importancia que tiene el control prenatal y el del niño, en el momento del nacimiento. En los antecedentes de esta señora, figuran dos niños muertos. El primogénito, después de un parto prolongado en el cual hubo sufrimiento fetal, nació cianótico y murió a las pocas horas. Debido a que los padres de este niño vivían en un pueblo donde no había posibilidades de control, el segundo niño, que nació después de parto eutócico, empezó a tener cianosis y convulsiones a las 20 horas de nacido y murió al día siguiente. Fue enviada a Medellín, porque el médico no encontró explicación para la muerte de este niño para que se estudiaran las causas que hubieran podido producirla.

Los exámenes para Rh, que tuve oportunidad de hacer fueron los siguientes: Grupo O Rho negativo, rh' negativo, rh'' negativo, Hr positivo. Las pruebas para anticuerpos fueron positivas para anticuerpos de bloqueo con un título de  $\frac{1}{2}$ . La prueba indirecta de Coombs fue positiva. La sangre del marido era grupo B Rh positiva (Rh1 Rh2) homocigote.

En marzo del 51, la paciente estaba en un nuevo embarazo empezó a venir cada mes para estudio de anticuerpos, a partir del 5° mes. Al final del embarazo los anticuerpos de bloqueo habían subido al título de 1 x 16 (plasma-albúmina).

La niña nace a término, con peso y apariencia normal. Al examen físico, no se observaron signos de eritroblastosis, pero al estudio de la sangre del cordón umbilical, la prueba de Coombs fue positivo fuerte. (Cuadro N° 1).

En vista de los datos hematológicos y del antecedente se procedió a efectuar la exanguinotransfusión, pues aun cuando se trataba de una eritroblastosis moderada, no era prudente esperar la evolución ya que el padre es homocigote y la sensibilización en la madre aumentará seguramente en los próximos embarazos. La transfusión se efectuó por vía umbilical con sonda de polietileno inyectando 240 cc. de sangre. La evolución posterior fue normal, sin embargo se colocó el niño en cámara de oxígeno durante 72 horas como medida de precaución. No se presentó ictericia ni anemia en las semanas siguientes:

#### Caso N° 5°

En esta observación no había existido controles para factor Rh, en los embarazos anteriores. Había tenido dos niños el último de los cuales murió a los 8 días de nacido con ictericia y convulsiones. El tercero, que es el actual nació en la Clínica del Seguro Social de Itagüí y a las pocas horas notaron que se empezó a poner icterico y con la sospecha de eritroblastosis, fue enviado a la Clínica León XIII, en donde se recibió a las 20 horas de nacido. Al primer examen el niño revelaba una profunda ictericia y una gran palidez con cianosis. Sobre la piel de la región orbitaria se observaban dos pequeñas equimosis y a la palpación abdominal se apreciaba el hígado que llegaba al nivel del ombligo. No había edema. Al examinar la sangre se encontró un niño Rh positivo (Rh1) que presentaba una prueba de Coombs fuertemente positiva. Una muestra de sangre de la madre demostró que era grupo O Rh negativa (cde) con un título de anticuerpos de bloqueo de 1 x 128 y prueba de Coombs indirecta fuertemente positiva.

La transfusión se efectuó a las 22 horas de nacido, por la vía umbilical con sonda de polietileno y debido a la desecación del cordón umbilical fue difícil la cateterización. Se inyectaron un total de 240 cc. de células rojas Rh negativas desprovistas del plasma mediante aspiración. El estudio de la sangre del cordón umbilical, fue hecho antes y después de la operación y los resultados están comprendidos en el cuadro N° 1.

El niño fue puesto en cámara de oxígeno a permanencia y la observación posterior no indicó ningún cambio de tipo reaccional ni se presentó infección del cordón provocada por el excesivo manipuleo de éste. En los días siguientes no se presentó ictericia ni signos neurológicos. Se dió de alta a los 8 días y fue admitido un mes después por pérdida de peso y anemia.

El recuento de glóbulos rojos era de 3.120.000, lo cual aconsejaba una transfusión adicional que se efectuó de células rojas concentradas (60 cc.) y se trasladó al servicio de Pediatría para control de régimen alimenticio.

### Caso N° 6

La historia obstétrica de esta señora revelaba que los primeros cinco hijos habían muerto en las primeras 24 horas, siendo de dos días la supervivencia de uno de ellos. Los exámenes prenatales demostraron que la paciente era Grupo A rh negativa (cde) y el marido grupo A Rh positivo (Cde) homocigote. Durante el embarazo se hicieron varios controles para anticuerpos, los cuales resultaron positivos y el título aumentó en el último trimestre del embarazo desde 1 x 2 hasta 1 x 16.

En mayo del 52, tuvo el sexto hijo a término. A los 40 minutos de nacido presentó intensa cianosis. En vista de lo anterior fue trasladado de la Clínica de Envigado a la Clínica de los Seguros Sociales de Medellín, en donde fue colocado en cámara de oxígeno mientras se estudiaba. Con el oxígeno la cianosis disminuyó considerablemente y se observó una ictericia rubínica. Había al examen físico, hepatomegalia y edema de los miembros inferiores. El estudio hematológico demostró la existencia de un proceso hemolítico por anticuerpos, según se describe en el cuadro N° 1.

La exanguinotransfusión se verificó a las 4 horas de nacido por vía umbilical con sonda de polietileno, inyectándose 220 cc. de células rojas y extrayéndose 230 cc. de sangre. Después de la transfusión se observaron los mismos cuidados descritos para los anteriores y la observación posterior reveló la desaparición de la ictericia al segundo día al mismo tiempo que desaparecía la cianosis.

Ocho días después fue dado de alta después de verificar un control de eritrocitos que resultó normal. El último informe, tres meses después corresponde a la evolución normal de un niño de su edad.



CUADRO N° 1

ESTUDIO DE LA SANGRE DEL CORDON UMBILICAL ANTES Y  
DESPUES DE EXANGUINO-TRANSFUSION

	Eritroc.	HemoG.	Coombs	Anticuerpos	Bilirrub.	Observ.	Result.
Cas 1	4.21.	12.2	++++	1/64	2.5	20 meses	Normal
	5.87.	15.8	++++	1/16	0.8		
2	2.310.	7.4	++++	1/16	5.5		
	5.710.	15.4	++++	1/8	2.5		Muere al 3er. día
3	1.230.	6.5	++++	1/64	5.8		
	4.970.	14.6	++++	1/16	2.6	6 meses	Normal
4	4.460.	13	+++—	1/2	1.02		
	6.280.	16.8	—++—	1/2	0.6	6 meses	Normal
5	3.480.	8.9	++++	1/64	2.8		
	5.860.	16	++++	1/8	1.2	5 meses	Normal
6	3.910.	8.3	++++	1/2	2.3		
	5.130.	14.5	++++	1/2	0.94	2 meses	Normal

Los anticuerpos estudiados fueron anticuerpos de bloqueo.

Discusión

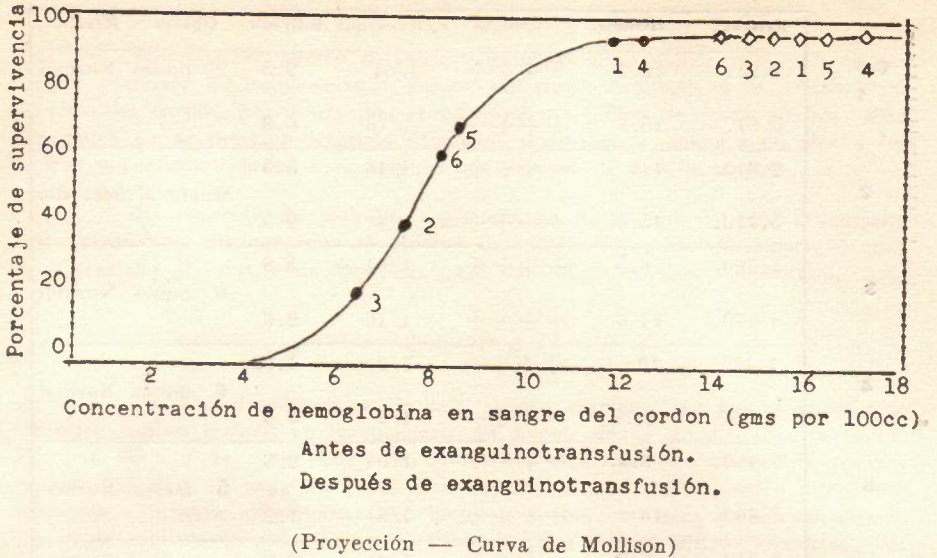
Las series de exanguinotransfusiones presentadas por diferentes autores varían mucho en cuanto a los resultados y el número de secuelas, debido posiblemente a que en muchas de ellas se considera cada caso como una «eritroblastosis» simplemente y arbitrariamente se pueden agrupar en una misma serie estadística muchos casos de eritroblastosis ligera, mientras que en otras sucede todo lo contrario, presentándose entonces para el mismo método una mortalidad diferente. Para poder llegar a un resultado comparable es necesario establecer la severidad del proceso y las probabilidades de supervivencia de cada caso. Desafortunadamente las pruebas inmunológicas de las cuales se esperaba deducir la mayor o menor afección del niño, no han dado resultados satisfactorios (10).

Recientemente Mollison y Cutbush (11) demostraron que la concentración de la hemoglobina del cordón umbilical estaba en relación con las probabilidades de supervivencia. Dedujeron que se podría trazar una curva que representara la severidad de la eritroblastosis fetal, valiéndose de los datos aportados en el estudio de 95 casos de niños Rh positivos nacidos de madres Rh negativas sensibilizadas, con la cual es posible predecir en un 94% el grado de severidad.

Frente a esta curva he decidido colocar los casos estudiados para poder establecer la importancia particular de cada uno por separado.

CUADRO Nº 2

CURVA DE PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA EN ERITROBLASTOSIS  
SEGUN MOLLISON Y CUTBUSH.



De los seis casos, dos eran de acuerdo con la gráfica, niños que tenían un porcentaje mayor del 80% de supervivencia; dos alrededor del 60% y dos, entre 20 y 40%. Después de la exanguinotransfusión las hemoglobinas de los seis casos habían ascendido por encima de 14.5 gms, lo que indica la efectividad terapéutica de la transfusión en cuanto a la anemia se refiere.

Los intentos para determinar, por la concentración de la bilirrubina del suero, el pronóstico de la eritroblastosis tiene muchos factores en contra, apesar de ser este dato el índice del proceso hemolítico y ser uno de los factores desencadenantes de los secuelas neurológicas. En primer lugar, la tasa de bilirrubina varía normalmente en el cordón de los niños sanos, entre 0.2 y 2.6 con un promedio de 1.5 mgms. según establecieron Findlay y alumnos (12). Después del nacimiento la ictericia fisiológica del recién nacido se desarrolla en el 47% de los casos según Pickles y la bilirrubina puede ascender al fin de la primera semana a 12 mgms., por ciento, alcanzado estas cifras sólo en los prematuros. Por lo tanto, la medida de la bilirrubina no es un fácil término de comparación para medir la severidad del proceso, fuera de que la cantidad en sí, no indica si ella proviene de una hemolisis solamente o si es el resultado de la deficiencia del parénquima hepático; cifras de esterificación del colesterol bajas, han sido reportadas en algunos casos de ictericia grave comparables a las que se observan en la toxemia hepática aguda.

La exanguino-transfusión tiene como objeto principal frenar el proceso hemolítico precozmente, provocando una disminución de los anticuerpos libres en el suero debido a la extracción del plasma del niño; retirando de la circulación los eritrocitos Rh positivos cuya membrana está cargada de anticuerpos adheridos a ella, y que provocaran su ruptura a corto plazo; disminuyendo la cantidad de bilirrubina y aumentando la cantidad de eritrocitos, por último



creando una oxigenación mayor por el aumento de hemoglobina y eritrocitos lo cual trae como consecuencia la desaparición de la anoxia tisular, que es en muchos casos la causa de la muerte del eritroblastótico.

Los resultados prácticos de estas consideraciones podemos observarlos en el cuadro del estudio de la sangre del cordón umbilical de los 6 casos tratados.

La inyección de sangre concentrada, tiene ventajas que quiero destacar. En primer lugar, la cantidad de sangre inyectada siendo menor, trae menos peligro de sobrecarga circulatoria, que es una complicación frecuente después de la exanguinotransfusión. En segundo lugar, la extracción del plasma del niño cargado de anticuerpos libres y de bilirrubina, es más rápida porque no se reemplaza con el plasma del donante, sino con una cantidad menor que reduce la dilución. En tercer lugar, la sangre del niño queda con una relativa hipoproteïnemia. En dos de los casos en los cuales dosificaron las proteínas totales las cifras eran de 5.8 y 5.3 gms. por 100 cc. respectivamente. Es bien conocido que el tenor proteínico de una solución influye en los fenómenos de aglutinación, sobre todo cuando hay anticuerpos de bloqueo y que la adición de albúmina es un método rutinario que está establecido después de los trabajos de Wiener y Levine, (13) como uno de las pruebas para descubrir la presencia de anticuerpos, con el nombre de método de la conglutinina.

Esta sustancia no definida Proteína X, como la llaman otros autores, estaría reducida después de la exanguinotransfusión en donde se reduce el nivel proteínico.

Por otra parte Pennell, ha descrito la presencia de un activador en el plasma del adulto normal, que activa los anticuerpos latentes en el suero del niño. (14).

Hoy día los resultados obtenidos con la exanguinotransfusión han mejorado notablemente, debido al mejor conocimiento de estos factores. Es necesario poner de presente que el 80% de los niños eritroblastóticos, mueren en los primeros 5 días de vida (10) y las secuelas de los niños no tratados alcanza a 7%. Las estadísticas publicadas actualmente son muy diferentes a las anteriores, denotando una baja considerable de la mortalidad y disminuyendo las secuelas a un mínimo. Talvés la serie que comprende el mayor número de casos es la Diamond, Allen y Vaughan, en la cual se analiza estadísticamente la historia de 368 niños Rh positivos nacidos de madres Rh negativas. En 109 casos del grupo anterior, la mortalidad bajó considerablemente (3 de 109) y solamente uno de los niños tratados desarrolló kernicterus. Mollison y Cusbush indican solamente un 3% de mortalidad, en su serie de 1950. Capell reporta 30 casos tratados antes de las 12 horas de nacidos; no obtuvo ninguna secuela de kernicterus.

En cuanto a la prevención de esta última entidad, parece que la bilirrubina juega un papel de primer orden. Los autores arriba anotados (Diamond, Allen y Vaughan) ponen de manifiesto la importancia que tiene este factor como elemento patológico del kernicterus. Por su parte Mollison y Cusbush, encuentran que un nivel de bilirrubina hasta de 18 mgms. por 100 cc. es el nivel de seguridad para la prevención del kernicterus. Encontraron que de 30 niños cuya bilirrubina no pasaba de esta cifra ninguno desarrolló kernicterus; en cambio, de 11 casos con bilirrubinas mayores al número anterior 5 murieron de kernicterus y 2 sobrevivieron con signos de lesión motora.

Como se desprende de los datos anteriores, el problema de la eritroblastosis fetal, y las secuelas que de ellas se derivan debe ser tenido en cuenta







# CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS TUMORES VASCULARES

DR. RAMON MARTINEZ PEREZ

Catedrático de Histología y Anatomía  
Patológica de la Facultad de Medicina  
de Zaragoza. (España).

Dentro del grupo de tumores vasculares, existen descritos en la literatura algunos casos, dados a conocer unas veces con el nombre de angiosarcomas y otras con el de hemangioendoteliomas y también con el de endotelio-matosis. Con estas denominaciones han querido los diferentes autores que se han ocupado de este asunto, dar una idea de la naturaleza y característica de estas neoplasias, haciendo resaltar por un lado sus dos particularidades estructurales fundamentales: formación de vasos o cavidades sanguíneas y proliferación más o menos atípica de los elementos endoteliales, y por otra parte, la multiplicidad y manera de crecer de las mismas, que las asemeja y aproxima grandemente a los sarcomas.

Desde que se empezaron a estudiar neoplasias, está planteado el problema de si son tumores de origen unicéntrico con una gran capacidad metastatizante, o si, por el contrario, son de origen multicéntrico. También se ha mantenido la idea de que pudiera tratarse de una verdadera hiperplasia sistémica de los endotelios vasculares.

Hoy en día no está resuelto el problema de una manera terminante, y cada autor al hacer el estudio de sus casos los cataloga con arreglo a las particularidades clínicas y sobre todo anatómicas que presentan, y de aquí que siga la dualidad de criterios que ha existido siempre, dualidad que por otra parte pudiera ser definitiva, puesto que no existe ningún hecho en contra para que estas neoplasias puedan tener unas veces origen único y otras múltiple. Por otra parte, hay casos descritos en la literatura con los caracteres de una enfermedad sistemática de dichos endotelios.

Recientemente hemos tenido ocasión de estudiar un caso interesante de una neoplasia de esta naturaleza en la autopsia de una enferma, cuya marcha clínica de extraordinaria rareza, fué seguida con gran interés.

No vamos a entrar en la descripción detallada de la historia clínica, solamente señalaremos los hechos más interesantes para relacionarlos con el cuadro anatómo-patológico estudiado por nosotros.

Se trata de una enferma joven (26 años) en la que se había iniciado la enfermedad hacía diez años, por la aparición de unos pequeños bultitos en el cuello, a lo que no dió importancia; al cabo de varios años fué vista en el Hospital del Rey de enfermedades infecciosas, de Madrid. En aquel entonces las tumoraciones del cuello habían aumentado considerablemente alcanzando el tamaño de una avellana a una nuez y dando la impresión de ganglios hipertrofiados; al explorarla radiográficamente se descubrió una siembra de grano grueso en ambos pulmones que se interpretó como una granulía. El estado general de la enferma era bastante bueno a pesar de la febrícula que padecía hacía tiempo. El cuadro hemático no presentaba modificaciones importantes.

Al cabo de unos meses la enferma abandonó el hospital sin haber experimentado ninguna mejoría. Volvió a reingresar a los dos años con un aumento considerable de las tumoraciones del cuello que formaban un grueso conglomerado, juntamente con una acentuación de toda la sintomatología. El estudio histológico de la biopsia de uno de los tumorcitos del cuello hizo desechar el diagnóstico de tuberculosis, así como el de una posible enfermedad de Hodkin, pero no aclaró nada sobre la naturaleza de la neoplasia. Después de



varios meses la enferma empieza a presentar signos de compresión de los órganos del cuello, y ante el peligro de asfixia se intenta una intervención quirúrgica para extirpar la tumoración, lo que se consigue solamente de una manera parcial, muriendo la enferma a las pocas horas con signos de asfixia.

**Autopsia.** — Examen exterior: Cicatriz por intervención operatoria en lado derecho de cuello, donde existe una tumoración con endurecimiento de los tejidos profundos.

**Cuello.** — Al hacer la disección de esta zona se descubre una tumoración que se extiende desde la porción mas alta del espacio retrofaríngeo hasta la región clavicular. La neoplasia es profunda, está en contacto con la columna vertebral y comprime y desvía hacia el lado opuesto a tráquea y esófago. La masa tumoral está formada por un conjunto de nódulos del tamaño de una castaña a una mandarina, capsulados y de una consistencia firme, dando la impresión de ganglios linfáticos hipertrofiados; A la sección muestra una superficie amarillenta oscura, que recuerda por el aspecto a los órganos que contienen materia amiloidea; en las partes centrales existen abundantes granos calcáreos. Ligeró edema de úvula y velo de paladar. Los vasos de esófago están dilatados, si bien no llegan a alcanzar un estado varicoso.

**Corazón.** — Ligeró aumento del líquido pericárdico. Miocardio, válvulas y cavidades cardíacas de aspecto normal.

**Pulmones.** — El pulmón derecho presenta extensas adherencias pleurales que se desprenden con facilidad; la pleura visceral está engrosada y cubre como un manto fibroso a todo el órgano impidiendo ver su superficie; en los sitios que se logra desprender, la superficie de la víscera es semejante a la que describimos en el otro pulmón.

La superficie externa del pulmón izquierdo tiene un color blanco rosado y está materialmente sembrada por innumerables nodulitos blanquecinos, de forma redondeada, aplanados y de un tamaño que oscila entre el de un cafiamón y una lenteja, algunos quizá mayores. Al pasar la mano por la superficie del órgano se nota una ligera granulación, pero no hacen relieve sobre la superficie. Al realizar los cortes de Loschke sobre el bloque cardiopulmonar, se comprueba cómo la masa tumoral invade el mediastino y está formada por una fuerte hipertrofia de los ganglios paratraqueales, bronquiales y periaórticos alcanzando algunos el tamaño de una naranja.

La superficie de sección de ambos pulmones tiene un color rojo vivo y un aspecto uniforme, solamente de vez en cuando se ven pequeñas manchitas o nodulitos de color blanquecino semejantes a los de la superficie, llamando la atención su escasez con relación a la gran abundancia de los sub-pleurales. En algunas zonas del parénquima se dibuja con gran intensidad el tejido intersticial del órgano.

**Hígado.** — Grande (2470 grm. de peso), de color rojo oscuro, blando friable. Sobre la superficie de la cara anterior, porción central, se encuentra engastada en el parénquima sin hacer relieve sobre la superficie, una tumoración del tamaño de una naranja, de consistencia firme y de color blanquecino salpicada de manchas oscuras. En la porción derecha de borde anterior hay otra tumoración de igual tamaño y caracteres semejantes a la descrita. A la sección muestra estos tumores una superficie de color blanquecino de aspecto sucio, con manchas oscuras de tipo hemorrágico y en algunos puntos pequeñas cavidades que les dan apariencia espumosa. Tanto en la superficie del órgano como en la masa parenquimatosa se ven además pequeños nodulitos del



tamaño de un garbanzo a una avellana y con caracteres semejantes a los anteriores.

Hipertrofia considerable de los ganglios periportales y peripancreáticos, alcanzando algunos el tamaño de una nuez gorda. A la sección muestra iguales caracteres a los que forman la masa tumoral del mediastino; también en éstos existen infiltraciones calcáreas.

**Bazo.** — Tamaño normal (peso 150 gms), blando elástico. A la sección superficie de color rosa pálido, con el cuchillo se arrastra bastante parenquima.

**Riñones.** — Grandes, se decapsulan bien. Superficie lisa de color rojo vinoso; al corte muestra igual color. El parénquima cuando se exprime con el filo del cuchillo tiene una coloración pálida aspecto de carne cocida.

**Ovarios.** — El derecho está fuertemente hipertrofiado, alcanzando el tamaño de nuez gorda, lobulado, de color blanquecino y con abundantes manchas hemorrágicas, algunas de tonos oscuros. La consistencia está muy aumentada. A la sección se ve contiene una gran cantidad de nodulitos de aspecto fibroso y color blanquecino, alcanzando algunos el tamaño de un garbanzo.

**Examen microscópico.** — El estudio microscópico se ha hecho de los ganglios que forman la masa tumoral del mediastino, de los ganglios peripancreáticos e hiliares del hígado, de pulmón y de los nódulos tumorales de hígado y ovario.

**Ganglios linfáticos mediastínicos.** — La imagen microscópica de estos órganos es completamente diferente de la normal, la estructura del ganglio ha desaparecido por completo y en su lugar se observa el siguiente cuadro: a pequeños aumentos se ven una serie de campos circunscritos por tabiques finos de tejido fibroso; estos tabiques que forman el estroma tumoral parten de masas extensas de tejido conjuntivo que se encuentra rodeando a los vasos, especialmente a aquellos que alcanzan bastante calibre; las áreas que circunscriben estos tabiques son de muy diversas formas, aunque generalmente son redondeadas o poligonales. El tamaño también es muy variable hay campos semejantes a alvéolos pulmonares, pero existen otros en que alcanzan un tamaño considerable. En el interior de estas áreas se encuentran en gran cantidad unas masas de aspecto hialino que se tiñen de un color rosa por la eosina, y entre los intersticios y rodeando a estos cuerpos hialinos hay unas células pequeñas que recuerdan por su aspecto a los linfocitos.

Esto que pudiéramos llamar parénquima del tumor no constituye un todo homogéneo y compacto, pues tanto las masas hialinas como las células llenan flojamente los espacios que ocupan y en la mayor parte de los sitios no hay continuidad entre unos elementos y otros, viéndose como si estuvieran suspendidos o flotando en la cavidad.

Los cuerpos hialinos llegan a alcanzar muchas veces un tamaño considerable, en muchos hay precipitaciones calcáreas de gran intensidad, formando gránulos que se tiñen fuertemente con la hematoxilina; las reacciones del yodo, violeta de metilo y rojo Congo, fueron negativas quedando desechada por lo tanto su naturaleza amiloide. La mayoría de estos cuerpos hialinos están rodeados por una hilera de células, si bien existen otras, aunque en menor abundancia, completamente libres.

La morfología de las células es a primera vista muy semejantes a la de los linfocitos; observadas a gran aumento llama la atención el núcleo de



forma redonda con una membrana que se tiñe intensamente, así como el resto de la cromatina de aspecto granuloso. Esto es casi exclusivamente lo que podemos decir de estas células, pues el protoplasma queda reducido en aquellos elementos que se percibe, a una fina banda que envuelve al núcleo. Hay sitios en que se ven varios elementos reunidos, y los núcleos se encuentran sobre una masa de aspecto vacuolar, que se tiñe por los colorantes ácidos en un color rosa, carece de estructura y los contornos son desflecados como si se tratara de una cosa que se hubiese desgarrado; la imagen en estos sitios es la de un sincytium.

Las células que envuelven las masas hialinas forman cuerpo con ellas y es completamente imposible delimitarlas. En algunos sitios se encuentran revistiendo los tabiques conjuntivos que circunscriben las cavidades, pero es una verdadera rareza y se observan solamente como elementos aislados. Los vasos del tumor marchan por los tabiques conjuntivos; en lo que consideramos como parénquima no existen.

En los ganglios pancreáticos y periportales las imágenes son semejantes a lo mismo que en los mediastínicos predominan las grandes masas hialinas con extensas zonas calcificadas. Microscópicamente, en estos órganos la imagen corresponde a un cilindroma.

**Pulmón.** — La distribución de la neoplasia preferentemente en la superficie del órgano con una localización subpleural, nos ha inclinado a hacer, además de los cortes ordinarios cortes tangenciales a la superficie del órgano, comprendiendo las secciones solamente pleural y los nodulillos tumorales.

La imagen más frecuente que se observa en estas preparaciones es la que representa recibiendo la impresión de estar ante un sarcoma alveolar de células redondas, pero cuando la observación se hace detenidamente con un objetivo de gran aumento, se ve que en cada uno de los alveolos las células forman cordones macizos que avanzan insinuándose entre los intersticios del conjuntivo, ocupando los espacios intertasciculares y formando a veces retículos separados por un estroma fibroso. En otros sitios se observa ya en estos acúmulos celulares la tendencia a la formación de espacios y cavidades.

Frecuentemente nos encontramos con campos de aspecto alveolar cuyos espacios están separados por finos tabiques de tejido conjuntivo, y ocupando la luz se encuentran las células tumorales, bien formando masas desprendidas totalmente de las paredes, bien como elementos sueltos. En las partes centrales de estos conglomerados celulares se ven frecuencia masas hialinas y globos calcáreos; en algunos sitios la cantidad y tamaño de estos últimos es considerable.

La morfología de las células no es uniforme, predominan aquellas de núcleo fuertemente pignótico que recuerda a los linfocitos, pero entre ellas se ve también en bastante abundancia células de mayor talla, de protoplasma vacuolado y un gran núcleo de forma redonda u oval con cromatina apretada y fuertemente tingible; de vez en cuando están formando una gran masa protoplásmica con varios núcleos, dando la impresión de un sincytium.

Cada uno de los nidos y cordones, y aun aquellas finas estrias de células que se infiltran entre los haces del conectivo, se ve a grandes aumentos que están limitadas y separadas de los heces colágenos por unas células fusiformes, aplanadas que recuerdan a los endotelios; así, pues cada uno de estos cordones tumorales representa una cavidad vascular ocupada apretadamente por el endotelio proliferado.

La reacción conjuntiva es muy intensa, el estroma está constituido por una tejido fibroso que forma la mayor parte de la neoplasia. Entre los intersticios de las fibras del estroma se ven bandas o estrias de células tumorales,



algunas de gran extensión. También en medio de estos campos de tejido conjuntivo y situadas entre los intersticios de las fibras abundan las masas calcáreas como en las que representa.

En el parénquima pulmonar los nodulitos tumorales son más abundantes de lo que hacía suponer el examen macroscópico; su localización preferente es alrededor de los vasos. Aquí lo mismo que en la pleura es semejante a la distribución de los elementos del tumor, aunque tiene una tendencia a la ordenación alveolar. También se observa una mayor cantidad de masas hialinas con relación a la pleura, así como menor cantidad de cuerpos calcáreos. La reacción fibrosa no es tan intensa como en los nódulos pleurales.

**Hígado.** — El estudio histológico de los nódulos tumorales del hígado pone de manifiesto un cuadro histológico algo diferente al observado en los otros órganos; aquí es la presencia de sangre lo que llama primeramente la atención y lo que confirma el diagnóstico hecho en pulmón sobre la naturaleza de la neoplasia. La imagen microscópica corresponde a un tumor vascular encontrándose una serie de cavidades de forma redondeada y tamaños variables, separados por tabiques finos, pero bien manifiestos y estructurales de tejido conjuntivo, que le dan un aspecto francamente angiomatoso.

En la mayor parte de las cavidades existe un núcleo central formado por glóbulos rojos al que rodean una o varias capas de células con caracteres semejantes a los descritos en pulmón y ganglios; si bien aquí presentan frecuentemente una forma cúbica que recuerda a las células epiteliales, en otros el contenido es exclusivamente de células tumorales.

La conservación de los hematíes es perfecta en la mayoría de las cavidades y solamente por excepción se ven algunos hialinizados y más raramente con depósitos calcícos. Las células que rodean estos acúmulos hemáticos están dispuestas en hilera y en íntimo contacto con ellos, formando en conjunto una masa central libre separada de la pared por un amplio espacio; algunos puntos, sin embargo, se encuentran las células revistiendo todavía la pared de la cavidad o en vías de desprendimiento. En los alvéolos de menor tamaño, la ausencia de sangre es más frecuente, estando ocupados totalmente por las células tumorales.

La morfología celular es semejante en todos los sitios, y lo mismo en aquellas cavidades que no contienen sangre, como en las que está en abundancia lo único que se puede interpretar como diferente a la de los ganglios y pulmón es que se ven en mayor abundancia células de mayor talla y con la forma cúbica antes señalada; no hemos podido observar formas de tránsito entre las células tumorales y los hematíes aunque parece evidente que éstos se originan de aquéllas.

En el estroma del tumor existen vasos en gran abundancia llamando la atención el contraste entre su gran calibre y la delicadeza de sus paredes; muchos vasos tienen la apariencia de formas de tránsito a las cavidades del tumor. La delimitación con el tejido hepático se mantiene con bastante claridad en algunos puntos, pero en otros hay una continuidad evidente entre los capilares y células vasculares del tejido normal y la neoplasia.

**Ovario.** — La estructura de los nódulos tumorales en este órgano es semejante a la que hemos descrito anteriormente, especialmente en los ganglios linfáticos. Las diferencias que se observan con respecto a estos últimos, es que el estroma es más abundante los tabiques que separan los nidos celulares más gruesos y están formados por un conjuntivo rico en fibras colágenas; en algunos puntos constituyen verdaderas masas fibrosas. Aunque no contiene sangre, la tendencia angiomatosa es evidente observándose en gran abundancia

cavidades de diferentes tamaños, algunas conservando su revestimiento endotelial y con muchas células tumorales sueltas en la luz de cada alveolo.

Las células tienen los mismos caracteres que en los otros órganos las masas hialinas no son tan abundantes ni alcanzan tan gran tamaño en cambio los nódulos calcéreos son más numerosos. Además de estas zonas que, como vemos corresponden a la estructura general del tumor, hay otros campos en donde la imagen es completamente diferente. En estos sitios se ve una gran cantidad de vasos, en general de gran calibre, pero con una fina pared de estructuras capilar. A partir de los elementos adventiciales de estos vasos, se irradian en forma de corona elementos celulares con un aspecto semejante a fibroblastos lo que da al tejido intervascular una imagen semejante a la del sarcoma fusocelular. El tejido intersticial está representado por una delicada reticulina: la colágena no existe.

**Comentario y diagnóstico.** — La lenta evolución clínica y después los hallazgos de autopsia, demuestran la rareza de esta neoplasia, pues si bien es verdad que el cuadro macroscópico habla en favor de una sarcomatosis múltiple, no es menos cierto que la evolución (10 años) está, por el contrario, frente a lo que se considera como una neoplasia de desarrollo rápido. El estudio histológico de la masa tumoral medistínica, que fué lo primero que realizamos, no resolvía el problema. La morfología de los elementos celulares nos hizo pensar en el primer momento que se trataba de un linfosarcoma, si bien la estructura y disposición de los elementos distase mucho del cuadro de aquella neoplasia. Por otra parte, la presencia de las masas hialinas, que le daban el aspecto de los cilindromas y su relación con las células, así como la textura alveolar de la neoplasia y la ausencia total de la estructura de los ganglios, nos seguía manteniendo en la duda.

El origen de las masas hialinas fué otro de los problemas a que no encontramos solución; por su localización en el centro de las cavidades, sin ninguna relación con los tabiques conjuntivos, había que desear su origen a expensas del conjuntivo; tampoco era admisible considerarlas como originadas a expensas de las células tumorales, puesto que no se observan signos degenerativos de las mismas y aun aquellas que se encuentran en íntimo contacto con estas masas se conservan perfectamente.

Había, pues, que pensar en la secreción y acúmulo de alguna sustancia en estos sitios, que se transformaría hasta tomar la apariencia que tiene en la actualidad, pero de esta probable sustancia no hemos encontrado vestigios en estos órganos, a pesar de las repetidas observaciones hechas.

Han sido las imágenes de pulmón las que nos orientaron sobre la naturaleza de la neoplasia y muy especialmente en aquellas zonas que se han podido seguir la transición de los nidos y cordones celulares, a aquellas otras en que estas células aparecen sueltas en el interior de una cavidad. La observación detenida a grandes aumentos, demostró que no se trataba de nidos celulares que ocupaban los intersticios del conectivo, sino que cada uno de ellos correspondía al crecimiento de un verdadero capilar amacizado y distendido por el crecimiento de sus endotelios.

La observación de las preparaciones de hígado que muestran la textura alveolar de la neoplasia, con su división en cavidades regulares, revestidas por células parecidas a las de los ganglios y pulmón, y sobre todo por su contenido sanguíneo, nos confirmó que se trataba de un tumor vascular y al mismo tiempo nos daba la solución del origen de las masas hialinas a expensas de la sangre.

Dentro del grupo de los tumores vasculares consideramos que se trata



de un hemangioendotelioma. La presencia de sangre en el interior de las cavidades (sangre que no se puede atribuir a hemorragias) nos habla en su favor, solamente el hemangioma puede mostrarla de una manera semejante, y tanto la evolución como la localización y distribución de éste, así como el aspecto macroscópico, nos habla en su contra. Pero microscópicamente, en nuestro caso hay zonas que tienen una franca apariencia sarcomatosa; en estos sitios los que abrigaban de ser espacios angiomasos están totalmente ocupados por las células endoteliales, lo que explica la designación de angiosarcoma dada a estos tumores por Waldeyer y Kolaczek. En todos los hemangioendoteliomas son los vasos, como dice Borst, los que constituyen el elemento básico de la neoplasia, pudiendo presentarse de las más variadas formas y calibres, pero observándose siempre una preponderancia en el crecimiento de los elementos endoteliales, por lo que frecuentemente se encuentran designados en la literatura con los nombres de endoteliomas vasculares (Ackermann), endotelioma intravascular (Amannjz y Maurer) y de endotelioma capilar (Borrmann).

En nuestro caso, muchas de las cavidades vasculares alcanzan gran tamaño, en general la luz de la mayoría es muy superior a la de un capilar, pero en ningún sitio se ven los tabiques de separación con una estructura que recuerda una arteria o una vena, mostrándonos con el aspecto de un tejido embrionario.

Otro carácter que pudiéramos llamar fundamental es su enorme metaplasia; en este tumor han sido grandes las dificultades que ha habido que vencer hasta identificar a sus células, que en nada se parecen a las endoteliales de los vasos, si hacemos excepción de algunos campos de hígado que las recuerdan más o menos lejanamente. Hay descritos tumores de esta naturaleza donde los elementos tienen una forma cúbica o prismática y están dispuestos de tal manera que recuerdan la imagen de una glándula; tanto es así, que para Marchand sólo puede considerarse como hemangioendoteliomas aquellos que contengan sangre en el interior de sus cavidades.

Es de interés hacer hincapié en el aspecto que tiene la neoplasia en algunos nódulos de ovario, los cuales reproducen con bastante fidelidad el cuadro histológico de un peritelioma. Para nosotros es un argumento mas en favor del diagnóstico hecho, puesto que este último no es más que un hemangioendotelioma perivascular que se origina de los elementos celulares equivalentes a endotelios, que se encuentran recubriendo los capilares.

En el caso de Theile, que presenta abundantes partes sarcomatosas, el autor las considera como metástasis anaplásticas del angioma, en el sentido de representar un tejido indiferenciado que consta de angioblastos. También Jores considera su caso, que presenta zonas sarcomatosas, así como los de Borrmann, Langhans y más tarde podemos añadir también los de Schönber, Smith, Lawrence, Weld y Grabowski, tumores de naturaleza vascular y de aquí el que los clasifiquen con el nombre de angiosarcomas. En el nuestro es la pleura y el ovario donde tiene especialmente aspecto sarcomatoso; en el primer sitio con una disposición alveolar y en el último con formaciones celulares de tipo fusiforme ordenadas alrededor de los vasos.

Hay que admitir, por lo tanto, que estos tumores se originan, como creía Theile, de elementos indiferenciados formadores de un tejido vascular y de aquí que, según el grado de diferenciación alcanzado por los mismos, presentan las neoplasias que de ellos se originan una mayor o menor tendencia a la formación de tejidos angiomasos. Con esto queda explicada la gran variedad de cuadros histológicos que presentan, desde las formas más indiferenciadas con



el aspecto de sarcomas, a aquellas que reproducen un verdadero tejido vascular.

La presencia de sangre en muchos de estos tumores demuestra la persistencia de la actividad embrionaria de los endotelios para la hematopoyesis, y refiriéndolo a nuestro caso es un dato más que nos indica la moral diferenciación de los endotelios vasculares. Según Fischer-Wasels, el desarrollo tumoral depende de una malformación celular, pero según él no es correcto decir que los endotelios vasculares se transforman en células tumorales, sino que es un defecto de predisposición embrionaria de las mismas.

En nuestra observación no hemos visto formas intermediarias entre las células tumorales y los hematíes, como han sido descritos en algunos, entre otros, uno por Leubner, y más interesante todavía el de Hans Kahle, que describe un angiosarcoma en un hígado cirrótico, originando del endotelio de los capilares, donde encuentra toda la serie de células hemoblásticas desde la homogeneidad al leucocito.

Es de interés en el nuestro la intensa transformación que experimenta la sangre acumulada en las actividades tumorales en cuerpos hialinos y la gran deposición de sales cálcicas. No es nueva la observación, puesto que es una cosa que se encuentra bastante frecuente en la descripción de estos tumores; ahora bien, la intensidad que alcanza en éste, que llega a borrar totalmente las estructuras, haciendo imposible el diagnóstico de la neoplasia, como sucede en pulmón y ganglios linfáticos, no lo hemos encontrado en ninguno de los trabajos que hemos leído.

La intensa precipitación de sales de calcio sobre los cuerpos hialinos, originados por transformación de las masas hemáticas, es una demostración bien palpable de la relación que existe entre el hierro y el calcio en el proceso íntimo de precipitación de este último cuerpo. Aquí se confirma la opinión de Ehrlich, para el cual el hierro derivado de los pigmentos sanguíneos actuaría como un verdadero mordiente sobre las sales de calcio.

En cuanto al punto de origen del tumor nos encontramos con las mismas dudas que muchos de los casos referidos en la literatura; en éste los síntomas iniciales los refiere la enferma a las pequeñas tumoraciones que le aparecieron en el cuello, y posteriormente, es la imagen radiográfica que se encuentra en pulmón y la tumoración de cuello y mediastino, los únicos síntomas que presenta. Los nódulos neoplásicos de hígado, ovario y ganglios abdominales fueron hallazgos de autopsia, pero esto no dice nada sobre la prioridad del tumor en aquellos órganos, pues muy bien puede suceder que en los restantes (hígado, ovario) fuera tan antiguo como en aquéllos, a pesar de no dar ninguna sintomatología, cosa que sucedió en pulmón hasta que se hizo el hallazgo radioscópico.

Entre los casos publicados de neoplasias de esta naturaleza, predominan evidentemente aquellos que son considerados como tumores primarios de hígado. Es especialmente a partir del trabajo de Fischer-Wasels en 1913, cuando aparecen más publicaciones en este sentido, entre los que se encuentran los de Kahle, Maresch, Kotny, Schonberg y más recientemente los de Smith, Lawrence, Weld, Neuburger, Goodale, Puhr, Ludwig, y White.

Por otra parte, la participación del hígado en esta clase de neoplasias es casi constante, y aun en aquellos como los de Theile, Jores, Graboswky y Leubner, en que el tumor no fué considerado como primario de esta viscera, la participación de la misma es una cosa segura. Ahora bien, la primera condición que se ha de cumplir para considerarlo como un tumor primario de hígado, es que exista una continuidad evidente entre los elementos del órgano y los



del tumor. En el caso de Fischer-Wasels existía una continuidad manifiesta entre las células de Kupffer del tejido normal y los elementos de la neoplasia; una cosa semejante es la observada por Godel, Schlesinger, Grabowsky, Withe, Leubner, etc., en sus respectivos casos.

En el nuestro también hemos encontrado esa continuidad entre los endotelios y capilares hepáticos y los elementos del tumor, aunque en muchos sitios el crecimiento de los nódulos tumorales determina la compresión y rechazamiento del tejido normal limitrófe, dando la impresión de una delimitación que no existe. La imagen microscópica corresponde, pues, a una transformación de los elementos vasculares del órgano más que a una metástasis tumoral. Ahora bien, en el análisis que hemos hecho de los restantes órganos en que tiene asiento el tumor, hemos visto cómo los ganglios que forman el tumor del cuello, así como en los mediastínicos y abdominales, han perdido totalmente su estructura y está reemplazada por el tejido tumoral, en el que predominan de una manera extraordinaria los cuerpos hialinos y calcáreos; en estos sitios, es imposible formarse idea, no solamente de la relación que pueda tener la neoplasia con los tejidos del órgano, sino de la misma naturaleza del tumor.

En el ovario, macroscópicamente la neoplasia no da la impresión de nódulos metastásicos; microscópicamente tampoco se delimitan con claridad, máxime en aquellas zonas de aspecto sarcomatoso en que la continuidad en el conjuntivo del órgano es evidente.

En el pulmón, tanto en los nódulos pleurales como los que asientan en el espesor del parénquima, creemos haber encontrado también el origen de la neoplasia. En aquellos sitios que presenta un aspecto sarcomatoso se aprecia perfectamente la neoformación de capilares y su amacizamiento por el crecimiento de sus endotelios; estos verdaderos cordones y nidos endoteliales, avanzan entre los intersticios de los tejidos, no pudiéndose observar una frontera correcta que los separe de la estructura del órgano.

El observar frecuentemente en el espesor del parénquima pulmonar las formaciones tumorales rodeando a los vasos de algún calibre y continuarse con su pared, hace pensar que existían en la pared de los vasos de este órgano las células gérmines a expensas de las que se producen los crecimientos tumorales.

En el caso descrito por Borrmann, la imagen macroscópica del pulmón con sus múltiples nódulos subpleurales es muy semejante al nuestro, y aunque el autor los considera como metástasis a un tumor primario de mama, explica la formación de los nódulos angiomatosos en pulmón a partir de los vasos, por el atascamiento con células endoteliales de la arteria pulmonar, las que al proliferar invadirán el tejido del pulmón.

En otros casos (Wollstein, Hall, etc.), son considerados como tumores primarios de pulmón basándose en su curso, predominio de tamaño, y número de las manifestaciones tumorales en estos órganos con respecto al resto del organismo.

Hay otros casos, como el de Bernhard, Müller, que ante la imposibilidad de demostrar a unos tumores como primarios y a otros como secundarios, a pesar de tener una amplia representación en pulmón y pleura, los considera como una enfermedad sistemática de los endotelios capilares. Esta misma dificultad encontramos nosotros para decir si el tumor en el pulmón es unicéntrico o multicéntrico, puesto que el análisis microscópico de distintos territorios muestran siempre las mismas características; si a esto unimos la igualdad de tamaño y distribución difusa y uniforme que tienen las tumoraciones en ambos



órganos no cabe duda que la impresión que se saca es que se está delante de una neoplasia de origen multicéntrico.

Todavía hay algunos hechos que creemos tienen importancia para la resolución del problema; estos datos que pudiéramos llamar de orden cronológico son los siguientes: Al hacer la descripción cronológica del tumor hemos hecho notar la diferencia enorme que existe entre los nódulos de hígado con los de las otras vísceras; en aquéllos tenemos la imagen pura del hemangioendotelio, con su contenido sanguíneo fresco en perfecto estado de conservación; por el contrario, son muy escasas las masas hialinas que es lo que da carácter en los ganglios, pulmón y ovario; por otra parte, los elementos celulares están en muchos sitios revistiendo las cavidades y recuerdan un tanto a los endotelios vasculares. El estroma es fino y delicado, la colágena es escasa; en muchos sitios se ven capilares que dan la impresión de estar en fase de transformación para formar las cavidades del tumor. Todo esto habla en favor de la juventud de la neoplasia e inclina a pensar que es de formación relativamente reciente, si bien es verdad que la imagen es de un tumor vascular maduro.

En los cuadros histológicos que se observan en los ganglios, ovario y algunos nódulos del parénquima pulmonar, predomina, por el contrario, la presencia de abundantes cuerpos hialinos, de los que solamente después de haber observado las preparaciones de hígado pudimos pensar en su origen sanguíneo. Por este hecho podría interpretarse que su antigüedad era mayor en estos sitios que en el hígado.

Una cosa semejante se puede decir respecto a las localizaciones subpleurales; aquí hay dos casos que llaman especialmente la atención a este respecto: la enorme fibrosis de la neoplasia, cuyo estroma está formado por un tejido fibroso denso, y la gran abundancia de esferas calcáreas. Si admitimos que las masas hialinas se originan exclusivamente por transformaciones de los hematíes que llenan las cavidades del tumor y que estas masas sufren después el proceso de calcificación, podríamos asegurar que la mayor antigüedad del tumor corresponde a los nódulos preurales.

Si consideramos, por el contrario, que las masas hialinas pudieran formarse a expensa de alguna substancia segregada por las células endoteliales, como suponen algunos autores en la formación de algunos cilindromas, la presencia o ausencia de dichas masas no estarían ligadas a la existencia previa de sangre y, por lo tanto, a la edad de la neoplasia, sino más bien dependería su evolución de la influencia que ejerciera el órgano y tejidos en que asentara el tumor.

Habiendo comprobado la continuidad del endotelio de los capilares de hígado y pulmón con los elementos tumorales, así como en las partes de ovario que produce esta forma tumoral, amén de aquellas porciones angiomasas que sin ninguna solución de continuidad con el estroma del órgano adoptan las células una disposición perivascular, nos confirma la opinión mantenida por Theile, de que estos tumores se originan de elementos embrionarios formadores de un tejido vascular y que según el grado de diferenciación en que se encuentran así son las características de las neoplasias a que dan lugar. El origen múltiple de la neoplasia se comprueba en nuestro caso y, por tanto, lo consideramos como tumor multicéntrico típico de varios órganos, sin que neguemos sus posibilidades metastatizantes, especialmente por vía linfática, fundándonos para ello en la amplia representación que tiene la neoplasia en los ganglios mediastínicos e hiliares de hígado y pulmón, que corresponden justamente a los órganos donde el origen del tumor es más evidente.





Fig. 1. — Tumor Vascular.  
Corte sagital de las vísceras cervicales y torácicas. Hay una gran tumoración nodular desde la faringe hasta el mediastino, desviando y comprimiendo la tráquea y el esófago.



Fig. 2. — Tumor Vascular.  
Pulmones — Numerosas y gruesas adherencias en la pleura derecha.  
La superficie del pulmón izquierdo está sembrada de innumerables  
nódulos blancucinos.



## Bibliografia:

- Borrmann, R. Zeigler's Beiträge, 40. 1907.  
Corten. M. H. Frankf Zeitschr f. Path. 24. 1921.  
Fischer B. Ibid. 12. 1913.  
Grabowski W. Centralbl f. Path, und Pathol. Anat. 44. 1928.  
Godel Versamml der anat. Gesellsch Wein (Oct. 1929). 1930.  
Godel Frankf Zeitschr f. Pathol 29. 1923.  
Goodale R. H Arch of Path. 9. 1930.  
Hall. E. M. Amer Journ Pathol XI 1935.  
Jores L. Centralbl f. Path und Pathol Anat. 19. 1908.  
Kahle H. Virchow's Arch 226. 1919.  
Koch I. Centralbl f. Path und pathol Anat. 45. 1929.  
Kotny K. Zeitschr. f. Pathol. 10. 1912.  
Langhans. Virchow's Arch 75.  
Leubner H. Franckf Zeitschr f. Pathol. 49. 1935.  
Maresch R. Abt. 19 der Tag f. all. Pathol der 85. Versamml deutscher Naturforscher un Aerzte in Wien (22-24 september). 1913.  
Mueller B. Virchow's Arch 209. 1912.  
Neuburger K. u.  
Singer L. Frankf. Zeitschr f. Pathol. 35. 1927.  
Orzechowsky G. Virchow's Arch 267. 1928.  
Puhr L. Krebstorschung. 34. 1931.  
Radaeli F. Grorn ital. Dermat. 71. 1930.  
Schlesinger. Ergeb der von der med. Fakultat zu Frankfurt. a M. in der  
Zeit von 1. Okt 1914 bis 31 Dez 1920 angenommenen Dossertationen  
(Centralbl Path 33. 1923). 1914-20.  
Schoenberg Frankf. Zeitschr. f Pathol 29. 1923.  
Schlopsunes W. Virchow's Arch. 274. 1930.  
Smith L. W. Arch of Path. and lab. Med. I. 1926.  
Sussig. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg 219. (Centralbl Path. 48) 1930.  
Specht. u.  
Voelker. Arth f. Ohrenheilk 120. (Centralbl 45) 1929.  
Symers a  
Vauce. Amer J. med Scienc. 1916.  
Theile. Virchow's Arch 178 (Centralbl 27. 1916) 1904.  
White Ch. J. Amer Med. Assoc. 101. 1933.  
Winnen P. Franckf Zeitschr f. Pathol 23. 1920.  
Wassiljefe u.  
Protassewitsch. Virchow's Arch 279. 1930.
-

## CARTA DEL PROF. MEZEY

Bogotá, Octubre 1° de 1952

Señor

Profesor Dr. Alfredo Correa Henao  
Presidente de la Academia de Medicina de Medellín  
Director de «Antioquia Médica»

Medellín.

Muy estimado Profesor y amigo:

En mi calidad de profesional y de miembro correspondiente de la distinguida Academia de Medicina de Medellín soy lector asiduo de «Antioquia Médica» revista que Ud. tan brillantemente dirige. Digna de su noble precursora los «Anales de la Academia de Medicina», Antioquia Médica es una de las revistas de mayor importancia en su género ya que los trabajos originales que allí se publican representan siempre aportes positivos a la Ciencia Médica. Sea esta la ocasión de felicitar a Ud. y por intermedio suyo a los demás miembros del Consejo de Redacción por la admirable labor cumplida en dicho órgano publicitario.

En la página 40 del N° 1 del Volúmen 3 de «Antioquia Médica» correspondiente al pasado mes de Agosto, encontré la grata noticia de la fundación del Laboratorio de Farmacodinamia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. En efecto, para un profesional que en los últimos veinte años (de los cuales once en el país) se ha dedicado casi en forma exclusiva a esta disciplina experimental, es muy satisfactorio ver la difusión de un ramo que en su forma actual es una de las especializaciones médicas más nuevas. Conociendo las capacidades y la personalidad tan destacada del fundador de dicho laboratorio, Dr. Alfonso Mejía Isaza, no dudo que dicho centro de estudios experimentales será un beneficio positivo para la Ciencia Médica Colombiana y de la Medicina Universal.

En el artículo a que hago referencia incurrió la redacción de «Antioquia Médica» en una equivocación que Ud., señor Profesor, me permitirá rectificar. Dice el artículo: «El 28 de junio fue inaugurado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia el laboratorio de Farmacodinamia, primero en su clase que se crea en el país...» No es únicamente el celo personal que tengo en el asunto, sino también el deseo de prestar un aporte a la historia médica del país, llamando su atención hacia el hecho de que el primer laboratorio de farmacodinamia fue fundado en el país por el suscrito el día 1° de Marzo de 1942 en la Sección Científica del Laboratorio CUP, entidad que desde entonces y sólo con una interrupción de 5 meses debida a la destrucción causada el 9 de Abril, ha funcionado hasta hoy. Son pues más de 10 años de labor cumplida y allí fuera de los trabajos del suscrito y de sus inmediatos colaboradores ha sido elaborada una serie de trabajos de farmacodinamia como Tesis de grado (Drs. Velasco, Piñeros Bernal, Baquero E., León, F. Gutiérrez N. y otros). Los trabajos señalados con rojo en la lista adjunta, han sido todos elaborados en este primer laboratorio de farmacodinamia de Colombia. En el año de 1948 visitó al país una Misión Médica Norteamericana. Desgraciadamente



dos los estudiantes reciben instrucción de laboratorio en Farmacología. El equipo esencial es utilizado y en el día de mi visita, grupos de estudiantes estaban para nuestra medicina colombiana el informe no fue del todo favorable para nosotros. Sin embargo fueron muy bien conceptuados los laboratorios de farmacología fundados por el suscrito. Dice el profesor McKeen Cattell, profesor de Farmacología y Jefe del Dpto. de Farmacología del Cornell University Medical College de New York: «El laboratorio industrial que dirige el Dr. Mezey probablemente contribuye más al conocimiento farmacológico de lo que contribuyen los laboratorios académicos. Aquí el trabajo ha tenido que ver primeramente con la actividad de elementos y extractos de plantas nativas de Colombia».

En cuanto a las actividades universitarias, el suscrito inauguró el 1º de Agosto de 1942 el primer curso de Farmacodinamia Experimental en la Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia y como en los primeros meses no había todavía un laboratorio adecuado en aquella dependencia universitaria, las prácticas de farmacodinamia han sido llevadas a cabo a toda intensidad en el mencionado laboratorio de farmacodinamia CUP.

El segundo curso universitario de Farmacodinamia Experimental ha sido fundado por el suscrito en la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional en donde desde su comienzo el 1º de Febrero de 1943 viene funcionando bajo la dirección del suscrito, en su calidad de Profesor titular por concurso, un Laboratorio de Farmacodinamia que mereció el elogio de la Misión Médica Norteamericana. Dice el mencionado informe: «La Escuela de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional, se dice ser la mejor en Sur América. Esta es una institución grande con excelentes facilidades para la investigación e instrucción. Los estudiantes participan en problemas de investigación como parte de su enseñanza en Farmacología bajo la dirección del Dr. Mezey. En el día de mi visita los estudiantes estaban haciendo experimentos para determinar la sensibilidad relativa de varias especies de ranas a los glucósidos de la digital. El trabajo estaba llevándose a cabo en un grande y bien iluminado laboratorio supliido adecuadamente con equipo especial. Las oportunidades ofrecidas en este curso son valiosas, y especialmente para los mejores estudiantes quienes tienen una importante influencia en el mantenimiento de los altos standards de intrucción». (Copiado de Repertorio de Medicina y Cirugía, Vol 5, pág. 39 1949).

El tercer laboratorio de farmacodinamia fundado por el suscrito y dirigido desde su fundación (1943) por el mismo en calidad de Profesor titular de la materia es el de la Facultad de Medicina de la Pontificia Católica Universidad Javeriana de Bogotá. Allí se llevan a cabo las prácticas de farmacodinamia informándose los estudiantes experimentalmente del modo de acción de las drogas. Además, grupos de estudiantes llevan a cabo trabajos de investigación dirigidos por el suscrito. En dos ocasiones han merecido estos trabajos orientados por mí pero realizados por los estudiantes, el premio «Ramírez Johns» de la Universidad Javeriana. En el tan discutido informe de la Misión Médica Norteamericana dice el Profesor Cattell: «La otra Escuela de Medicina de Bogotá de la Universidad Javeriana, también tiene provisión de instrucción en laboratorio. Esta escuela fue iniciada hace cerca de 5 años y ocupa un espacio en los viejos edificios de la Universidad. El departamento de Farmacología tiene como Jefe al Dr. K. Mezey, un bien entrenado Farmacólogo húngaro quien vino a Bogotá hace 6 años. El Dr. Mezey está activamente interesado en la investigación y ha publicado varios estudios buenos en periodicos Norteamericanos». «En la Escuela de la Javeriana los grupos de clases son pequeños y to-

trabajando en la acción de algunos extractos de plantas sobre la presión arterial del perro y con respecto a la actividad sobre músculo liso en segmentos del intestino del conejo. Esto significa una práctica excelente para los estudiantes una vez que ellos estaban participando en problemas de investigación asignados por el Dr. Mezey».

El cuarto laboratorio de Farmacodinamia en el país ha sido fundado por el Dr. Gonzalo Montes, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el año de 1945 y es indudablemente un lugar de enseñanza y de investigación que equivale en cuanto a su programa y realizaciones investigativas, a otros centros similares en el extranjero.

Muy estimado Profesor: le ruego el favor de perdonarme lo extenso de la presente pero conociendo su desvelado interés por todo lo que se relacione con la Ciencia Médica Nacional me he permitido hacer las anteriores aclaraciones.

Soy de Ud. atento servidor y amigo,

Prof. Dr. K. Mezey

NOTA: Con mucho gusto publicamos la carta del Prof. Mezey, aceptamos sus datos y reconocemos la equivocación de la redacción.

---

### DR. CARLOS ARTURO CABAL

ANTIOQUIA MEDICA se asocia al sentimiento general que ha causado la muerte de este distinguido ciudadano, quien actualmente ejercía con lucidez el rectorado de la Universidad del Valle.

Fueron numerosos los lazos de unión de la Facultad de Medicina de Antioquia y la Facultad de Medicina del Valle por intermedio del Dr. Cabal y por ellos nos pudimos dar cuenta de la gran capacidad, sensatez y patriotismo que animó al Dr. Cabal para la creación e iniciación de la nueva Escuela de Medicina; por esto consideramos su desaparición como una gran pérdida. A la Universidad del Valle y en especial su Facultad de Medicina presentamos nuestro cordial sentimiento.



**SESION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DEL 1o. DE OCTUBRE**

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín en la Facultad de Medicina el día 1º de octubre a las 6 p.m., se reunió la Corporación bajo la presidencia del Dr. Alfredo Correa Henao con la asistencia de los siguientes académicos: Arango Vieira Alfonso, Arango Oriol, Barrientos Marcos, Botero Díaz Gonzalo, Correa Henao Alfredo, Gil Sánchez Iván, Medina Mejía Edmundo, Mejía C. Benjamín, Mejía C. Alfonso, Mejía Rafael J., Peláez Botero Jesús, Rodríguez Elkin, Quevedo Tomás, Robledo Emilio. Dejaron de asistir con excusa los académicos Luis Carlos Montoya, Miguel Múnera Palacio, A. P. Rodríguez Pérez, y David Velásquez C.

La presidencia concedió la palabra al académico Dr. Rafael J. Mejía quien hizo una brillante exposición sobre «**Nuevos Conceptos sobre Vacunación Antituberculosa**». Durante esta conferencia el Dr. Mejía hizo una reseña muy completa sobre sus observaciones en los distintos países de suramérica por él visitados recientemente.

Terminada su exposición hicieron comentarios a ella los Drs. Benjamín Mejía C. Jesús Peláez Botero, Edmundo Medina y Hernando Velásquez. El Dr. Peláez Botero manifestó que la preparación del BCG era automática y que el producido entre nosotros, según su concepto y el del Dr. Rafael J. Mejía, era igual al de cualquier otro país y que convendría que la ciudadanía se enterara de ello. Durante esta discusión el Dr. Rafael J. Mejía manifestó que el equipo para montar un laboratorio para la producción de tal vacuna solamente valdría unos \$ 20.000.00 y que este había sido el proyecto hace más o menos unos dos años, para lo cual se habían contratado los servicios del Dr. Gracián pero que desafortunadamente ello no se pudo llevar a efecto y poco después fundaron el laboratorio en Bogotá de donde han estado recibiendo la vacuna hasta esta fecha.

El Dr. Rafael J. Mejía explicó claramente que la vacunación antituberculosa se hizo por primera vez en Antioquia y eso después de haber tenido una enorme dificultad para convencer al gobierno seccional de que ella era necesaria e inocua y relató como en aquella época, siendo gobernador el Dr. Pedro Claver Aguirre, éste se asesoró de una junta de distinguidos médicos de la ciudad entre ellos el Dr. Alonso Restrepo, para que éstos dieran su opinión sobre si se debía implantar la vacunación antituberculosa o no; en ese entonces el Dr. Alonso manifestó que los señores fisiólogos eran verdaderamente los autorizados en esta materia y todos fueron partidarios de que la vacunación se llevara a efecto. Fue en esta forma como se realizó la primera vacunación antituberculosa en el país. El Dr. Rafael J. consiguió en ese entonces la vacuna en Venezuela por intermedio del profesor Gabaldó quien se las envió durante 3 años en forma gratuita hasta que se fundó el laboratorio en Bogotá.

El Dr. Mejía informó a la Academia que las directivas de la Organización Mundial de las Naciones estaban dispuestas a colaborar con Colombia en una campaña intensa de vacunación contra la tuberculosis y que solamente habían exigido que el Gobierno de Colombia hiciera por conducto del Ministerio de Higiene la solicitud correspondiente a la UNICEF. Así mismo manifestó el Dr. Mejía que desde el año pasado, en su calidad de Jefe de la Campaña Departamental, había dirigido una carta en tal sentido al Jefe de la Campa-

ña Nacional Dr. José Pablo Leyva y aún no habían resuelto nada. A este respecto el Dr. Benjamín Mejía pidió que la Academia se dirigiera nuevamente al Ministerio de Higiene para pedirle que se hiciera tal solicitud.

Terminada la sesión científica se leyó el acta del día 17 de septiembre la cual fue aprobada sin modificaciones. También se aprobó una resolución por la cual la Mesa Directiva a nombre de la Academia había expedido con fecha de septiembre 27 para hacer Miembro Honorario de la Corporación al eminente médico norteamericano Dr. Leo Ringler.

Después de leídas algunas comunicaciones se leyó el informe de la comisión que estudió el proyecto de reforma del reglamento y por unanimidad se aprobó la proposición con que terminaba el informe. «La Academia de Medicina de Medellín, aprueba las modificaciones al reglamento presentadas por la comisión de la mesa y el Dr. Tomás Quevedo en la sesión del 17 de septiembre del presente año». Debe advertirse que antes de ser aprobada esta proposición se le hicieron algunas modificaciones al mencionado proyecto de reforma. (Véase copia en los archivos de la Secretaría).

Se convino en sacar copias mimeográficas del reglamento tal como quedó aprobado y enviarlas a cada uno de los académicos.

En la discusión del proyecto de reforma del reglamento intervinieron los Drs. Jesús Peláez Botero, Emilio Robledo, Rafael J. Mejía, Alfredo Correa Henao y Marcos Barrientos.

Siendo las 8 y media de la noche la presidencia levantó la sesión y citó para el día 22 del presente en el que llevará la palabra el Dr. Benjamín Mejía C., sobre un tema de pediatría.

---

## CARTA AL SEÑOR MINISTRO DE HIGIENE

Medellín, octubre 6 de 1952

Señor Dr.  
**Alejandro Jiménez Arango**  
Ministro de Higiene  
Bogotá.

Muy apreciado Sr. Ministro:

Por comunicación del Dr. Rafael J. Mejía a esta Academia, nos hemos enterado de que las Directivas de la Organización Mundial de las Naciones Unidas están dispuestas a colaborar con Colombia en una campaña intensa de vacunación contra la tuberculosis y que solamente han exigido para ello que el Gobierno de Colombia haga la solicitud correspondiente a la UNICEF, por intermedio del Ministerio a su cargo.

Como el académico Rafael J. Mejía manifestó en su comunicación que desde el año pasado, en su calidad de Jefe de la Campaña Departamental, se había dirigido al Jefe de la Campaña Nacional Dr. José Pablo Leyva sobre este asunto y aún no había recibido ninguna respuesta, nosotros muy respectuo-



samente le rogamos a Ud. se sirva intervenir en este asunto que consideramos de suma importancia para el país.

Aprovechamos la oportunidad para manifestarle que el Dr. Héctor Abad Gómez es actualmente el Jefe de la Zona en la cual está incluida Colombia y reside en la ciudad de Lima. Si el Ministerio a su cargo, se dirige a nuestro compatriota, estamos seguros de que él hará todo lo posible para que la oferta antes mencionada se lleve a efecto.

Con nuestros mejores sentimientos por su bienestar personal y anticipándole los agradecimientos por la buena acogida que estamos seguros Ud dispensará a esta solicitud nos suscribimos del Sr. Ministro muy  
Atentamente,

Fdo. A. Correa Henao, M.D.  
Presidente

Fdo. Oriol Arango, M.D.  
Secretario.

## REGLAMENTO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN APROBADO POR LA  
CORPORACION EN SU SESION DEL 1° DE OCTUBRE DE 1952.

Art. 1° — La Academia de Medicina de Medellín tiene por fines:

a). — Propender por el adelanto de la medicina y por los intereses de la profesión.

b) — Servir de cuerpo consultivo a las entidades públicas y en especial a los gobiernos departamental y municipal, en cuestiones médicas;

c). — Ocuparse, aunque no sea consultada, si ella lo cree conveniente, de cualquier tema médico-social y dictar su opinión al respecto.

Art. 2° — La Academia se compondrá:

1° — De cuarenta Miembros de Número.

2° — Miembros Correspondientes.

3° — De Miembros Honorarios. El número de los Miembros Correspondientes y el de los Honorarios, será ilimitado.

Art. 3° — La Academia se reunirá ordinariamente dos veces al mes; extraordinariamente cuando el presidente la convoque o a petición de 5 o más de los Miembros de Número.

Art. 4° — En las discusiones se seguirán invariablemente las normas parlamentarias.

Art. 5° — Para ser Miembro de Número de la Academia de Medicina de Medellín se requiere: ser Doctor en Medicina y haber sido Miembro Correspondiente.

Art. 6° — Las vacantes que ocurran en los puestos de Miembros de Número de la Academia de Medicina de Medellín las llenarán los Miembros Correspondientes mediante votación.

**Parágrafo:** La presidencia fijará la fecha en que debe hacerse la elección, por lo menos con 15 días de anticipación.

**Parágrafo:** La elección se hará por votación secreta y para ser válida se necesitará que uno de los candidatos obtenga la mayoría absoluta de los votos, en relación con el número de asistentes a la sesión.

**Parágrafo:** En caso de que ninguno de los candidatos obtenga la citada mayoría, la votación será limitada a los dos candidatos que hayan obtenido mayor número de votos.

**Parágrafo:** Para proceder a la votación será necesario que haya presentes en la sesión de la Academia por lo menos diez Miembros de Número.

**Art. 7°** — Los Miembros Correspondientes no tendrán voto en la elección de los Miembros de Número.

**Art. 8°** — Los académicos de número podrán ocupar sus sillones desde la sesión siguiente a la de su admisión y cada uno de ellos entará obligado a presentar a la consideración de la Academia un trabajo científico en el curso del primer año contado a partir del día en que se le recibió como tal.

**Art. 9°** — Para ser miembro correspondiente de la Academia de Medicina se requiere: 1° ser doctor en medicina o docto en cualquiera de las ciencias afines; 2° presentar un trabajo inédito y original sobre un tema médico o afín; 3° que el candidato sea propuesto por un Miembro de Número y aceptado por unanimidad en votación secreta.

**Art. 10** — El trabajo de ingreso de los miembros correspondientes será estudiado por una comisión de dos de sus miembros designada por la presidencia.

**Parágrafo:** Esta comisión rendirá informe sobre dicho trabajo y de acuerdo con las condiciones éticas y profesionales del aspirante propondrá a la Academia su aceptación y la elección se verificará en la sesión inmediatamente posterior.

**Parágrafo:** La aceptación deberá ser por unanimidad en votación secreta.

**Parágrafo:** Una balota negra es suficiente para descartar el aspirante.

**Art. 11** — Dicho trabajo será leído el día de la recepción y las conclusiones discutidas en la misma forma acostumbrada para con los trabajos de los miembros de número.

**Art. 12** — Los miembros honorarios serán elegidos por la Academia a petición de uno o varios miembros de número. Si fuesen extranjeros, se tendrá en cuenta para su elección el que hayan contribuido al intercambio científico con sus respectivos países, o a difundir entre nosotros las ciencias médicas.

**Art. 13** — La Academia de Medicina tendrá los siguientes dignatarios: Un presidente; un vicepresidente, un tesorero; un secretario.

**Art. 14** — Los dignatarios serán elegidos en la penúltima sesión anual; durarán un año en el desempeño de sus funciones y podrán ser reelegidos.

**Art. 15** — Son deberes del presidente: presidir las sesiones; convocar a extraordinarias cuando lo crea preciso; nombrar las comisiones permanentes y las accidentales; representar a la Corporación en los actos oficiales; ordenar los gastos.

**Art. 16** — Son deberes del vicepresidente: reemplazar al presidente en caso de falta temporal o absoluta.

**Art. 17** — Son deberes del secretario: llevar un libro de actas; sos-



tener la correspondencia; dar los informes que se le pidan; atender a la conservación de la biblioteca.

Art. 18 — Son deberes del tesorero: manejar los fondos de la Academia y llevar los libros correspondientes; presentar anualmente un informe escrito con el balance.

Art. 19 — Todos los miembros correspondientes podrán asistir a las sesiones de la Academia; tendrán voz y voto en cuestiones científicas y tendrán voz en cuanto se refiere al régimen interno de la Corporación.

Art. 20 — Cuando un Miembro de Número se ausente transitoriamente de la ciudad, no perderá ninguno de sus derechos en la Academia; si la ausencia fuese definitiva, pasará a la categoría de Miembros Correspondientes.

Parágrafo: Para efectos de este artículo, los señores académicos se servirán dar cuenta a la secretaría, cuando resuelvan ausentarse.

Art. 21 — Las conclusiones a que lleguen los autores serán discutidas en las sesiones ordinarias de la corporación; la Academia puede aceptarlas o nó, o sentar otras nuevas al respecto. Esto no significa que la Academia apruebe o impruebe los originales del autor.

Art. 22 — Cuando sean publicados los trabajos presentados a la Academia, junto con las conclusiones a que ella llegare, se publicarán las originales del autor, si él lo solicita.

Art. 23 — Los trabajos que se apoyen en documentos tales como: preparaciones microscópicas, microfotografías, negativos, dibujos etc., vendrán invariablemente acompañados de tales documentos, y éstos pertenecerán a la Academia, apruébense o no, tales trabajos.

Parágrafo. Queda entendido que los trabajos presentados son de propiedad de la Academia y que sólo podrán publicarse con su venia.

Art. 24 — La falta de asistencia a cinco sesiones consecutivas sin causa justificada y la no cancelación de las cuentas durante un año se consideran como dimisión y la secretaría dará de ello oportuno aviso a la comisión de la mesa para proceder a llenar las vacantes.

Art. 25 — Son deberes de los Miembros de Número; asistir puntualmente a las reuniones ordinarias y extraordinarias; desempeñar las comisiones que se les confíen; presentar a la corporación una ponencia cuando sean designados para ella.

Art. 26 — Los Miembros de Número y los Correspondientes, no ausentes, pagarán a la Academia una cuota de ingreso y una cuota mensual. Ambas serán fijadas anualmente por la comisión de la mesa.

Art. 27 — La presidencia puede ordenar erogaciones hasta por \$ 500.00 sin previa consulta con la Academia; pero queda obligada a dar cuenta de ello en la sesión inmediata a dicha erogación.

Art. 28 — Para cualquier erogación superior a la prevista en el artículo anterior, se requiere el consentimiento de la Corporación por mayoría de votos en una sesión.

Art. 29 — La Academia tendrá una insignia. La confección de dicha insignia y su uso por los académicos serán indicados por los reglamentos.

Art. 30 — Las sesiones de la Academia se suspenderán desde la segunda quincena de noviembre inclusive, hasta la segunda de febrero exclusive.

Art. 31 — Toda modificación al reglamento debe ser inscrita en la secretaría al menos con 15 días de anticipación a la próxima sesión, con el fin de que ésta informe a los académicos sobre el alcance de ella. Una vez que se presente tal modificación a la Academia ella deberá ser discutida y aprobada al menos por 21 académicos en dos sesiones consecutivas.

A. Correa Henao, M.D.  
Presidente

Oriol Arango M. M.D.  
Secretario

---

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### BOLETIN N° 20

#### MIERCOLES 1°

6 p.m. REUNION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

El tema central para el día, es:

«Nuevos conceptos sobre vacunación antituberculosa.

Ponente: Dr. Rafael J. Mejía.

#### JUEVES 2

9 a.m. R. C. T. Reunión de Clínica Tisiológica en el Hospital de «La María».

#### VIERNES 3

8 a.m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.

#### SABADO 4

8 a.m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica.

8 a.m. Entrevistas a los estudiantes que aspiran a ingresar a la Facultad de Medicina en el año 1959.

8 a.m. R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica.

#### JUEVES 9

### JORNADAS UNIVERSITARIAS. - CELEBRACION DEL DIA CLASICO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

9 a.m. Gran desfile universitario. Sale del edificio central de la Universidad, situado en la Plazuela de San Ignacio, hacia el lugar en donde se colocará la primera piedra para el edificio de la Escuela de Enfermería. En este acto llevará la palabra el Dr. Antonio Osorio Isaza, Director de Educación Pública del Departamento.

10½ a.m. Apertura de los laboratorios, anfiteatro y demás seccio-



nes de la Facultad de Medicina, para que sean visitados libremente por el público, y de igual manera la Escuela de Enfermería.

#### VIERNES 10

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

9 a.m. Santa Misa en la Escuela de Química de la Universidad de Antioquia e inauguración de su edificio. En este acto llevará la palabra el Dr. Gustavo Uribe Escobar, Rector de la Universidad.

Durante el día estarán abiertos los laboratorios de la Escuela de Química y todo el edificio, para que sean visitados por el público.

6 p.m. Acto a cargo del Liceo Antioqueño en el Paraninfo de la Universidad, a fin de otorgar la distinción al Profesor más meritorio de esta sección universitaria, y el premio Fidel Cano al estudiante más distinguido de todo el bachillerato.

8 p.m. Acto Académico en el Paraninfo de la Universidad. Entrega de diplomas a los Profesores Eméritos, Honorarios, Titulares y Agregados, a quienes la Universidad de Antioquia les confirió este título en el presente año, en virtud de sus merecimientos. En este acto llevará la palabra el Dr. Mario Aramburo, Decano de la Facultad de Derecho.

#### SABADO 11

8 a.m. Entrevistas personales a los estudiantes que aspiran a ingresar a la Facultad de Medicina en el año 1953.

9 a.m. Inauguración del «Aula Miguel María Calle» en acto solemne. Lectura de la dedicación y palabras del Dr. Miguel M<sup>a</sup> Calle.

11 a.m. ACTO DE EXTENSION CULTURAL EN EL AUDITORIO.

#### JUEVES 16

9 a 11 a.m. R. C. T. Reunión de Clínico Tisiológica en el Hospital »La María»

#### VIERNES 17

8 a.m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el Aula Braulio Mejía.

#### SABADO 18

8 a.m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica, en el Auditorium.

8 a.m. R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica, en el Aula de Clínica Obstétrica.

8 a.m. Entrevistas personales a los aspirantes a la Facultad.

11 a.m. Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad.

#### MIERCOLES 22

6 p.m. REUNION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDLLIN.

#### JUEVES 23

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

#### VIERNES 24

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

#### SABADO 25

8 a.m. Entrevistas personales a los aspirantes a ingresar a la Facultad de Medicina en 1953.

11 a.m. Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad.

9 a 11 a.m. R. C. T. Reunión de Clínica Tisiológica en el lugar de costumbre.

12 m. Terminación de los pénsumes y de las clases, para iniciar los exámenes finales el lunes 3 de Noviembre.

SABADO. NOVIEMBRE 1º 8 a.m.

Santa Misa en el Oratorio de la Facultad, por el eterno descanso de las almas de los muertos cuyos cadáveres han contribuido a la enseñanza en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

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

1. Entraron a formar parte del personal docente de la Facultad de Medicina por nombramiento del H. Consejo Directivo, los siguientes Doctores: Dr. Braulio Henao Mejía, Profesor Emérito de la Facultad de Medicina.

Dr. Alfredo Correa Henao, Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía Patológica.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Profesor Agregado en Clínica Interna para Gastroenterología.

Dr. Eusebio Ochoa, Profesor de Obstetricia, en reemplazo del Dr. Luis Tirado Vélez, quien pasó a Clínica Ginecológica.

2. Durante el mes de Septiembre la Universidad de Antioquia confirió el título de Dr. en Medicina y Cirugía a los siguientes señores:

Dr. Libardo López Restrepo. Título de la tesis: Observaciones sobre la Higiene y Patología del Carmen de Viboral (Antioquia).

Dr. Julio C. Ríos R. Título de la tesis: Difteria en Ríonegro (Ant.).

Dr. Jorge Gómez Isaza. Título de la tesis: Monografía de Dabeiba y algunos aspectos médico-sociales del ejercicio de la profesión.

3. Se ruega a los estudiantes de cada uno de los cursos de la Facultad, enviar al Decanato antes del 15 de Octubre los proyectos de determinación de fechas de los exámenes finales.

4. Salieron a especializarse al exterior los siguientes doctores:

Dr. Ramón Córdoba Palacio y Dr. Hugo Restrepo Orta, quienes ingresarán a varios centros universitarios de Suramérica a especializarse en Pediatría.

Dr. Oscar Robledo Restrepo y Dr. Horacio Restrepo Montoya, los que viajaron a España a especializarse en Psiquiatría, con becas concedidas por el Departamento de Antioquia.

5. El lunes 29 de Septiembre partió rumbo a Montevideo el Dr. A. P. Rodríguez Pérez a tomar participación en el Symposium sobre NEURONA Y SINAPSIS que se desarrollará entre el 6 y el 12 de Octubre, como homenaje a Ramón y Cajal que le hace el Centro de Cooperación Científica de la UNESCO para terminar los diversos actos que con dicho motivo se han venido desarrollando en esta ciudad capital del Uruguay. Este viaje lo hace para atender la invitación especial que le hizo la UNESCO.

6. El 3 de Noviembre del presente año saldrá hacia España el Dr. Alfredo Correa Henao para atender la invitación que le ha sido formulada por el Instituto de Cultura Hispánica de Madrid, a visitar a España en su carácter de especialista en Anatomía Patológica, con el fin de realizar intercambio cultural con este centro científico. Permanecerá el Dr. Correa Henao en España por espacio de tres meses en cumplimiento de su misión, y esperamos éxitos



cumplidos en su labor en beneficio de la cultura hispánica, al igual que la ha venido desarrollando en bien de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

7. La señorita Dora Echeverri Villegas, entra a fines del presente mes a ponerse al frente de la reorganización técnica de la Biblioteca de la Facultad, que ya empieza a adelantar los trabajos de dotación y de acomodación del 4º piso del edificio de la Facultad.

8. El Dr. Miguel Múnera Palacio salió de viaje a Estados Unidos, con el fin de realizar un curso de refrescamiento y de mayor especialización en Cardiología. Permanecerá en la gran nación del Norte por espacio de varios meses.

9. El Dr. Luis E. Abad C., ex-profesor de Clínica Obstétrica de esta Facultad, y ahora Profesor de Obstetricia de la Escuela de Enfermería, llega el 20 del presente mes a los cinco lustros de su vida profesional. Se graduó el 20 de Octubre de 1927 con la tesis que lleva como título «DIATERMIA Y SUS PRINCIPALES APLICACIONES CLINICAS». Actuó como Tribunal de grado el Dr. Manuel José Sierra, como Rector de la Universidad de Antioquia; el Dr. Juan B. Londoño, Decano de la Facultad de Medicina; y los Doctores Braulio Mejía, Gil J. Gil y Antonio Mesa, en su carácter de examinadores.

Este Decanato se complace en felicitar muy cordialmente al Dr. Abad C., por su arribo a las bodas de plata profesionales y en desearle larga vida para que continúe en la meritoria labor de hacerle bien a la humanidad.

10. La IV Convención Nacional de Oftalmología y Oto-rriño-larín-gología se reúne en la ciudad de Bucaramanga el día 27 de Octubre y dura hasta el 31 del mismo.

Desarrollará la Convención como temas oficiales los siguientes:

a) Foso séptico sinusal en Oftalmología. b) Estrabismo. c) Otorreas y tratamiento quirúrgico de la Ozena.

Habrán temas libres cuya inscripción debe hacerse antes del 15 de Octubre, y asimismo habrá un día dedicado exclusivamente a demostraciones quirúrgicas.

Por conducto de este Decanato, invitan a los especialistas a concurrir a esta Convención, los que deben hacerse inscribir antes del 15 de Octubre.

11. Actualmente se está llevando a cabo un Curso de Inspectores Sanitarios en la Facultad de Medicina, a cargo del Dr. Miguel Gracián, Profesor de esta Facultad, en coordinación con la Secretaría Departamental de Higiene.

12. En el mes de Noviembre se efectuará la «V Asamblea de Estudios Postgraduados en Endocrinología y Metabolismo» de «The Endocrine Society». La sede de esta Asamblea es Miami Beach, La Florida. En vista del magnífico resultado de la Asamblea efectuada en el año 1950, hay mucho interés en que la asistencia en este año sea más abundante.

13. El Primer Congreso Nacional de Neuropsiquiatría se efectuará en Bogotá en los días 11, 12 y 13 de Octubre. Oportunamente se darán a conocer los temarios de los trabajos que envíen los Neuropsiquiatras de esta ciudad. Este Congreso será de grande importancia, y como es la primera vez que se celebra, se espera que todos los señores médicos interesados concurren a él, y de esta manera se hace la invitación por medio de este Decanato.

14. De acuerdo con las actividades programadas para las Jornadas Universitarias del presente año, el jueves 9 de Octubre se celebra el Día Clásico de la Universidad de Antioquia, y por este motivo habrá receso de las actividades ordinarias de esta Facultad y de las diversas secciones de la Universidad.





19. En los días viernes 10 y sábado 11 de los corrientes, las actividades en la Facultad de Medicina continuarán normalmente.

20. Se ruega a los señores Profesores de la Facultad enviar al Decanato el título del texto guía que se ha de seguir en la Cátedra que cada uno regenta, y el número de ejemplares que se han de pedir, a la mayor brevedad posible.

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

---

## PROYECTO DE LEY

Sobre honores a dos eximios Prelados colombianos.

El Congreso de Colombia

### D e c r e t a :

Artículo 1o.—La Nación honra la memoria de los Excelentísimos señores Manuel José Cayzedo y Gregorio Nacienceno Hoyos, quienes durante más de medio siglo prestaron invaluable servicios a la Iglesia y a Patria en las Diócesis y Arquidiócesis de Pasto, Popayán, Medellín y Manizales. Se asocia a la celebración del primer centenario de su nacimiento, que preparan las ciudades de Medellín y de Granada, y ordena hacerse representar en las festividades por sendas comisiones de las dos Cámaras Legislativas.

Artículo 2o.—Como un homenaje permanente a tan ilustres prelados, la Nación se vincula a algunas de las obras de educación y beneficencia que ellos incrementaron con mayor afecto, en la forma siguiente:

a) En el Hospital de «La Misericordia», de Bogotá, se destinará un pabellón que llevará el nombre del Arzobispo Manuel José Cayzedo, con veinticinco camas permanentes, para cuyo sostenimiento se destina la suma de cien mil pesos (\$ 100.000.00) anuales, que se apropiará el Gobierno o el Congreso, a partir de la vigencia fiscal de 1952 en adelante;

b) En el Hospital de San Vicente de Paúl, de Medellín, se construirá un pabellón que, igualmente, llevará el nombre del Arzobispo Manuel José Cayzedo, con veinticinco camas permanentes, para cuya adquisición se apropiará en el Presupuesto de la próxima vigencia la cantidad de ciento cincuenta mil pesos (\$ 150.000.00) y para cuyo sostenimiento se destina la suma de cien mil pesos (\$ 100.000.00) anuales, que se apropiarán como se ordena en el aparte a) de este artículo;

c) Destínase la cantidad de cien mil pesos (\$ 100.000.00), que se apropiarán en el Presupuesto de la próxima vigencia, para la con-

clusión del edificio del Seminario Conciliar de Pasto y su biblioteca.

d) Destinase la cantidad de cien mil pesos (\$ 100.00.00) anuales para el sostenimiento de becas en el Seminario Conciliar de Popayán, las que llevarán el nombre de «Becas Manuel José Cayzedo», y se adjudicarán a hijos de familias pobres, por acuerdo conjunto entre el Excelentísimo Sr. Arzobispo de Popayán y el Director de Educación Pública del Departamento del Cauca;

e) Destinase la cantidad de cien mil pesos \$ 100.000.00) para la terminación del Seminario Conciliar de Manizales y su biblioteca, los que se incluirán en el Presupuesto de gastos de la próxima vigencia;

f) Destinase la cantidad de cincuenta mil pesos (50.000) para terminar la construcción del edificio destinado en Granada (Antioquia), al colegio de varones y que llevará el nombre de «Instituto Gregorio Nacienceno Hoyos». Esta cantidad se apropiará por mitades en los Presupuestos de 1952 y 1954;

g) El Instituto a que se refiere el parágrafo anterior, tendrá un auxilio anual para sostenimiento y biblioteca, de diez mil pesos (\$ 10.000.00), que se apropiarán en los Presupuestos Nacionales a partir de 1952, en adelante.

Artículo 3o.—Las apropiaciones que esta ley ordena se harán en el presupuesto de cada Ministerio, a cuyo ramo pertenezcan las obras acordadas, y el Gobierno queda facultado, si fuere necesario, para hacer el traslado que permita la efectividad de esta ley.

Artículo 4o.—Los pagos, garantías de inversión, etc., estarán sujetos a las normas reglamentarias vigentes.

Artículo 5o.—Cédese en favor del Hospital de San Vicente de Paúl, de Medellín, los impuestos nacionales del sorteo extraordinario de la lotería de dicha ciudad, que se llevará a cabo en el mes de Diciembre del presente año. Su importe será entregado al Síndico del Hospital por el señor Administrador de Hacienda Nacional de Antioquia.

Artículo 6o.—Esta ley regirá desde su promulgación.

Dada, etc.

Aprobada en segundo debate por el Honorable Senado en sesión de la fecha, en votación secreta por unanimidad de 28 balotas blancas

Bogotá, 29 de noviembre de 1951.

(Firmado).—El Presidente, **Gilberto Alzate Avendaño**.

El Secretario, **Alcides Zuluaga G.**



## NOTICIAS

Barranquilla, 9 de Octubre de 1952

Señores Directores de la  
Revista «Boletín Clínico»  
— Organó de la Facultad de Medicina de  
la Universidad de Antioquia —

**M E D E L L I N**

Muy apreciado colegas y amigos:

Tenemos el honor de dirigirnos a Ustedes, para comunicarles la reciente fundación de ésta Sociedad, cuyos Miembros Directivos son:

Presidente:                    Doctor César Campo y Campo  
Secretario-Tesorero:    Doctor Fernando Suárez Bornacelli

Nos ofrecemos gustosos a sus órdenes y, anticipándoles nuestras gracias por la acogida que den a esta comunicación en las páginas de la prestigiosa Revista Científica que dirigen, nos suscribimos como sus más attos. ss. ss., amigos y colegas,

**SOCIEDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
DEL ATLANTICO**

**Dr. Fernando Suárez Bornacelli,**  
Secretario