

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 5

— MEDELLIN, MAYO DE 1955

— NUMERO 4

Continuación de "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"

Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.

Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad

Dr. Rafael J. Mejía
Presidente de la
Academia

REDACTORES JEFES:

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

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

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Sr. William Rojas M.

ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

Dora Echeverri

Directora de Biblioteca Médica

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

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente.

Dirección:

"ANTIOQUIA MEDICA"

Facultad de Medicina de la U. de A.

Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38

SUMARIO:

TRABAJOS ORIGINALES

Página

Pielografía Directa por Punción. - Dr. Gustavo Calle U. 353

Púrpura Trombocitopénica de Origen Tóxico. - Drs. Arturo Pineda G., y Fernando Gartner 373

Tratamiento del Paludismo. - Dr. Juan B. Pérez C. . . . 375

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Boletín N° 3 377

Boletín N° 4 382

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 43 388

NOTICIAS

VI. Congreso Internacional de Hidatilogía 399

Cátedra de Dermatología de Buenos Aires (Argentina) . . 400

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

VOLUMEN 5

— MEDELLIN, MAYO DE 1955 —

NUMERO 4

TRABAJOS ORIGINALES

PIELOGRAFIA DIRECTA POR PUNCION

(*) DR. GUSTAVO CALLE URIBE
PROF. DE UROLOGIA
Fac. de Medicina de la U. de A.

COMENTARIO OBLIGADO

(Exposición hecha en la sesión del 23 de marzo /55).

Habiendo producido mi trabajo, una vez leído en la Academia de Medicina, una extraña reacción de desagrado en algunos que íntimamente están ligados a estas lides de la Urología debido al hecho de la presunta originalidad que ellos alegan yo quise darle a este estudio, es necesario que tenga que ampliar un poco más en este comentario los datos relacionados con la investigación y la iniciativa que me guiaron para completar el número de casos que a la consideración he traído.

En primer lugar no aspiré a la originalidad del mismo ya que en la iniciación hago alusión muy claramente a una publicación similar que apareció sobre 4 casos cuando yo ya llevaba 12 adelantados en esa fecha. Además cuando usé el tiempo pasado al enumerar la frase "creía en la originalidad del mismo"; explica sencillamente la realidad de lo ocurrido.

No obstante se me trajeron para argumentar algunos otros trabajos ya publicados para quitarle fuerza e interés al estudio que me propuse llevar a cabo y de los cuales no hice mención ninguna. Uno

(*) Trabajo de investigación presentado en la Academia de Medicina de Medellín, y leído en la sesión de marzo 9/55.

de ellos por ignorarlo no fue mencionado, como tampoco fue mencionado siquiera en la Bibliografía del trabajo de los Drs. Weens y Florence de Atlanta (Journal of Urology 1954). Dicho caso publicado en el libro "Clinical Urography" de Braasch y Emmett en las notas Misceláneas en la página 712 al final del libro se refiere a una publicación que en esa fecha todavía no había salido en prensa (Vest, S. A.: Diagnosis and Management of Benign Renal Cyst. In press.) y en la cual dicho autor menciona el caso de un niño recién nacido que teniendo una gran masa que ocupaba el flanco izquierdo y con un diagnóstico de presunción entre un tumor, un quiste o una hidronefrosis congénita, fue puncionada la masa y aspirada después de lo cual se le inyectó medio de contraste y dio la imagen típica de una Hidronefrosis gigante. Una Nefrectomía se practicó.

Analizando a fondo este caso con los 22 que presento y aunque evidentemente se trata de la inyección de medio de contraste dentro de una inmensa hidronefrosis dista mucho de la orientación que le quise dar a los casos estudiados cual fue el estudio directo de las lesiones que afectaban el úreter de riñones que siquiera no eran palpables y por consiguiente muchísimo más difíciles para la colocación del medio opaco en su seno. Nótese cómo el mismo autor no le puso tanto cuidado al estudio en sí de las cavidades renales y del úreter cuando en la presunción diagnóstica figuraba la de quiste y tumor y cuando el título del trabajo que estaba en prensa figura con el de "Diagnóstico y manejo de los quistes benignos del Riñón". Considerado bajo este aspecto más bien parece un solo caso practicado por accidente y no en la forma sistematizada y claramente dirigida como los que incluí en mi publicación.

En el mismo texto el autor de la obra (Pág. 712) dice: "La posibilidad de hacer Urogramas en ciertos casos seleccionados por medio de la introducción de una aguja a través de la región lumbar **no ha sido ampliamente explorada o evaluada**". Su uso se ha sugerido en el diagnóstico diferencial de los quistes y tumores renales, "para evitar exploración quirúrgica". Este solo comentario habla muy claramente a favor de la importancia del estudio que me propuse llevar a efecto.

Los otros artículos el de K. Lindblom que apareció en el Vol. 68 N° 2 pág. 209 del "The Am. J. of Roentgenology" sobre "Diagnostic Kidney Puncture in Cyst and Tumors" y el de Dean A. L. aparecido en Trans. Am. Assoc. Genito-Urinary Surg., 32: 91-95, 1939 sobre "Treatment of solitary cyst of Kidney by aspiration" por sus solos títulos puede deducirse el significado tan diferente de sus textos en comparación con la finalidad que en mi estudio he buscado.

Introducción. Con este trabajo que traigo a la consideración de Uds., quiero cumplir el requisito indispensable para inscribirme como miembro Correspondiente de nuestra digna y muy apreciada Academia de Medicina de Medellín. Quería para ello traer algo de mérito y de algún valor científico y hasta la fecha de inscripción tenía la impresión de la originalidad en el mismo, ya que fueron solo la experiencia personal y las dificultades que se iban presentando en determinados casos de mi especialidad, los que me guiaron hacia el método de exploración urológica que a vuestra consideración presento.

En el Journal of Urology de Octubre 1954 los Dres. H. S. Weens y T. J. Florence de Atlanta traen un artículo con el nombre "Diagnosis of Hydronephrosis by Percutaneous Renal Puncture" refiriéndose en él a 4 casos similares a los 23 que en la actualidad llevo estudiados, demostrándose con esto una curiosa coincidencia a distancia sobre un mismo tema de estudio.

En esta publicación quiero incluir como trabajo preliminar igualmente el primer caso de PIELOSTOMIA MINIMA POR TROCAR a título de mención solamente, ya que se prestará para alguna otra publicación posterior un poco más completa sobre éste tema.

Con la nueva era que vivimos en cada una de las especialidades de la medicina, especialmente en aquellas de tipo quirúrgico como la Urología, la cirugía de conservación y especialmente la del riñón, requieren el recurso de una perfecta exploración urológica previa, para conocer no solo la lesión que lo afecta sino la causa que la determinó (esto en el tipo de las lesiones obstructivas determinantes de hidronefrosis, pielonefritis, pionesfrosis, litiasis, etc.). La falta de estos estudios y exploraciones han llevado hacia la nefrectomía muchos casos que en otra forma habían sido tratados por los métodos conservadores una vez conocida la verdadera causa determinante de la lesión renal.

Aun así, se ha creído que la Urología con todo su completo y admirable instrumental de exploración con que se dispone hoy en día, había llegado a la perfección y no se encontraban ya lesiones que no pudieran ser reconocidas. Pero a medida que unas cosas se van perfeccionando se van encontrando vacíos por otros lados y así se demuestra la necesidad de hallar medios para poder demostrar lesiones renales que de otra manera se hacían inexplorables.

Con cuanta frecuencia no encontramos riñones que no se hacen visibles al Urograma excretor y en los cuales el estudio endoscópico, el cateterismo retrógrado y la pilografía ascendente son impracticables por

razones de imposibilidad técnica, así sea el equipo que se posea para ello?.

Los casos que presento a continuación en este estudio como prueba objetiva irrefutable, demuestran que se puede considerar abierto el camino para un nuevo método de exploración renal, especialmente dedicado a la patología del úreter y que ha sido de un valiosísimo auxiliar en el diagnóstico de los casos en los cuales lo he practicado y por lo cual se ha podido llegar a la cirugía mínima de conservación y no de excéresis total. A este método debería dársele el nombre de **PIELOGRAFIA DIRECTA POR PUNCION**.

Este nombre cuyo título sugiere solo el estudio Radiológico de las vías de excreción renal (cálices, pélvis, úreter) no solo tiene como campo de acción el de la inyección directa del medio de contraste, sino que también sirve para extraer la muestra de orina exenta de toda contaminación para el estudio citológico, bacteriológico, etc., supliendo así en forma completa el cateterismo ureteral que era impracticable.

Además, en dos casos lo he encontrado de gran valor como único y provisional tratamiento contra el dolor irreductible del cólico nefrítico por obstáculo en los cuales todas las medidas para quitarlo habían fracasado, inclusive el cateterismo ureteral como ocurre en los casos de cálculos ureterales impactados e inmovilizables. En dos pacientes en estas condiciones la punción directa de las cavidades renales facilitó la evacuación inmediata de la pélvis sobredistendida obteniéndose con ello la supresión inmediata del fenómeno doloroso dándole así al paciente bienestar y al médico un poco de tiempo y calma para poder tomar una determinación más efectiva.

En un principio cuando empecé a elaborar la idea y proyecto de punción de la pélvis renal, algunos de mis colegas creían el procedimiento bastante irrealizable, difícil, casi impracticable y por consiguiente de dudosa utilidad, pero la facilidad y ausencia de fracaso en los 23 primeros ensayos ha demostrado lo contrario con lo cual es posible que a medida que se vaya intentando en otras partes con idénticos resultados pueda estandarizarse como método de exploración corriente. Por el momento me atrevo a considerarlo de gran porvenir.

Indicaciones. Considero como principal indicación aquellos casos de patología ureteral que hacen impracticables los cateterismos. Fuera de esto se encuentran todos aquellos casos en los cuales el órgano renal no ha podido ser definido por las pruebas de exámenes conocidas hasta el presente y los cuales generalmente eran llevados a la Nefrectomía considerándose el órgano funcional y anatómicamente perdido.

No es necesario que el órgano sea palpable para poder ser puncionado (como ocurriría en las hidronefrosis gigantes y en los escasísimos casos de las publicaciones conocidas hasta ahora) pues en las observaciones que presento, la mayoría se refieren simplemente a hidronefrosis Grado I y otros a riñones retraídos, fibrosos, pequeños, como en los de TBC y de una Pionefrosis.

Contraindicaciones. - Francamente me atrevo a dudar de ellas, aunque el tiempo y la experiencia en un mayor número de pacientes estudiados serían los indicados en decir lo contrario; pero analizando el problema no se vé que pueda haber posibilidad alguna de peligro en una exploración tan simple y fácil que no requiere anestesia, que no penetra peritoneo, que solo atravieza territorio muscular y la atmósfera grasosa perirenal y que como medio de contraste se usa el mismo que para la Urografía que se inyecta por vía venosa. Podría alegarse que quizás con la aguja podría perforarse o puncionarse el parenquima renal lo cual no tiene la más mínima importancia ya que algunos autores como Iverson han publicado casos de biopsia de riñón por aspiración ("Aspiration biopsy of kidney" Am. J. Med. 11:324-330, 1951).

Fuera de esta consideración en 4 casos traídos en esta publicación se presumió la penetración de la pelvis o cálices a través del parenquima dada la resistencia obtenida en la aguja y la aspiración de ligera cantidad de sangre en la jeringa antes de obtener orina. El caso de la Piolostomía mínima por punción se hizo en idéntica forma habiéndose penetrado por el parénquima, lo cual se pudo comprobar posteriormente en el 2º tiempo quirúrgico a que hubo de ser sometido el paciente.

Otra de las posibles complicaciones cual sería la penetración de la aguja a la Aorta o a la Cava, tampoco presenta el menor problema, lo cual es demostrado por los estudios y estadísticas que hay publicadas sobre Aortografías y teniendo todavía en cuenta que la aguja que se usa en la Aortografía es el doble de calibre a la que se usa en la punción renal. La penetración del pedículo renal por la aguja, si mucho daría lugar a un ligero hematoma. En 3 casos he obtenido sangre abundante que se presume pudo haber sido por punción del pedículo. Simplemente se ha retirado la aguja y cambiado de dirección para obtener la muestra clave de orina.

Técnica. - En relación con el instrumental el más simple que pueda imaginarse: una jeringa de 30 c.c. y una aguja larga de unas 3 pulgadas, preferible de bisel largo para hacer menos dolorosa la punción.

En los dos primeros casos que traigo en las observaciones coloqué el paciente en decúbito lateral para hacer la punción y por ello en esas placas no se vé la imagen Radiológica de la aguja ya que después de inyectado el medio de contraste y para poder colocar en posición al enfermo, hubo necesidad de sacar la aguja. En los otros casos coloqué primero el enfermo en posición correcta en la Mesa Radiológica en decúbito ventral y después de la desinfección de rigor de la región se ha procedido a la punción a nivel del ángulo costo-lumbar (unión de los músculos de la masa lumbar con la última costilla) y dirigiendo la aguja hacia adentro, abajo y arriba usando mucho la imaginación en relación con la posición anatómica del riñón, se va penetrando a medida que se aspira con el embolo, hasta que bruscamente sale la orina en la jeringa.

En algunos casos cuando el primer intento ha fracasado, me ha servido muchísimo la guía previa que se obtiene con una buena placa simple que trate de limitar bien el contorno del órgano y en el cual mediante su posición topográfica con relación a las apófisis transversas de las vértebras lumbares se puede orientar muchísimo mejor la punta de la aguja.

Una vez obtenida la muestra de orina por aspiración directa y la cual sirve para los exámenes de rigor (citológico, bacteriológico, cultivos, etc.) se inyecta igual cantidad de la retirada (30 c.c.) de cualquiera de los medios de contraste que existen en el comercio a la concentración al 35% (Nosylán, Uroselectán, etc.) el cual al diluirse en el excedente de orina que queda retenida apenas dá una concentración suficientemente nítida para lograr una imagen Radiológica perfecta. Solamente cuando se sospecha una gran Hidronefrosis es necesario aspirar mayor cantidad de orina para reemplazarla por medio de contraste o retirando poca cantidad se deben usar los medios de contraste más concentrados para lograr mejor visualización por la dilución a la cual van a estar sometidos.

Inyectado el medio Iodado se toman inmediatamente las placas que sean de rigor antes de retirar la aguja ya que en caso de duda queda la posibilidad de inyectar mayor contraste y también porque una vez terminado el examen puede aspirarse lo más que se pueda el medio retenido para evitar fenómeno de irritación local, infección, dolor etc. ya que se presume esos riñones se encuentran en su mayoría obstruídos, o con mal drenaje.

Los dos primeros exámenes de este tipo los practiqué con ligera novocainización de la piel, pero en los restantes he prescindido de este

detalle y me he dado cuenta del poco dolor que han experimentado todos los pacientes lo cual demuestra lo relativamente insensible que es la zona en la cual se trabaja. En esta forma todavía más se simplifica la exploración. En ninguno de los casos estudiados se presentaron complicaciones o reacciones de alguna naturaleza.

OBSERVACIONES

1a. Observación.—Enferma de 37 años de edad. Paciente particular. Nombre A. C.—Desde hacía 17 años venía con crisis de infección urinaria y en el último mes con Hematurias y dolor lumbar derecho.

La Urografía (véase imagen N^o 1) sólo demostró eliminación por el lado izquierdo con absoluta falta de imagen en el lado derecho. En el lado izquierdo visible se observa dilatación uniforme de cálices y pelvis renales así como el úreter. Se procedió luego a una cistoscopia e intento de cateterismo bilateral. Se encontró que el úreter izquierdo presentaba en el mismo orificio una estenosis que hacía imposible el paso de la sonda. Igual resultado se obtuvo en el lado derecho.

En estas condiciones era imposible darse cuenta del tipo de lesión anatomoclínica sufrida por el riñón que no se visualizaba.

En posición lateral se procedió a la punción y al primer intento fue posible obtener una muestra de pus que difícilmente pasaba por la aguja. Luego se procedió a la inyección de Nosylán diluído al 12 y medio por ciento y se obtuvo la imagen típica de una Pionefrosis antigua con destrucción total del órgano.

En estas condiciones la enferma se llevó con entera tranquilidad y un verdadero criterio clínico a la Nefrectomía.

En la figura N^o 2 se vé la imagen renal después de inyectado el Nosylán directamente en el riñón. Como en éste caso la punción se hizo con la paciente en posición lateral, hubo necesidad de retirar la aguja para ser colocada la paciente en la mesa. Por esta razón no se vé la imagen de la aguja colocada como en las placas siguientes en las cuales se cambió de técnica.

2a. Observación.—Niña M. R. de 3 años de edad. Servicio Caja Previsión Social del Ferrocarril de Antioquia. Consulta por incontinencia de orina completa. El examen demuestra piuria intensa con B. K. positivo en el examen directo.

La Urografía excretora usando Nosylán subcutáneo mezclado con Kinadena muestra una magnífica eliminación de medio de contras-

te por el lado derecho. En ese lado se observa dilatación de pelvis y cálices con borramiento de la impresión de las papilas en los cálices inferiores y medio.

En ninguna de las placas obtenidas fue posible lograr visualizar el lado izquierdo por falta de eliminación. Se intenta entonces el cateterismo uretral el cual es técnicamente imposible dada la escasa capacidad vesical (20 c.c.) y el grado avanzado de cistitis.

Se procede entonces a la punción de la pelvis izquierda en posición lateral y al primer intento se logró obtener una muestra de orina francamente purulenta, la cual se envió al Laboratorio para los exámenes pertinentes. Después de aspirar 20 c.c. de orina se inyectó igual cantidad de Nosylán diluido al 12½% obteniéndose la imagen de la figura 4. Dicha imagen demuestra una TBC avanzada. Se practicó la Nefrectomía y se confirma el diagnóstico encontrándose un riñón completamente destruido por lesiones de tipo cavernoso, caseoso y ulcerativo.

Apesar de la corta edad de la paciente la punción se hizo sin anestesia sin el menor contratiempo o dificultad.

Observación.No. 3.—Enferma M. V. del servicio de Urología del Htal. de San Vicente de esta ciudad. Cama N^o 19.-Entra por dolor lumbar izquierdo y ligera hematuria que se presentó después de un traumatismo sufrido hacía 2 meses en la misma región.

La exploración clínica daba una vaga impresión a la palpación bimanual de una tumoración no muy definida en la región renal izquierda. Indolora con contacto lumbar y ligeramente depresible.

La Urografía intravenosa demostró eliminación normal por el lado derecho no mostrándose ninguna patología en ese lado. El lado izquierdo en ninguna de las placas mostró eliminación alguna. Se procede entonces a un cateterismo ureteral de ese lado y se inyecta el medio de contraste demostrándose una imagen curiosa que hace pensar en un tumor sólido que está llenando las cavidades pielocaliceales y por consiguiente dificultando la entrada del medio de contraste hasta ellas. Se repite por 2^a vez la pielografía retrógrada con idéntico resultado. Entonces antes de llevar a la enferma a la mesa quirúrgica se procede a una punción de la masa y se obtiene al primer intento orina pálida pero bastante turbia por pus. Esta es la primera punción que se hace con la enferma en decúbito ventral y por ello fue posible conservar la aguja la cual se vé claramente en la figura N^o 7.

Se retiraron 200 c.c. de orina de la cual se envió la muestra adecuada al Laboratorio. En este caso se inyectó igual cantidad de Yo-

duro de Sodio al 15% obteniéndose la imagen típica de una marcadísima hidronefrosis (figura N° 7). Terminada la exploración Radiológica se aspiró toda la orina posible y se lavó la cavidad con agua estéril sin que la enferma hubiera demostrado el más mínimo sufrimiento. No se usó ninguna anestesia. Llama la atención en este caso la diferencia de imagen de la pielografía retrógrada y la de la PIELOGRAFIA POR PUNCION DIRECTA.

Observación No. 4.—Paciente B. A. v. de C. de la cama N° 17 del servicio de Urología del Hospital de San Vicente de esta ciudad. Presentaba en el momento del examen una fístula ureterocutánea consecencial a una ureterocistoneostomía que se le había practicado. A esta enferma en una intervención ginecológica previa le había quedado una fístula ureterovaginal para lo cual se tuvo que intervenir en nuestro servicio con la complicación ya anotada.

En la Urografía de rutina pudo observarse muy mala eliminación del medio de contraste por ambos lados (figura N° 8). No obstante siempre se notaba en el lado derecho un ligero aumento del volumen de los cálices. Como a esta enferma se le comprobara una mala eliminación renal se descartó la posibilidad de una Nefrectomía derecha como cura de su fístula doblemente reproducida.

En estas condiciones se procedió a una PIELOGRAFIA POR PUNCION (figura N° 9) en la cual muy claramente se vé la imagen de las cavidades ureteropielocaliceales. Llamó considerablemente la atención la forzada acodadura posible responsable de la falla de la reimplantación del úreter en vejiga por estar provocando tiramiento.

En estas circunstancias se llevó la enferma a la cirugía para intentar nuevamente la reimplantación tomando cuidado antes de hacer la liberación de la brida ureteral y consiguiéndose con ello un magnífico muñón ureteral en longitud, lo cual facilitó considerablemente el acto quirúrgico.

Este estudio demuestra la gran utilidad del método que nos ocupa para facilitar el estudio radiológico del úreter. El hecho de colocar el medio de contraste directamente en la pelvis o en uno de los cálices facilita sobremanera el estudio de la fisiología ureteral, ya que procede en la forma más similar a lo normal, la evacuación de arriba hacia abajo.

Observación No. 5.—M. R. de la cama N° 24 del servicio Urológico del Hospital de San Vicente, Medellín.—Entra al servicio por fuerte dolor lumbar izquierdo que le quedó después de una Histerectomía practicada en uno de los Hospitales de Poblaciones

vecinas, hacía 6 meses. La Urografía demostró eliminación por el lado derecho un poco deficiente pero logra demostrar cavidades normales. Ausencia de eliminación por el lado izquierdo. Se intenta el cateterismo izquierdo y la sonda se obstaculiza a unos 4 cmtrs. de altura. No se obtiene orina y el medio de contraste se devuelve completamente a vejiga. Se presume ligadura quirúrgica del úreter. Se hace la PIELOGRAFIA POR PUNCION. Se retiran 20 c.c. de orina que se envían al Laboratorio y se inyectan 20 c.c. de Yoduro de sodio al 25% obteniéndose la Radiografía de la figura N^o 11 en la cual se puede diagnosticar dilatación completa de ese lado hasta un punto del tercio inferior del úreter donde se obstaculiza bruscamente el medio de contraste, no pasando nada a vejiga.

La enferma fue llevada a la cirugía con el diagnóstico de ligadura quirúrgica del úreter y se le practicó una Ureterocistostomía con colgajo plástico de vejiga, ya que el úreter no alcanzaba a dicho órgano.

Esta enferma apesar de presentar un estado de visible psiconeurosis toleró la exploración lumbar sin anestesia y buena cooperación.

Este caso no habiéndose podido explorar de otra manera habría sido posiblemente para Nefrectomía la cual pudo evitarse por el conocimiento de la integridad anatómica relativa del órgano. El examen de la orina extraída por punción nos llevó a ello.

Observación No. 6.—Aunque en este caso la exploración estaba por demás ya que presentaba un carcinoma avanzado inoperable de vejiga, la enferma fue sometida a la exploración por punción como rutina que he establecido en el servicio en los casos incateterizables. Paciente M. J. E. de la cama 18 del servicio de Urología del Hospital de San Vicente, Medellín. Entra por fenómenos avanzados de cistitis. Antecedente de estrechez uretral y cálculo vesical el cual había sido triturado hacía año y medio en este mismo servicio.

En la Urografía (figura N^o 12) puede notarse normalidad absoluta del lado izquierdo. El lado derecho solo muestra vagamente 3 sombras tenues que hacen pensar en una posible dilatación de las cavidades. La imagen vesical aparece amputada en toda su mitad izquierda. El examen cistoscópico demuestra un carcinoma infiltrante de la cara lateral derecha de la vejiga que compromete medio trígono. La biopsia lo demuestra. El cateterismo por consiguiente imposible.

La PIELOGRAFIA POR PUNCION practicada con mucha facilidad sin anestesia y al primer intento demuestra orina de aspecto claro que es enviada al Lab. Se retiran 20 c.c. los cuales se reemplazan por 20 c.c. de Yoduro al 25% obteniéndose la imagen de la figura N^o

13 en la cual se vé Hidronefrosis moderada derecha. Marcadísima aco-
dadura ureteral del tercio medio y amputación brusca del úreter a ni-
vel de la línea innominada de la pelvis, a la entrada de la excavación
pélvica. Como la lesión vesical derecha demostraba carcinoma avanza-
do se presumió una invasión del úreter en su tercio inferior.

La enferma no fue sometida a ningún tratamiento y murió poco
después en el servicio en toxemia aguda.

Observación No. 7.—M. A. enferma del servicio de San José, Hospi-
tal de San Vicente de Paúl, Medellín. Su sinto-
matología consistía en un dolor del flanco izquierdo. A la palpación se
aprecia una tumoración bastante dura del flanco y de la región lumbar
que hace pensar en un hipernefroma. Mal estado general, anémica, en-
flaquecida, mal apetito, debilidad y estado de fatiga.

La Urografía demostró buena eliminación por el lado derecho
dibujándose cavidades normales. Ausencia de eliminación por el riñón
izquierdo. Se toma una Pielografía retrógrada (figura N° 14) en la cual
se aprecian cavidades repletas de medio de contraste. La aspiración por
la sonda dejó salir pus cremoso espeso en escasa cantidad. Se hizo el
diagnóstico de pionesfrosis antigua enquistada.

No obstante tener el diagnóstico y no siendo de mucha necesidad
la Punción se llevó a efecto con facilidad, sin anestesia encontrándose
en este caso que con la aguja fue posible evacuar una gran cantidad de
pus bien ligado (50 c.c.). Luego se inyectaron 60 c.c. de Yoduro al
25% obteniéndose la imagen de la figura N° 15.

Como comentario en este caso para mayor indicación en la PIE-
LOGRAFIA POR PUNCION que en la Pielografía retrógrada lo daría
la ventaja de no destapar por vía ureteral un foco séptico enquistado en
el riñón el cual fácilmente puede abrir sus puertas de drenaje a veji-
ga haciendo la siembra a este órgano con sus complicaciones posterio-
res. Esto no hizo la más mínima reacción local, ya que en casos como
el presente se puede evacuar en su totalidad el contenido y aún se pue-
de inyectar por la misma aguja algún antibiótico o desinfectante. En
el caso presente se inyectaron 2 gramos de Dihidroestreptomina y
400.000 unidades de Penicilina disueltos en agua.

Observación No. 8.—Niño O. U. de 9 años de edad, del servicio So-
cial de la Cruz Roja. Desde hace un año viene
bajo control por una TBC urinaria diagnosticada muy incipientemente
por examen positivo de orina para B.K. Desde esa época ha venido en
tratamiento adecuado y en controles Urográficos periódicos cada 4 meses.

En las últimas urografías por comparación se va observando cambios limitados al lado derecho consistentes en menor concentración del medio de contraste y en la última Urografía se nota una imagen derecha aparentemente de dilatación. Digo aparentemente porque la eliminación por ese lado no fue suficiente para teñir bien las cavidades y dar buen contraste.

Procedo entonces a una PIELOGRAFIA DERECHA POR PUNCIÓN un poco difícil porque el niño de un temperamento exageradamente nervioso dificultó un poco el examen con sus movimientos. No obstante fue posible penetrar en la cavidad renal, tomar la muestra de orina, inyectar rápidamente el medio de contraste y retirar la aguja porque en sus movimientos la hizo salir.

Se obtuvo la imagen Radiológica que se observa en la figura N^o 16 de este trabajo. En ella se logra comprobar serio compromiso del riñón y por ello el caso se llevó a la Nefrectomía y la continuación del tratamiento médico.

Observación No. 9.—Paciente Dña. J. H. de R.-Natural de la ciudad de Cali Clientela particular. Viene a mi consulta por una tumoración móvil, dura, indolora del flanco derecho con 14 años de evolución. Circulación complementaria de la pared abdominal derecha. La Urografía no se tomó por antecedentes de intolerancia al yodo. Se piensa en un posible hipernefroma y se procede directamente al estudio retrógrado.

La Pielografía retrógrada derecha demuestra desviación del úreter hacia la línea media. Dilatación Grado II de la pelvis y cálices (figura 17). El polo superior del riñón se visualiza muy normal, no así el polo inferior el cual se encuentra desfigurado por una imagen de contorno circular muy grande que desciende hasta la fosa ilíaca y que en la figura aparece marcada por puntos. (imágenes Nos 17 y 18). En estas condiciones se presume un tumor del polo inferior y para aclarar la duda de si era un quiste o tumor sólido se procede a la punción, con la cual se logra extraer líquido citrino (175 c.c.) el cual es enviado al Laboratorio para su estudio. Se inyecta idéntica cantidad de medio de contraste diluido al 12½% obteniéndose la imagen (figura N^o 19) de un quiste del polo inferior de ese lado. El estudio del líquido demuestra que no es orina, sino líquido de quiste.

Se vuelve a extraer el contraste tratando de colapsar las paredes y evitando así el desplazamiento con colapso uretral por compresión extrínseca, causante de la hidronefrosis, para facilitar la evacuación de las cavidades renales.

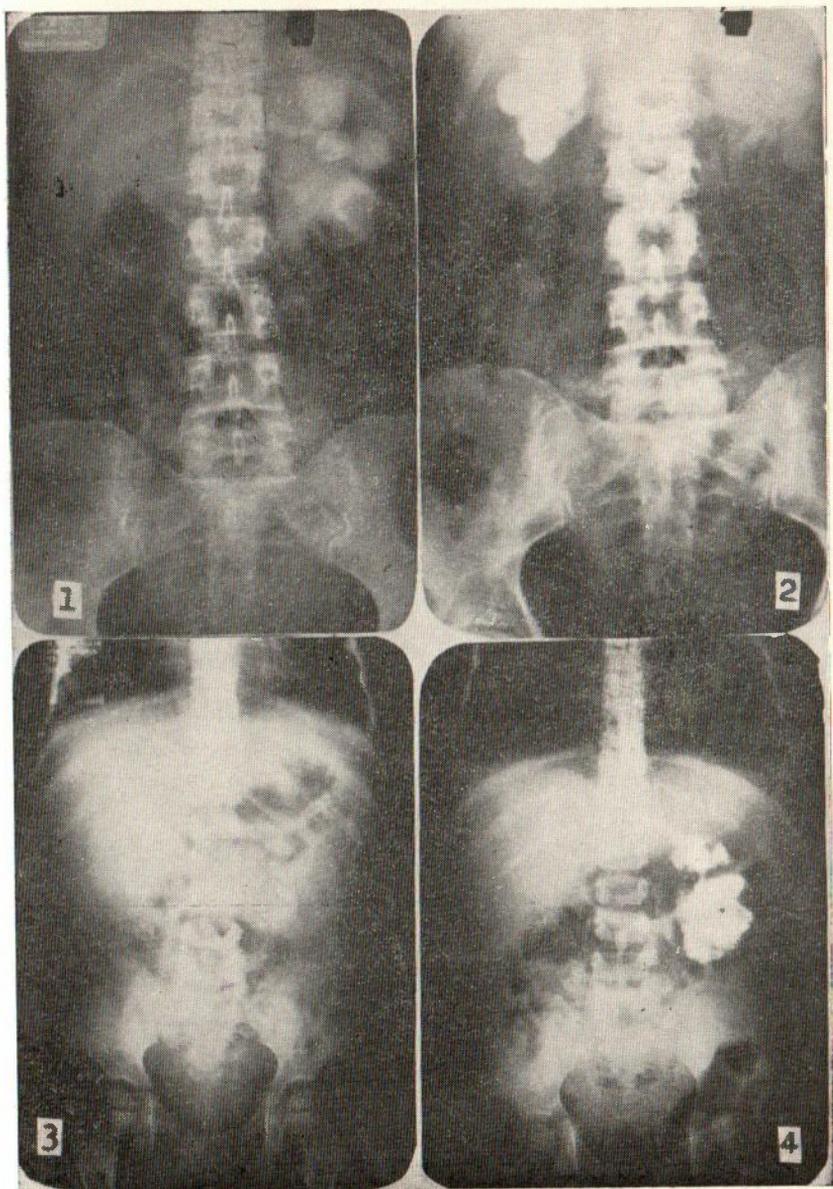
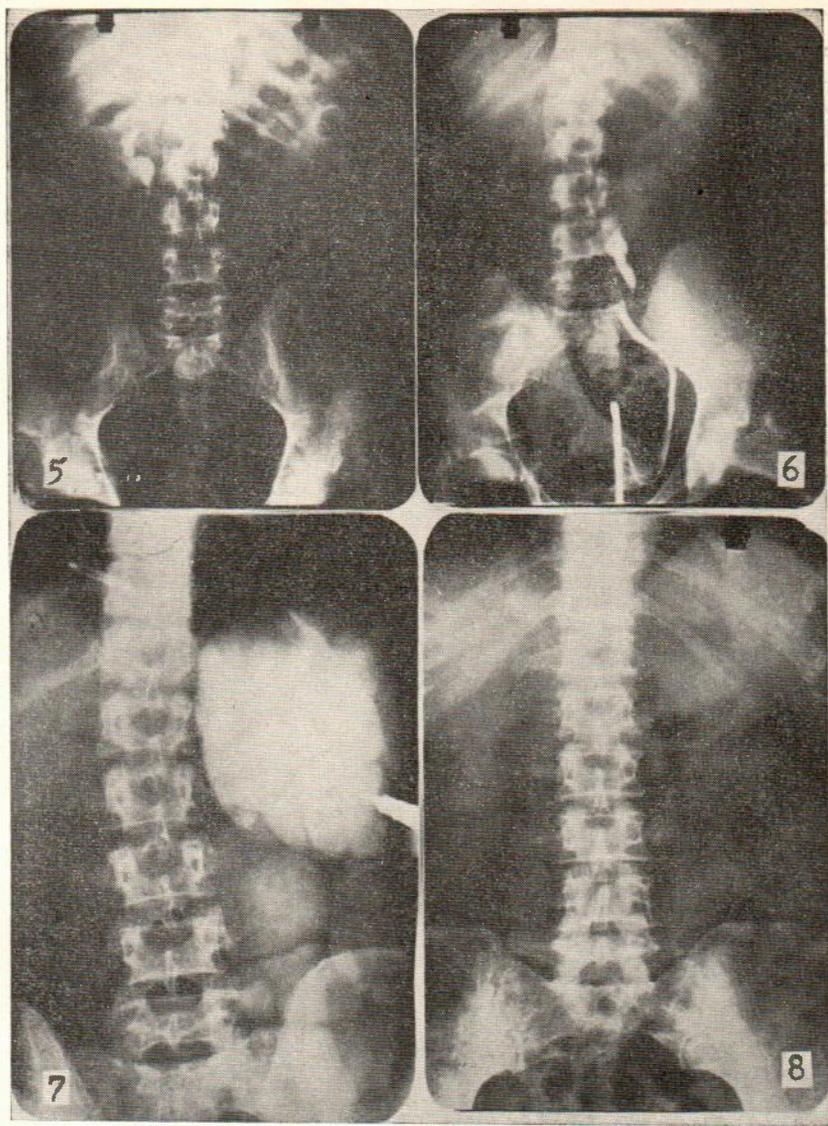


Fig. Nº 1. — Imagen obtenida por Urografía en la cual sólo se observa eliminación por el lado izquierdo y ausencia de eliminación por el derecho

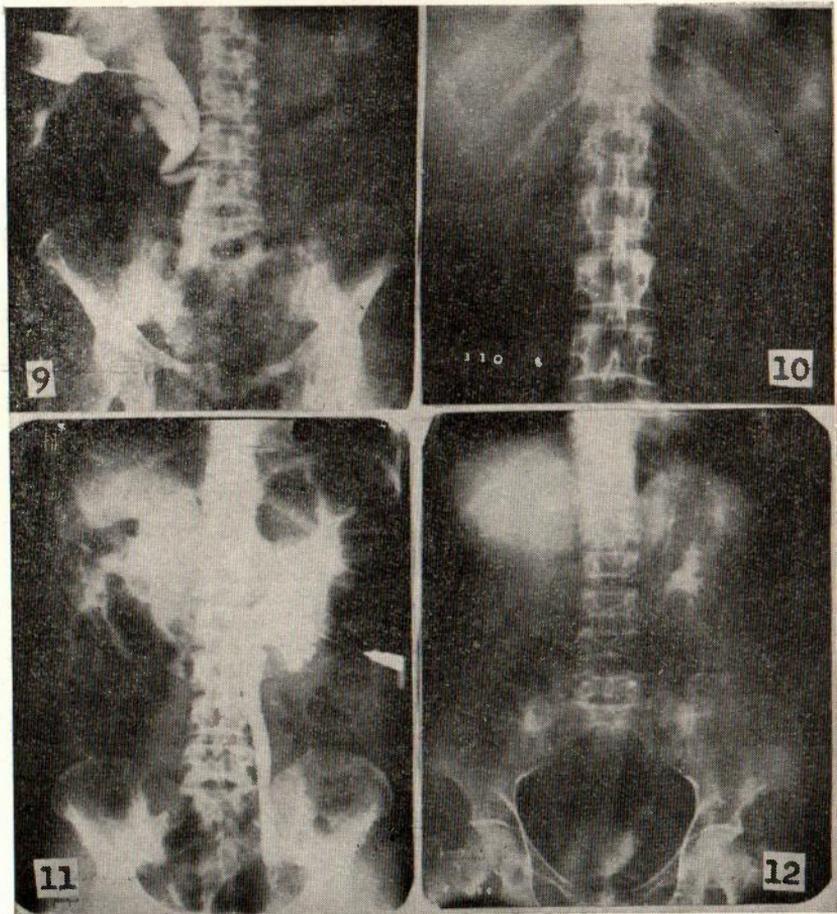
Fig. Nº 2. — Imagen obtenida del riñón derecho por Pielografía Directa por Punción.

Fig. Nº 3. — Urografía de la niña M. R. en la cual sólo se observa eliminación con marcada patología del lado derecho.
Lado izquierdo negativo en todas las placas.

Fig. Nº 4. — Imagen de la misma paciente niña M. R. después de inyectado el medio de contraste por punción en el lado izquierdo.



- Fig. Nº 5. — Urografía intravenosa de la enferma M. V. de la 3ª observación. Ausencia absoluta de eliminación por el lado izquierdo.
- Fig. Nº 6. — Pielografía retrógrada izq. de la enferma anterior, en la cual se nota falta de entrada del medio de contraste a las cavidades pieló-caliceales. Imagen de amputación completa, (tumor sólido?).
- Fig. Nº 7. — Radiografía de la misma enferma obtenida por Pielografía por Punción. Nótese la efectividad del método en este diagnóstico comparativo con la Pielografía retrógrada anterior.
- Fig. Nº 8. — Urografía de la enferma B. A. v. de C. relacionada con la observación Nº 4.



- Fig. Nº 9. — Pielografía por Punción de la enferma de la observación Nº 4.
- Fig. Nº 10. — Urografía de la enferma M. R. de la observación Nº 5. Se ve eliminación por el lado derecho no así por el izquierdo.
- Fig. Nº 11. — Pielografía Directa por Punción de la enferma de la Obs. Nº 5 y en la cual se ve claramente la aguja que sirvió para la punción y todas las cavidades de ese lado llenas de medio de contraste. En el extremo inferior del úreter se ve la amputación brusca del conducto, motivada por la ligadura.
- Fig. Nº 12. — Urografía intravenosa de la enferma M. J. E. de la Obs. Nº 6. Se visualiza el lado izq. absolutamente normal. El lado derecho muestra 3 sombras vagas que parecen corresponder a cálices dilatados. En la imagen de la vejiga se ve el lado der. amputado por neoformación.

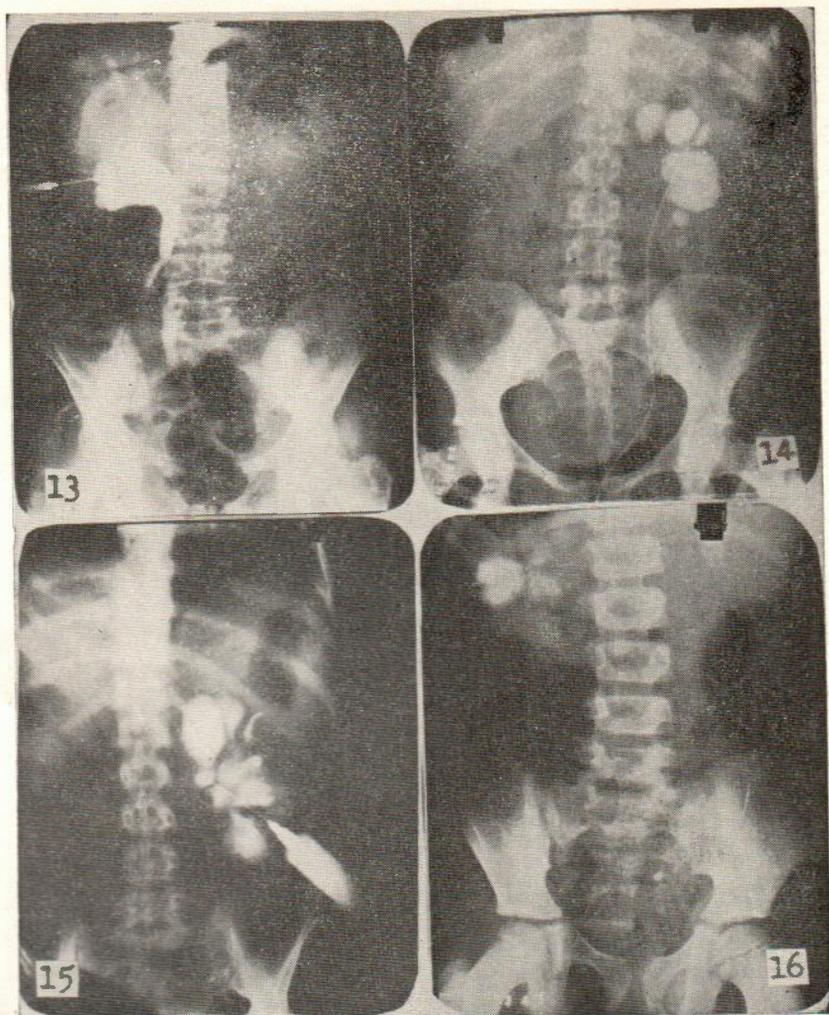


Fig. Nº 13. — Pielografía por Punción del caso de la Obs. Nº 6. Véase la aguja penetrando a través del parenquima al cáliz medio. Nótese qué bien se vé la imagen de acodadura ureteral en "z" forzada y la amputación a nivel del tercio medio con el inferior posiblemente debida a invasión neoplásica.

Fig. Nº 14. — Imagen radiográfica obtenida por Pielografía retrógrada del caso que se contempla en la Obs. Nº 7.

Fig. Nº 15. — Imagen Radiográfica obtenida del mismo caso de la Obs. Nº 7 después de inyectado el medio de contraste por Punción.

Fig. Nº 16. — Pielografía por Punción del paciente de la Obs. 8.

Hoy en día, 4 meses mas tarde, la enferma no ha mostrado todavía signos clínicos de replesión del quiste. Los síntomas locales desaparecieron totalmente.

Observación No. 10.—Enfermo de la Sala Perpetuo Socorro, Servicio Urológico del Hospital de San Vicente. Medellín.—Entra al servicio en pésimas condiciones físicas. Difícil para el examen y el interrogatorio por su estado de incoherencia mental debido a su estado tóxico.

La Urografía no dio ninguna luz de su árbol urinario por falta absoluta de eliminación en ninguno de los lados. El cateterismo ureteral imposible por obstáculo ureteral a 1 cmtrs de distancia del orificio. Se hicieron dos intentos de cateterismo ambos sin resultado. Signos de cistitis francos. No fue posible observar eyaculaciones ureterales.

Se pensó en la punción renal bilateral y se llevó a efecto con resultado positivo en el lado derecho al cabo del tercer intento y con dificultad ya que el paciente por una parte se encontraba muy excitado y nada cooperador y por otra parte debido a una fuerte deformidad física de su columna lumbar con acortamiento considerable de la región costoilíaca. El medio de contraste se inyectó y se tomó una placa (figura N° 20) la cual salió movida, ya que el enfermo era imposible mantenerlo quieto. No obstante en ella se aprecia marcada dilatación de úreter a nivel de la línea innominada. El intento de punción del lado izquierdo en 2 ocasiones no dio resultado positivo.

Este enfermo murió sin dar tiempo a una intervención para derivarlo (Nefrostomía o pielostomía), pero no obstante se llegó a un diagnóstico acertado.

Observación No. 11.—Enfermo N. N., de la cama N° 14 del Servicio Perpetuo Socorro. Hospital de San Vicente de Paul. Medellín. Figuran en la historia dentro de sus antecedentes fenómenos de Prostatismo y Hematurias. Al examen se encuentra como explicación de su primer síndrome una Fibrosis del cuello vesical.

La Urografía no demuestra nada debido a ausencia completa de eliminación del medio de contraste por ambos lados. En la placa simple se aprecian ligeras concreciones en las áreas renales cuya localización precisa por el examen anterior no se pudo definir. El intento de cateterismo ureteral para Pielografía retrógrada es infructuoso, ya que las sondas no pasan en ninguno de los uréteres por obstáculo bajo (estrechez ureteral?).

Repentinamente el enfermo entra en un estado séptico agudo renal con fuertes temperaturas y anuria. Durante su crisis aguda se procedió a la punción renal del lado derecho obteniéndose muestra de orina francamente purulenta, la cual se envió al Laboratorio. Se inyectó el medio de contraste y se obtuvo la imagen de la figura N^o 21. Allí se nota dilatación especialmente marcada del cáliz superior y obstáculo brusco a nivel del ángulo pieloureteral. Sobreponiendo la placa obtenida con la placa simple anterior, se comprueba que en dicho punto estaban las sombras calcáreas, por lo cual se demuestra el obstáculo mecánico franco causal de la distensión, dilatación, y retención renal en ese lado. Con la sola punción y aspiración mejoró el cuadro febril para volver a entablarse el mismo proceso por lo cual se apeló 2 o 3 días más tarde a la PIELOSTOMIA MINIMA POR TROCAR, figura N^o 22 primer caso que adjunto en este trabajo como anuncio preliminar de un nuevo método de derivación renal sin necesidad de apelar a un acto quirúrgico y anestésico de indicación peligrosa, dado el mal estado general de estos casos urgentes.

Observación No. 12.—Se trata del mismo paciente del caso anterior el cual una vez mejorado de su problema anuria por la PIELOSTOMIA MINIMA CON TROCAR se procedió a la exploración del otro riñón (izquierdo), que igualmente había sido incateterizable. Se hizo la punción renal un poco más difícil porque necesitó tres intentos hasta que logró obtenerse la muestra de orina.

Se inyectó el medio de contraste y se obtuvo la imagen de la figura N^o 23, la cual por un error del fotógrafo la impresionó al revés, pero en la cual se logra visualizar una marcada dilatación del cáliz inferior (lugar por donde entró la aguja). Amputación del cáliz superior y medio y una imagen en forma de banano de la pelvis, presentando brusco obstáculo en la unión úretero pélvica donde es posible encontrar algunas concreciones que en el acto quirúrgico posterior se pudo comprobar debida a un cálculo impactado y que obstruía completamente la luz del conducto ureteral en su iniciación.

Este caso se operó cuando el paciente, por la PIELOSTOMIA POR TROCAR, dio oportunidad debido a la mejoría que obtuvo en su primera derivación mínima renal.

Observación No. 13.—Se trataba de un niño de 7 años de edad que había sufrido un leve accidente traumático en la región renal izquierda seguido de hematuria. Ningún antecedente

anterior. Es un paciente de la Consulta Externa Urológica del Hospital de San Vicente.

Se toma la Urografía intravenosa en la cual (figura N^o 24) se aprecia eliminación del medio de contraste por ambos lados delimitando una ligera Hidronefrosis Grado I del lado derecho. Pelvis cónica de vértice inferior muy agudo, donde parece existir un obstáculo intrínseco ureteral de tipo congénito.

En el lado izquierdo se vé una imagen absolutamente irregular que parece corresponder a cálices dilatados pero no es posible obtener un diagnóstico de precisión.

En cambio de la figura N^o 25 (la cual como en el caso anterior fue impresionada la fotografía al revés) aparece la imagen obtenida por PIELOGRAFIA POR PUNCION, por la cual si es posible diagnosticar una Hidronefrosis Grado IV posiblemente de origen congénito.

La comparación de las dos imágenes de las figuras Nos. 24 y 25, demuestra la absoluta diferencia de la imagen obtenida por las dos técnicas y en la cual con el método directo por punción es posible obtener imágenes más nítidas y más reales.

Observación No. 14.—Enferma A. E. T. del servicio Urológico, Sala San José, quien entra con síntomas de cistitis y hematurias. Al examen Cistoscópico se encontró una lesión tipo neoplásica del trigono que invadía ambos orificios ureterales.

La Urografía intravenosa mostraba dilatación Grado I de ambos lados, marcándose únicamente los cálices. Ni las pelvis ni el úreter es visible en ninguna de las placas. (figura N^o 26).

El cateterismo imposible por la lesión antes anotada. Se hizo entonces una Punción izquierda y Pielografía por Punción en la cual se vé todo el trayecto (cálices, pelvis y uréter hasta su terminación) completamente inyectado y por consiguiente más apropiado para llegar a una conclusión definitiva. (figura N^o 27).

En la figura 27 se observa el riñón opuesto al puncionado debido a que todavía eliminaba el medio de contraste de la Urografía. La punción fue practicada después de la última placa del Urograma excretor.

A esta enferma se le habló de una Cistectomía total para lo cual prometió regresar.

Observación No. 15.—Enfermo de la Sala Perpetuo Socorro, cama N^o 28, de 12 años de edad y quien entra en Enero /55 con un terrible dolor tipo cólico sobre la región lumbar izquierda.

La Urografía Intravenosa (figura N^o 28) demuestra exclusión completa del lado izquierdo que no se visualiza en ninguna de las placas. En un principio se palpaba una tumoración muy dura en el flanco izquierdo durante la fase dolorosa pero a los 3 a 4 días de hospitalizado la tumoración desapareció totalmente.

En esas condiciones se llevó el enfermo a la punción renal y se obtuvo al primer intento orina de aspecto muy claro que al aspirar en su totalidad dio 15 c.c. de capacidad. Se inyectó idéntica cantidad de Yoduro de Sodio al 25% pero desgraciadamente hubo una falla en el aparato de Rayos X y el examen se perdió.

Dos días después hubo necesidad de repetir el examen nuevamente, obteniéndose una placa magnífica que demuestra (figura N^o 29) una Hidronefrosis posiblemente por lesión del ángulo pieloureteral de tipo congénito.

El paciente apesar de su edad, 12 años, toleró no solo el primer examen sino que aceptó el reptirlo cuando supo el inconveniente que había ocurrido. Esto es prueba definitiva de la poca molestia que le ocasionó el primero. En este caso y por consideraciones a su edad sí se usó la anestesia local por infiltración directa en el trayecto que debería atravesar la aguja, una solución de Novocaina al 1% en una cantidad de 4 c.c. en total.

Observación No. 16.—Paciente A. M. de la cama N^o 13 del Servicio Perpetuo Socorro del Hospital San Vicente. Después de completados los exámenes urológicos del caso se llega a la conclusión de una TBC. urinaria.

Estudiando las Urografías de excreción se observa mala eliminación por el riñón izquierdo en el cual aparentemente parece bastante comprometido por el proceso tuberculoso. El riñón derecho en cambio elimina libremente el medio de contraste y se demuestra aparentemente como normal, figura N^o 30. No obstante al hacer la Pielografía por punción se observa una brusca estenosis de unos 3 a 4 centímetros de longitud y la cual no se veía en ninguna de las placas tomadas por eliminación figura N^o 31.

Observación No. 17.—Enferma del Servicio Urológico Hospital de San Vicente. Sala San José. Entra con fenómenos intensos de cistitis y hematurias. La exploración Urológica demostró eliminación por el lado izquierdo. Se tomó la PIELOGRAFIA por punción figura N^o 32 en la cual se ve hidronefrosis y obstrucción del úreter por invasión del carcinoma.

Observación No. 18.—Entra al Servicio de Urología del Hospital la enferma A. E. Z. quien había sido operada anteriormente en el servicio Ginecológico para un Wertheim por Ca uterino. Posteriormente al acto quirúrgico quedó con incontinenencia de orina que fue posible diagnosticar debida a fístula uretero-vaginal izquierda. La PIELOGRAFIA POR PUNCION como puede verse en la figura N° 33 demuestra una buena integridad de las cavidades caliceales y solo dilatación de pelvis y úreter. En el extremo inferior se vé muy claramente el derrame del medio de contraste en la vagina en el punto exacto de la fístula.

Observación No. 19.—Posiblemente el caso más interesante que traigo en este trabajo debido a la luz inmediata que dio sobre el diagnóstico. Se trataba de el niño J. M. de 7 MESES de edad que hacía varios meses venía con crisis febriles que al cabo de los exámenes pediátricos se llegó a la conclusión que era de origen urinario.

La Urografia demostró en una de las placas dilatación muy grande de pelvis y cálices del lado derecho, pero no fue posible poder hacer un diagnóstico etiológico más preciso sobre esta hidronefrosis.

Debido a la escasa edad del paciente procedí a una PIELOGRAFIA POR PUNCION antes de hacer exploración endoscópica y fue posible obtener las placas de la figura adjunta N° 34-35 y 36 en las cuales claramente se comprueba no un obstáculo alto sino en el punto de desembocadura a nivel del orificio ureteral.

Con el diagnóstico ya preciso el niño fue llevado directamente a la exploración cistoscópica con anestesia y se le hizo una amplia electrocoagulación del orificio ureteral para buscar con la caída de la escara la permeabilización del úreter obstruído.

A los once días se comprobó la caída de escara y la destapada del riñón porque expontáneamente tuvo una micción francamente purulenta. Durante el plazo de esos 11 días se le hicieron dos punciones pélvicas de evacuación del contenido purulento del riñón y se aprovechó para colocar solución de Estreptomicina local. Una vez vino la evacuación renal con la caída de la escara cesó por completo la temperatura que venía teniendo el niño, ganó apetito y recuperó la vivacidad para sus juegos que había perdido.

Otra prueba más de la utilidad de este método en el estudio de la patología del úreter.

Observación No. 20.—Finalmente traigo este último caso de la Sala de Urología del Hospital de San Vicente, cama N° 25 de nombre Francisco Velásquez y de 65 años de edad, quien entra al servicio con síntomas de fuerte infección urinaria.

Al hacer los exámenes se encuentra como datos más objetivos un absceso gaseoso perinefrítico que es evacuado por punción en el lado izquierdo. La Urografía tomada previamente no demuestra eliminación por ese lado y sí una sombra calcárea en la pelvis ósea que parece corresponder a un coraliforme de un riñón ectópico. En el lado derecho se ven unos cálices dilatados y un poco de la pelvis. figura N° 37.

Se intenta cateterismo ureteral pero es imposible debido a la intensa cistitis con disminución considerable de la capacidad vesical.

Se hace la punción renal, la más difícil de comprobar la entrada de la aguja a las cavidades porque al aspirar solo fue posible extraer 2 c.c. de orina solamente. Creí en un principio que la aguja se había movido pero al hacer el intento de inyección se comprobó la facilidad conque entraba el líquido sin ocasionar ningún dolor. Al tomar la placa se pudo observar que la aguja penetró a través del parenquima al cáliz superior en todo su borde y por ello no permitía la aspiración de todo el contenido de la pelvis sino de la capacidad del cáliz (2 c.c.).

Nótese en la figura 38 la cantidad de patología Ureteral que había escapado al diagnóstico si esta exploración no se lleva a efecto (acodadura urétera, estrechez en la unión del tercio medio con el inferior y estrechez a nivel del orificio).

Observación No. 21.—Enferma del servicio San José. Hospital de San Vicente de Paúl. Síntomas de infección urinaria de varios años de evolución. La Urografía intravenosa demostraba un riñón sano del lado izquierdo y ausencia de eliminación por el lado derecho. El cateterismo ureteral derecho fue imposible por dificultad técnica. La sonda no entraba. Entonces se apeló a la punción renal de ese lado demostrándose como se vé en la figura N° 39 una pelvis dilatada y con una obstrucción cerrada de la unión pieloureteral. Dilatación uniforme de todos los cálices. Se hizo el diagnóstico de Hidronefrosis por bloqueo ureteral y se llevó la enferma a la Cirugía encontrándose un riñón muy adherido en todo su contorno, con zonas purulentas en el parenquima. Se resolvió la Nefrectomía y el examen de la pieza dio una antigua TBC renal.

Observación No. 22.—Esta última observación fue practicada en una enferma que había sido intervenida anterior-

mente de una fístula uretero-vaginal y se le había practicado una uretero-cistoneostomía con colgajo vesical. Debido a la dificultad de cateterismo y como medio de control y comprobación del funcionamiento y dinamismo de ese lado se hizo la Punción (figura 40). Se observa que el medio de contraste aparece claramente en las cavidades renales todavía distendidas (3 meses después del acto quirúrgico) pero el uretere no se vé reteniendo como ha ocurrido en las placas similares de los casos que presento en este trabajo. Una vez tomada la Radiografía a la enferma se le inyectó una solución colorante (Mercurocromo) el cual apareció después en las siguientes micciones. Esto demuestra la permeabilidad de la anastomosis.

Observación No. 23.—Se trata de un niño de 12 años de edad que entra al Hospital por el servicio Policlínico (Urgencias) con antecedentes de un traumatismo lumbar ligero y hematuria consecucional. Se presumió traumatismo renal y se internó en el servicio Urológico para su estudio. Cuando esto ocurría ya tenía 3 días de pasado el accidente y la orina era muy ligeramente hematúrica. Casi imperceptible. La Urografía excretora dio solo eliminación por el lado derecho. Se intentó la Pielografía retrógrada del lado izquierdo (figura N^o 41) y se nota que el medio de contraste se devuelve casi por completo hacia la vejiga. Solo por encima de la sonda aparece una vaga sombra difusa que no permite un claro diagnóstico. La Pielografía por Punción (figura N^o 42) si demuestra una clara Hidronefrosis de origen congénito. En esta última placa se vé la sonda ureteral porque expofeso se quizo dejar como método de comparación y contraste y se observa la separación neta existente entre la bolsa y la punta de la sonda posible lugar de la estenosis.

CONCLUSIONES

Con este trabajo de investigación creo haber podido demostrar la utilización de un nuevo método en el campo de la exploración Urológica y Radiológica de Cálices, pelvis y úreter.

La ausencia absoluta de complicaciones en ninguno de estos 23 casos demuestran su benignidad absoluta así como la sencillez de su práctica. Varios casos practicados en riñones altamente infectados inclusive en infecciones Tuberculosas no han producido ningún trastorno infeccioso de la atmósfera perirenal.

El relleno completo del úreter en toda su longitud me hacen aconsejarlo como el mejor método para el estudio Radiológico del Ureter y por consiguiente de su patología.

La participación franca del úreter en la patología alta de estos 23 casos me hacen demostrar la enorme cantidad de patología del uréter que pasa desapercibida y que es la responsable directa de lo que inicialmente se diagnosticaría como patología renal solamente (hidronefrosis, piónefrosis, litiasis, pielonefritis, etc.).

En uno de los casos (el niño de 7 meses) no solo fue valiosísimo como método de exploración y de examen sino que se utilizó como medida terapéutica para inyectar antibiótico y vaciar el contenido purulento del órgano mientras se esperaba la caída de la escara de la electrocoagulación que se hizo del meato ureteral para suprimir la causa obstrutiva que producía el defecto de vaciamiento.

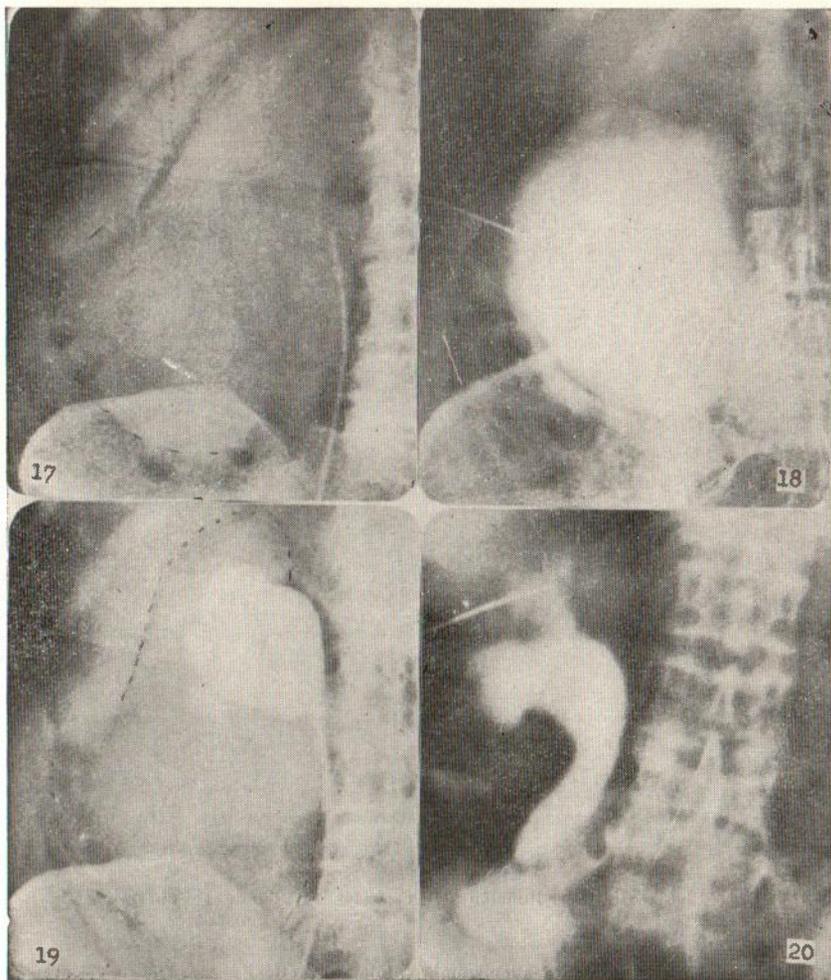
La connaturalización con el método hicieron posible hacer el primer caso de PIELOSTOMIA MINIMA POR TROCAR que se anuncia solamente aquí y que salvó la vida de ese paciente anúrico por bloqueo doble ureteral. El caso de la observación N° 20 igualmente fue intervenido mínimamente por intermedio de un trocar para evacuar el absceso gaseoso y colocar una sonda de drenaje a través del mismo.

En esta forma me permito recomendar esta exploración como método que debe extenderse más en su uso y ponerse en práctica dentro del medio corriente de exploración de ciertos casos en Urología.

Con esto queda terminada la presentación de 23 casos diferentes de Punción de la Pelvis renal trabajo que fue adelantado con devoción y optimismo para demostrar la posibilidad y facilidad de este medio de exploración renal que ha de entrar a la práctica corriente de la Urología una vez los Urólogos se vayan connaturalizando con ella.

CONCLUSIONES

Con este trabajo de investigación creo haber podido demostrar la importancia de este método en el campo de la exploración Urológica y Radiológica de la pelvis y úreter. La experiencia reciente de comparaciones en ninguno de estos casos demuestra un beneficio real como la sección de la pelvis. Varios casos tratados en forma altamente insatisfactoria en intervenciones tradicionales no han producido ningún resultado satisfactorio. El método expuesto aquí en esta forma me parece el más adecuado para el estudio radiológico del úreter y de la pelvis renal.



- Fig. Nº 17. — Placa simple correspondiente al caso Nº 9 y en la cual se observa punteado el contorno del polo superior y el de la tumoración del polo inferior.
- Fig. Nº 18. — Imagen obtenida por Punción directa del quiste e inyección del medio de contraste.
- Fig. Nº 19. — Pielografía retrógrada del caso anterior. Nótese el desplazamiento del úreter a la línea media y la hidronefrosis que estaba produciendo el colapso ureteral.
- Fig. Nº 20. — Pielografía por Punción del paciente correspondiente al caso Nº 10 en la cual se ve la punta de la aguja en el cáliz superior que ha inyectado las cavidades observándose una marcada dilatación especialmente del úreter, el cual muestra una acodadura cerrada y una obstrucción completa a nivel de la línea innominada de la pelvis.

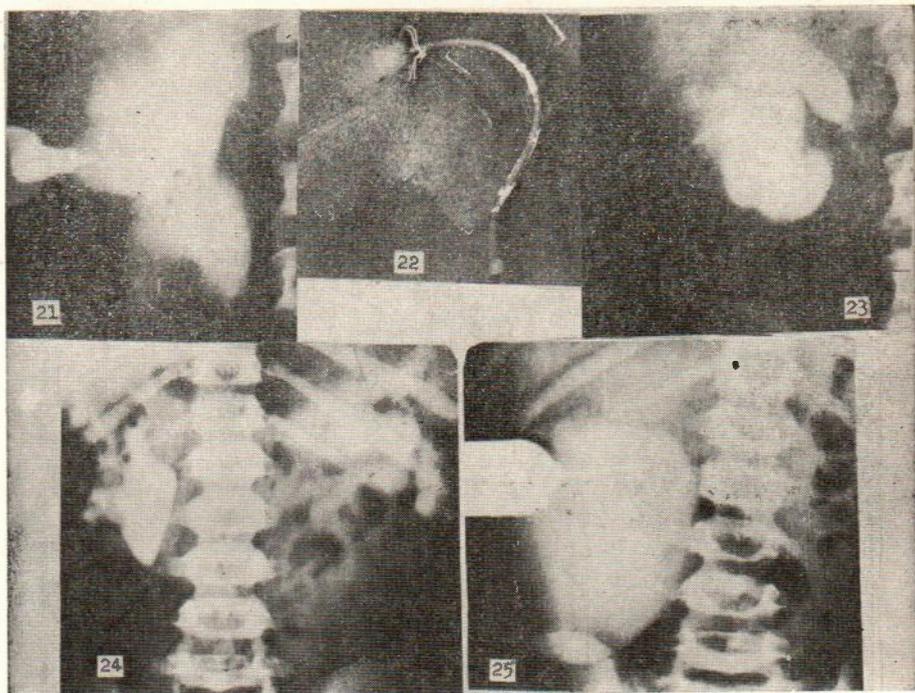


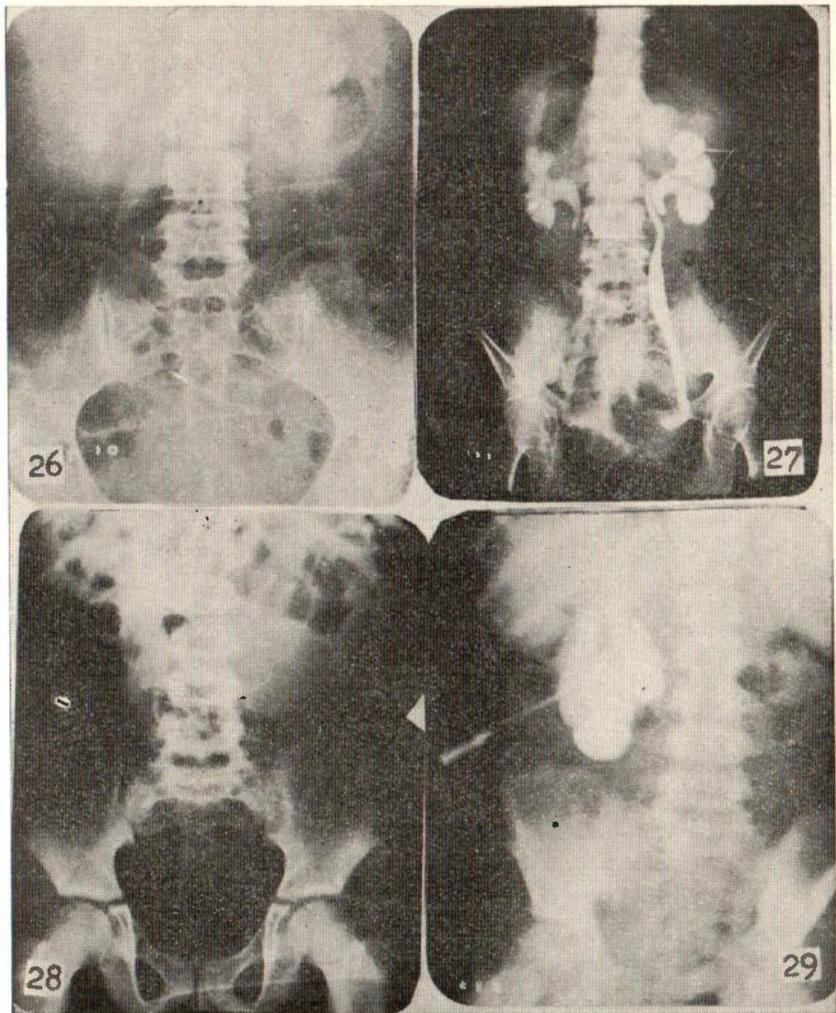
Fig. Nº 21. — Pielografía por Punción del caso Nº 11, donde se observa el obstáculo brusco del ángulo pieloureteral motivada por cálculo muy poco opaco a los Rayos X.

Fig. Nº 22. — Fotografía de la Pielostomía Mínima practicada con trocar en el paciente anterior y con anestesia local.

Fig. Nº 23. — Corresponde a la observación Nº 12 ya descrita.

Fig. Nº 24. — Urografía correspondiente a la Obs. Nº 13 y en la cual merece la pena comparar la imagen del riñón derecho con la imagen del estudio por punción que se aprecia en la Fig. Nº 25.

Fig. Nº 25. — Imagen obtenida del riñón izq. del caso anterior mediante la Pielografía Directa por Punción. Nótese la diferencia.



- Fig. Nº 26. — Correspondiente a la Urografía de la enferma A. E. Z. en la cual se observa simplemente dilatación de los cálices a ambos lados.
- Fig. Nº 27. — Correspondiente a la Pielografía Directa por Punción del caso en estudio y en la cual se ve la integridad úreter, pelvis, cálices y por consiguiente más demostrativa que la anterior.
- Fig. Nº 28. — Urografía del paciente de 12 años de edad correspondiente a la Obs. Nº 15 y en la cual no se visualiza el lado izquierdo.
- Fig. Nº 29. — Pielografía Directa por Punción del mismo caso con una imagen típica de de Hidronefrosis.

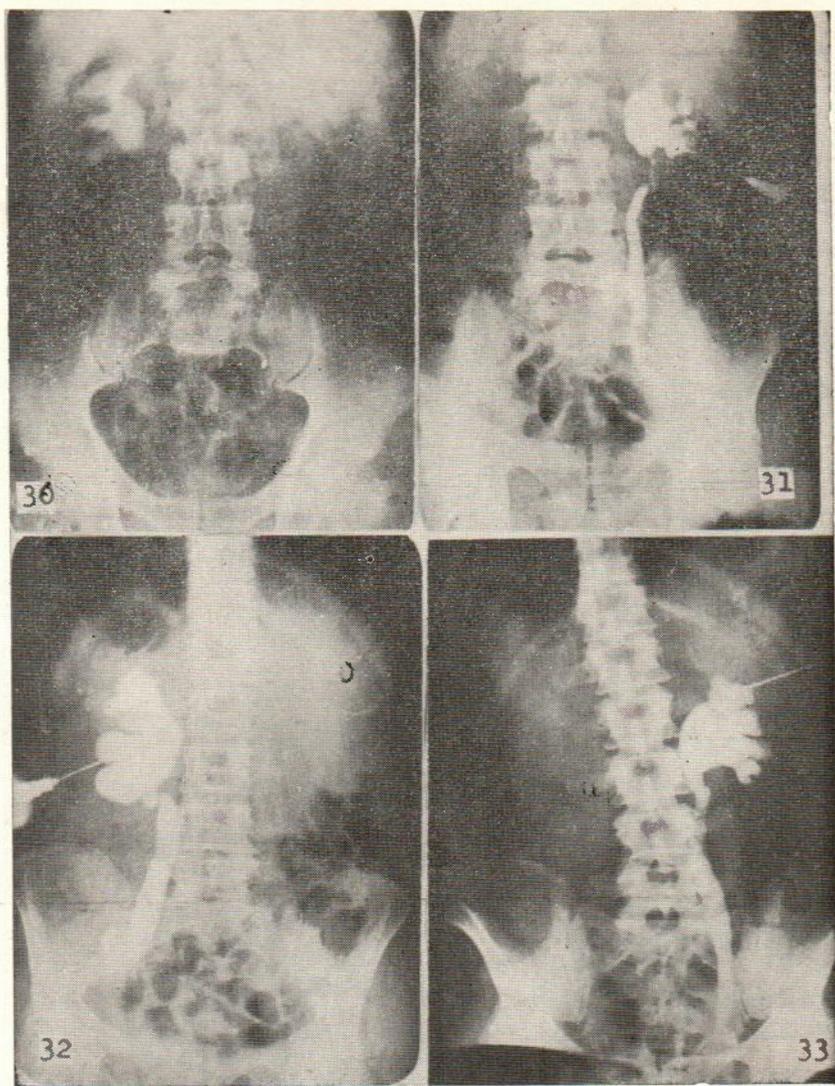
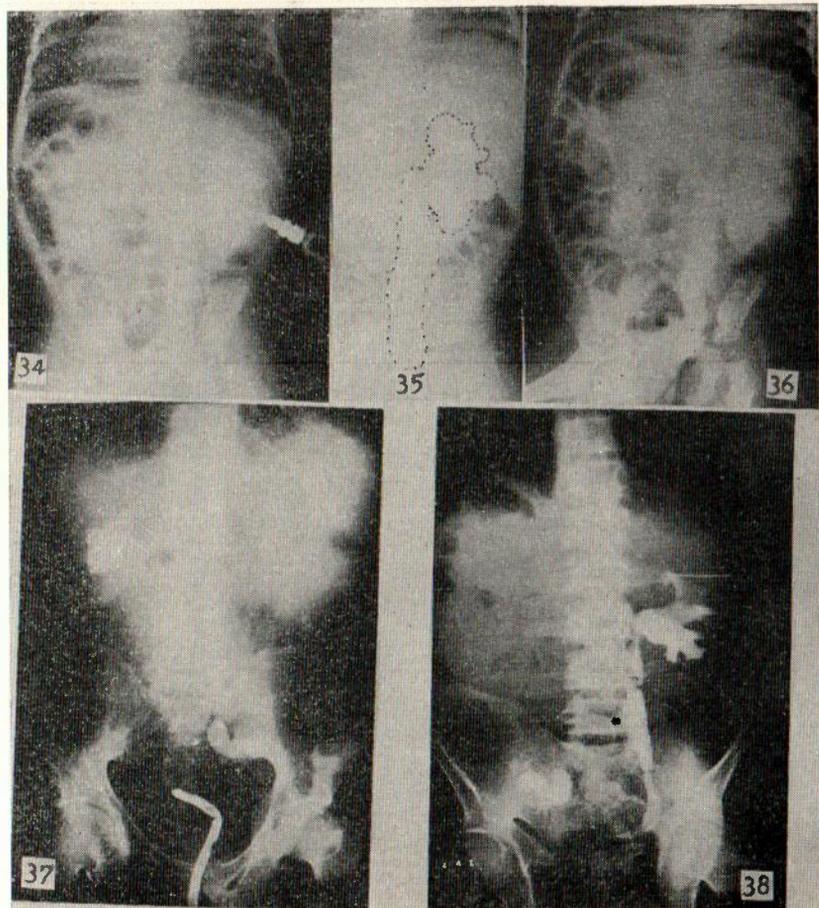


Fig. Nº 30. — Urografía intravenosa del caso correspondiente a la Observación Nº 16.

Fig. Nº 31. — Pielografía por Punción en la cual es posible encontrar la estenosis del tercio superior del úretere que no se veía en el estudio por Urografía.

Fig. Nº 32. — Pielografía por punción de la enferma de la Observación Nº 17.

Fig. Nº 33. — Pielografía por punción de la enferma, Observación Nº 18, véase la conformación completa de todas las cavidades y la amputación brusca del úreter a nivel de la fistula. En la placa original se vé el medio de contraste ligeramente demarcado en la cúpula vaginal.



Figs. Nº 34. 35 y 36. — Pielografías por Punción del niño de la Observación Nº 19.

Fig. Nº 37. — Urografía de la Observación Nº 20.

Fig. Nº 38. — Pielografías por punción del mismo caso de la Observación Nº 20. Este caso demuestra la gran variedad de patología ureteral que había escapado a las otras exploraciones.

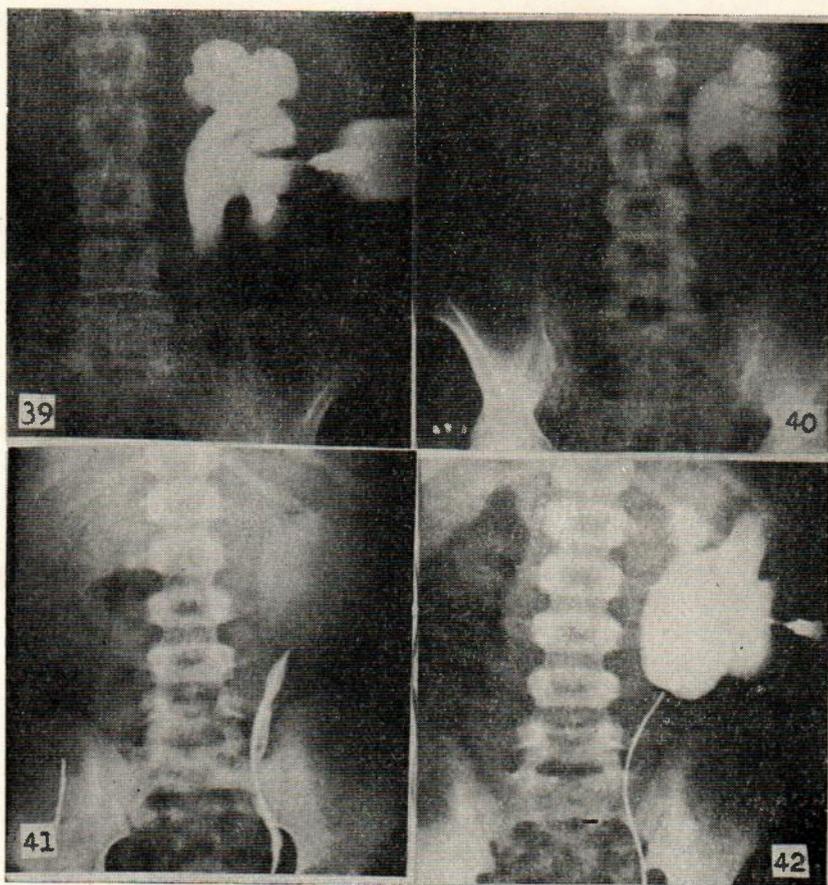


Fig. N° 39. — Enferma de la Observación N° 21.

Fig. N° 40. — Enferma de la Observación N° 22.

Fig. N° 41. — Pielografía retrógrada del niño de la Observación N° 23.

Fig. N° 42. — Pielografía por punción del niño de la Observación N° 23. Nótese la diferencia Radiológica en los dos métodos.

PURPURA TROMBOCITOPENICA DE ORIGEN TOXICO

Tratado con Cortisona (cortona)

DR. ARTURO PINEDA G.
Profesor de Interna
DR. FERNANDO GARTNER, Interno

B. D. vda. de S.; 36 años; 12 hijos vivos, 3 abortos, historia familiar y personal sin importancia. Llega al servicio de policlínica el 21 de enero del presente año con un síndrome purpúrico que se inició 48 horas antes. Relata la enferma que en las horas de la tarde del día 18 de enero tuvo una ligera cefalea, por lo cual ingirió un comprimido analgésico (Mejoral). A la mañana siguiente notó la aparición de múltiples petequias primero en ambas regiones protibiales, que rápidamente se extendieron hasta cubrir los miembros inferiores y el hipogastrio. Presentó también dolores articulares, especialmente a nivel de las rodillas y articulaciones interfalángicas de las manos las cuales se encuentran aumentadas de volumen. También presenta metrorragia profusa, epistaxis y gingivorragia. El día de aparición del cuadro tuvo una hematuria total que ha ido disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer. Se queja asimismo de malestar general, mialgias generalizados. Ha presentado hematemesis y melenas.

Al examen presenta: mal estado general, psiquismo normal estado nutricional aceptable, pulso 80 por ', temp. 37° c., presión arterial 100/60 la respiración es de 16 por '; la piel y faneras presentan petequias en miembros inferiores y superiores y parte baja del abdomen. Ha presentado varias epistaxis, y al hacer esfuerzo para sonarse arroja bastante sangre; prótesis dentaria superior e inferior; petequias en la lengua y mucosa yugal; amígdalas hipertróficas, congestivas y petequias diseminadas en toda la mucosa faríngea; estertores roncales en las bases pulmonares; ligero soplo sistólico de carácter funcional en el foco mitral; abdomen flácido, con exceso de panículo adiposo; ligero dolor a la palpación del hipogastrio; el bazo es percutable pero no palpable; hay pequeña equimosis en iris izquierdo.

Se ordenaron vitaminas C. y vitamina K. intravenosa, y pasa a la sala del hospital el 22 de enero. Cuando entra a la sala de Santa Catalina presenta manchas purpúricas generalizadas a toda la superficie corporal; Metrorragia profusa; Cistaxis y gingivorragias; en el labio superior hay un hematoma exulcerado y sangrante. Prueba del Brazalette positiva. Examen de sangre dio el siguiente resultado. Hematíes: 4.500.

000 hemoglobina: 12.5; hematocrito 41; P. V. C.: 91. P. Hb. C.: 28 P. C. Hb. C: 31; Leucocitos 8250. Neutrófilos: 48, Eosinófilos; 17 Linfocitos 35. recuento de plaquetas por m.m. c. 24.000.

En vista de éste se ordena transfusión de 300 c.c. de sangre fresca.

Enero 23.—Hay ligera disminución de la metrorragia y la epistaxis, en cambio aumenta el hematoma del labio superior y presenta además otorragia. La presión arterial es 115/80. El pulso es 52 por'. Se hace nueva transfusión de 250 c.c. de sangre fresca.

Enero 24.—Presión arterial de 140/110. Pulso de 74 por'. La metrorragia aumenta; el labio superior ocupado casi completamente por el hematoma. Tiempo de protrombina 13.5" (85%). Se hace transfusión de 250. c.c. de sangre fresca.

Enero 25.—Enferma en malas condiciones, presentó una hematemesis abundante y continúa la metrorragia. Presión arterial 110/85, pulso 92 por'. Plaquetas por m. m. c. 20.000. leucocitos 107/50. Neutrófilos 50; Eosinófilos 14; Linfocitos 36. En ésta fecha se inicia el tratamiento con cortisona (cortone); 0. 200 grms. diarios repartidos en cuatro dosis de 0. 050 grms. por vía intramuscular. Se instituye además dieta hiposódica y cloruro de potasio por vía oral.

Enero 26.—Apreciable mejoría sistemática; la metrorragia y la epistaxis han disminuído casi hasta desaparecer. El hematoma del labio superior también ha rebajado.

Enero 27.—Paciente en buenas condiciones. No ha vuelto a presentar metrorragias ni epistaxis.

Enero 28.—Tiempo de coagulación 7 minutos; tiempo de sangría 3½ minutos; retracción del coagulo a las 2½ horas, retracción nula. A las 7 horas retracción incompleta.

Enero 29.—Enferma en muy buenas condiciones, ha cesado toda manifestación purpúrica.

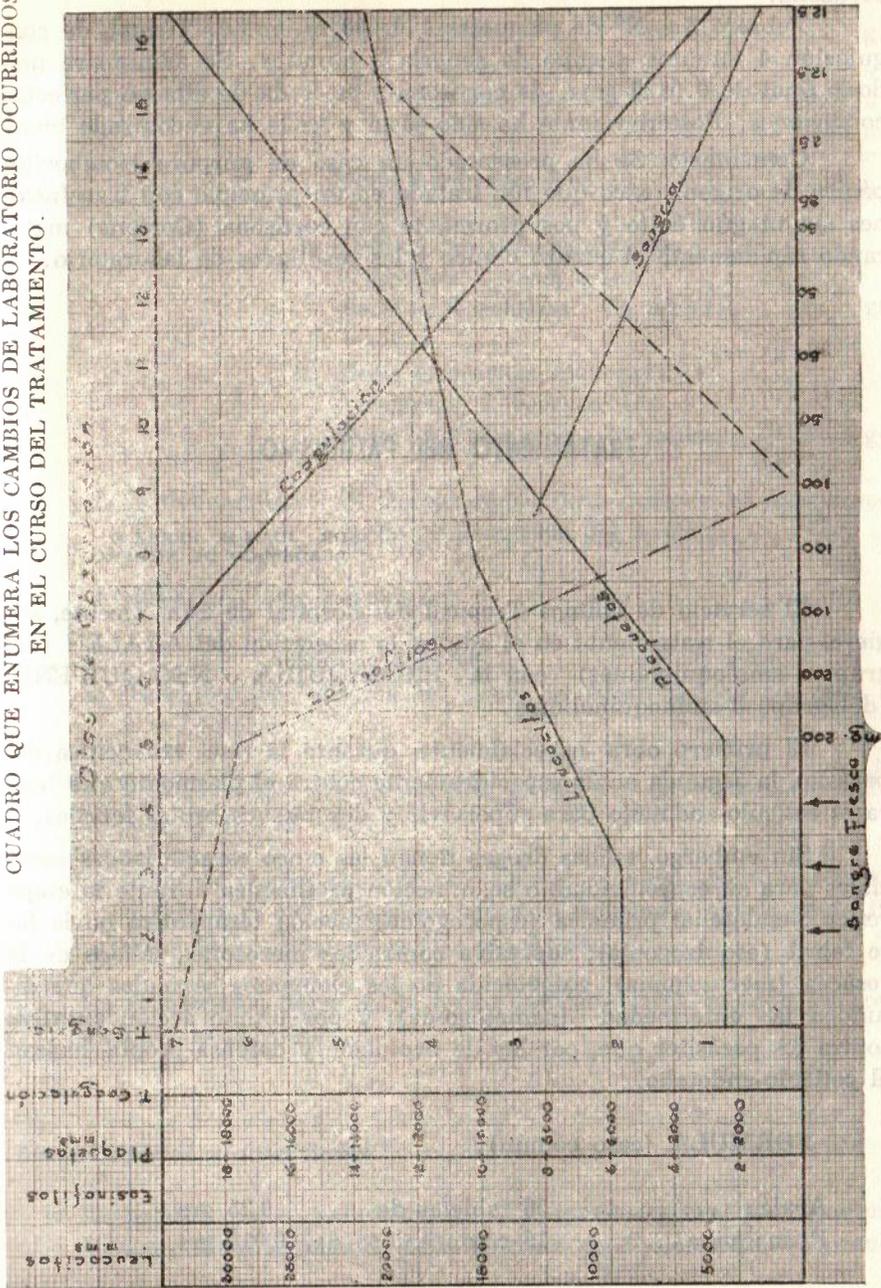
Presión arterial 110/75; pulso 66 por'. Se rebaja la dosis de cortisona a 0. 100 grms. diarios.

Enero 30.—Recuento de plaquetas, 34.000 por m. m. c. Hematíes 3.480.000; Leucocitos 13.800, Neutrófilos 81, Basófilos 1, Linfocitos 18. Enferma en buenas condiciones presión arterial 120/75; pulso 70 por'.

Enero 31.—Presión arterial de 120/80; Pulso 68 por' continúa en buenas condiciones. Se rebaja la cortisona a 0.050 gms. diarios.

Febrero 2.—Número de plaquetas: 70.000 por m. m. c. Las

CUADRO QUE ENUMERA LOS CAMBIOS DE LABORATORIO OCURRIDOS EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO.



petequias han desaparecido por completo. Se aplican 0. 025 gms. de cortisona.

Febrero 5.—Nº de plaquetas 170.000 m. m. c. Tiempo de coagulación 4 minutos; tiempo de sangría 2 minutos. Se administra una dosis final de 0.0125 gms. de cortisona y se le da de alta en perfectas condiciones. Posteriormente ha sido vista y se le ha encontrado bien.

Comentario: Se ha presentado un caso de púrpura trombocitopénico de origen tóxico que fue tratado en un principio con transfusiones sin ningún éxito y posteriormente con cortisona (Cortone) mejorando rápidamente el cuadro clínico y los resultados de laboratorio.

TRATAMIENTO DEL PALUDISMO

DR. JUAN B. PEREZ C.
ACADEMICO DE NUMERO

El servicio de Clínica Tropical del hospital de San Vicente, sugiere, para el tratamiento en el adulto, la asociación del ARALEN (del grupo 4-aminoquinolinas) con la PRIMAQUINA o NEO-QUIPENIL (del grupo 8-aminoquinolinas).

El primero obra especialmente durante la fase eritrocítica del parásito, la segunda actúa específicamente contra el plasmodio que busca el reticulo-endotelio para supervivir y dar nuevos brotes febriles.

Sin embargo, ambas drogas tienen las cinco características esenciales para su especificidad, o sean: acción **profiláctica** durante la etapa reticulo-endotelial primaria (esporogonia); acción **terapéutica** en la fase febril (esquizogonia); **supresiva** contra los merozoitos salidos de la rosácea (merozogonia); **gametocida** de los elementos sexuados que difunden la enfermedad (gametogonia); y por último acción **curativa** contra los parásitos que, por ley de evolución y defensa propia, buscan el reticulo-endotelio.

FORMULA (caso común).

- | | | |
|----------------------|----------------------|-----------|
| 1 — Aralén | 56 tabletas de | 0,25 grs |
| 2 — Primaquina | 15 comprimidos de. | 0,015 grs |

Instrucciones.

1 — Aralén a) Dosis inicial 4 tabletas .. (1 gr)
" 8 horas después 2 " .. (0,50 ")
" segundo día ... 2 " .. (0,50 ")
" tercer día 2 " .. (0,50 ")
Total 3 primeros días 10 " .. (2,50 ")

b) Dosis 4 semanas siguientes:
2 tabletas, 3 veces c/u.
Total en 4 semanas . 24 tabletas .. (6 gr)

c) Dosis 8 semanas siguientes:
2 tabletas, 2 veces c/u.
Total en 8 semanas . 32 tabletas .. (8 gr)

2 — Primaquina: Un comprimido diario durante 15 días, empujando el mismo día del Aralén.

FORMULA (caso pernicioso).

- 1 — Ampollas de 3 cc..... Nº 4 o 6.
a) intramuscular, diluída en 10c.c. de suero fisiológico, cada 6, 8, o 12 horas.
b) o intravenosa, diluído en 300 o 500 c.c. de suero fisiológico, cada 6, 8, o 12 horas.

Es probable que al cabo de este tiempo se pueda continuar tratamiento por vía oral como en el caso común, suprimiendo las dosis de los 3 primeros días del Aralén.

- 2 — **La Primaquina** darla en la forma indicada atrás, cuando las condiciones lo permitan.

Modificaciones y observación.

Es posible que el paludismo por Falcíparum y muchos casos por Vivax y Malarie necesita sólo las dosis de Aralén de los 3 prime-

ros días (2,50 grs.) seguidas por las dosis complementarias (2 tabletas, dos veces por semana) durante 4 a 6 semanas, asociando la Primaquina desde el comienzo y a las dosis atrás expresadas. Es superfluo agregar que pueden combinarse varios medicamentos antimaláricos y que, aún hoy, la quinina como otras drogas, prestan invaluable servicios.

Por el servicio de Clínica Tropical y de acuerdo con él.

Octubre de 1954.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

BOLETIN No. 3

El día 23 de marzo de 1955 a las 6 p.m., se reunió la Corporación bajo la presidencia del Dr. Rafael J. Mejía con la asistencia de los siguientes Académicos: Arango Oriol, Barrientos Marcos, Franco Gabriel, Guzmán Miguel, Isaza Mejía Gustavo, Martínez E. Miguel, Mejía C. Benjamín, Mejía C. Alfonso, Mejía C. Rafael J., Montoya Luis Carlos, Ospina Antonio J., Peláez B. Jesús, Piedrahita R. Agustín, Quevedo Tomás, Restrepo José Miguel, Rodríguez Elkin, Sanín Carlos, Sierra Darío, Escobar Vélez Ignacio, Jiménez Bernardo, Gil Sánchez Iván y Calle U. Gustavo. De los Académicos Honorarios asistió el Dr. Emilio Robledo y de los Académicos adscritos asistió el Dr. Luis Carlos Uribe Botero.

Por tratarse de una sesión en la cual había un ponente invitado, la Presidencia alteró el orden del día y concedió la palabra al Dr. Arturo Gómez Gómez quien como ya se había anunciado, disertó sobre "YODIZACION DE LAS SALMUERAS EN COLOMBIA".

En uso de la palabra el Dr. Gómez Gómez agradeció a la Academia el honor que se le había dispensado al invitarlo como ponente del día y luego explicó el título de su conferencia para lo cual hizo la diferencia entre Yoduración que consiste en agregar yodo a la sal y yodización que consisten en agregar iones de yodo a la misma.

El ponente hizo un estudio sobre las fuentes principales de yodo, la manera como éste era obtenido por el hombre en los distintos alimentos etc., hizo algunas consideraciones de orden químico para llegar a la conclusión de que la dosis necesaria de yodo era de 1.6 mgs.% y entonces manifestó que en su concepto la proporción en que se estaba agregando yodo a las sales en Colombia que era de 5 a 10 mgs.% era muy alta y que le pedía a la Academia diera su opinión al respecto. Hizo hincapié sobre este punto pues el Dr. Gómez Gómez considera que no se pueden aceptar sin discusión las técnicas extranjeras para aplicarlas a nuestro medio y que si la Academia encontraba como él lo cree que la proporción usada actualmente en las salinas de Zipaquirá respecto al yodo era alta, debería decirlo a fin de conseguir que se modificara. Para apoyar la tesis de que la actual yodización es alta comentó sobre los trabajos del Dr. Hernando Duque Maya de Salamina quien en épocas pasadas presentó un trabajo sobre este mismo problema ante la Academia.

El Dr. Gómez hizo algunas consideraciones de las estadísticas de bocio en el país y llamó la atención sobre el hecho de que el fluor puede dar bocio (bocio fluorico), por lo cual consideró interesante que se hiciera algún estudio al respecto pues parece que nada se ha investigado sobre esta ocurrencia en el país. El diagnóstico diferencial lo establecería la yodhemia.

Finalmente el Dr. Gómez Gómez sintetizó así su presentación:

1º — Que él tiene un método práctico y de aplicación inmediata para la yodización de las salmueras en Colombia el cual ha puesto a órdenes del Gobierno. La bondad de su método ha sido comprobada en los laboratorios de la Facultad de Química de la Universidad de Antioquia por el profesor Antonio Durán.

2º — Que él considera muy importante hacer algunos estudios sobre el coto fluorico y deja esta inquietud a los profesionales médicos, y

3º — Que pudiéndolo probar tal como él está convencido y en la actualidad se enseña en las Facultades de Medicina que el requerimiento de yodo es de 1.6 mgs%, la proporción en que actualmente se yodiza la sal en Colombia que es de 5 a 10 mgs..% es muy alta y que para ser consecuentes o se practica lo que se enseña en las facultades de Medicina o se enseña en aquellas lo que se está practicando. Terminó el Dr. Gómez pidiendo a la Academia diera su fallo en relación al problema del yodo que se debe agregar a la sal.

Terminada la explicación del Dr. Gómez Gómez éste recibió las felicitaciones de los asistentes y el Dr. Rafael J. Mejía a nombre de

la Academia agradeció la presentación y pidió al ponente el favor de pasar su trabajo a una comisión compuesta por los Drs. Jesús Peláez Botero, Bernardo Jiménez y Darío Sierra L., para que éstos lo estudien y rindan su informe posteriormente a la Academia.

Abierta la discusión pidió la palabra el Dr. Bernardo Uribe Londoño quien luego de felicitar al ponente, manifestó que el Gobierno Nacional estaba francamente preocupado por la cantidad de bocio existente en el país y que al efecto habían hecho una encuesta rigurosa, cuyo resultado más importante leyó a la Academia.

Terminado el Dr. Uribe Londoño pidió la palabra el Dr. Mejía Cayzedo Director del Instituto Nacional de Nutrición, quien hizo un amplio recuento de la yodización en Colombia, comentó la Ley que creó la obligación de yodizar las sales y anunció que ya fueron pedidas las plantas de refinación de la sal, las cuales podrán producir 110.000 toneladas mensuales de sales yodizadas a base de yodato de potasio, el cual da más estabilidad y se puede agregar a cualquier sal sin importar la humedad o la refinación.

Al comentar sobre la cantidad usada actualmente de 5 a 10 mgs.% de yodo dice que esta dosis fue adoptada por un Comité reunido en la ciudad de Washington U. S. A. el cual estaba integrado por verdaderas eminencias médicas mundiales. Estas cifras han sido adoptadas para distintos países latinoamericanos, con miras a hacer campañas nacionales y no individuales. Manifestó que al adoptar esta dosificación se tuvo en cuenta que a raíz de ella se podrían presentar casos de hipertiroidismo, pero que desde luego los perjudicados irían a constituir un número ínfimo en relación al de los beneficiados. Comentó el caso de Suiza en donde la yodización fue durante muchos años de 50 mgs. y leyó estadísticas mediante las cuales se prueba el beneficio de la yodización en aquel país. Finalmente pidió que no se fuera a hacer un debate público sobre una cosa que ya estaba adoptada y que se iba a poner en práctica y rogó muy encarecidamente a la Academia obrara con cautela y discreción en materia tan delicada como la que se estaba discutiendo.

Continuando con la discusión pidió la palabra el Dr. Emilio Robledo quien preguntó si las 7 poblaciones que en las estadísticas leídas por el Dr. Uribe Londoño tenían menos del 10% de coto, estaban repartidas en el país y la respuesta que se le dio fue afirmativa. Luego explicó como se originó la ley que obliga la yodización de las sales en Colombia, de la cual fue ponente en el Congreso de la República. Hizo algunos comentarios sobre el hecho de que de 1.900 a 1.920 el coto era excepcional en Caldas y en Antioquia y que cuando se generalizó el

uso de la sal Zipa, se aumentó en forma alarmante el porcentaje de coto en estos departamentos. Comentó que Buzangol solamente encontró huellas de yodo en las sales de Antioquia, lo cual se consideró como suficiente para el requerimiento humano y en ese entonces se aceptó que la falta de coto en estos departamentos era casualmente por el consumo de las sales yodadas. Finalmente manifestó que compartía la opinión de que en tema tan delicado se debía ser muy cauteloso, especialmente para impedir entorpecer la marcha normal de tan importante ley, como es la que obliga y regula la yodización de las sales en Colombia.

El Dr. Gómez Gómez pidió la palabra para dar algunas explicaciones especialmente referentes al porcentaje usado en Suiza que es de 10 mgs.% y dice que si aquel país lo modificó seguramente tuvo sus razones para ello. Insistió en que no se debía enseñar una cosa en las facultades y practicar otras tal como actualmente se está haciendo.

Pidió la palabra el Dr. Ignacio Vélez Escobar para preguntar si la sobredosis de yodo era dañina para el organismo. A esta pregunta respondió el Dr. Mejía Cayzedo diciendo que la misma incógnita se le había planteado a la Sociedad de Endocrinología de Bogotá y la respuesta había sido que nó; luego preguntó el Dr. Vélez Escobar por qué no se pensaba rehabilitar las salinas de Guaca y el Retiro, a lo cual respondió el Dr. Mejía Cayzedo manifestando que el Gobierno si había pensado en ello pero que el costo de la explotación en la actualidad era sumamente alto. Finalmente el Dr. Vélez Escobar hizo algunos comentarios en relación al problema del fluor, las aguas, la dentadura y el posible bocio fluorico.

El Dr. Benjamín Mejía C. intervino para preguntar si en Suiza se había hecho algún estudio de morbilidad en hipertiroidismo cuando tuvieron una yodización alta y le respondió tanto el ponente como el Dr. Mejía Cayzedo que al respecto no tenían ninguna información. El último de los citados manifestó que la dosis de yodo la habían disminuído en aquel país pero que lógicamente ello era debido a que había disminuído considerablemente el coto.

En este momento la Presidencia cerró la discusión, volvió a dar los agradecimientos al ponente y anunció que de allí en adelante continuaría la sesión ordinaria de la Academia para tratar problemas de la misma.

Se consideró el acta del 9 de marzo la cual fue aprobada sin modificaciones.

Se leyó una nota del Dr. Oriol Arango en la cual solicitaba se le reemplazara con motivo de su viaje al exterior y con tal fin fue nombrado el Dr. Tomás Quevedo quien aceptó

El Dr. Ignacio Vélez Escobar propuso que se nombrara Miembro Honorario al Dr. H. Marvin Pollard de la Corporación y se le enviara a la vez una nota de agradecimiento por las conferencias dictadas recientemente en Medellín. Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

Se leyó una nota del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia sobre estudios médicos en universidades latinoamericanas y de España con las cuales tiene intercambio nuestro país. Terminada la lectura de la nota ya mencionada, pidió la palabra el Dr. Darío Sierra Londoño para proponer una resolución que tenía íntima relación con la nota aludida. Por lo avanzado de la hora se convino en aplazar la discusión de dicha resolución hasta la próxima sesión.

Finalmente se le concedió la palabra al Dr. Gustavo Calle U. quien explicó a la Academia todo lo referente a la presentación de su trabajo de ingreso e hizo referencia a algunos comentarios desagradables que se han venido haciendo respecto al trabajo de ingreso.

La Academia despide muy cordialmente al Sr. Secretario de la Corporación Dr. Oriol Arango quien viajó a los Estados Unidos para asistir al Congreso de Radiología que se reunirá próximamente en la ciudad de Washington y le desea muchos éxitos.

Se ruega muy encarecidamente a los Sres. Académicos el favor de comunicarnos si tienen algún trabajo científico elaborado para presentar en las sesiones de este año y avisar oportunamente al teléfono de la secretaría N° 290-91, para poderlo programar.

En la próxima sesión o sea la del 13 de abril será ponente el Dr. Tomás Quevedo quien disertará sobre "LINFANGIOMAS QUISTICOS". También el Dr. Bernardo Jiménez hablará sobre "MICROSCOPIO DE CONTRASTE DE FASES".

Medellín, abril 11 de 1955.

BOLETIN No. 4

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín en la Facultad de Medicina se reunió la Corporación el día 13 de abril de 1955 a las 6 p.m., bajo la presidencia del Dr. Rafael J. Mejía con la asistencia de los siguientes Académicos: Barrientos Marcos, Cardona Pedro Nel, Franco Gabriel, Isaza Mejía Gustavo, Jiménez Bernardo, Martínez Miguel, Medina Edmundo, Mejía C. Benjamín, Mejía Rafael J., Ospina Antonio J., Piedrahita Agustín, Quevedo Tomás, Restrepo José Miguel, Rodríguez Elkin, Sanín A. Carlos, Sierra Darío, Villa Gabriel Jaime, Bustamante Z. Ernesto, Calle Gustavo y Mesa Darío. Dejaron de asistir con excusa los Drs. Arango Oriol, Correa Henao Alfredo, Botero Díaz Gonzalo, Múnera Palacio Miguel, Pérez Juan B. y Vélez Escobar Ignacio.

La secretaría leyó el acta anterior y después de hacer las siguientes modificaciones fue aprobada:

1ª — En la discusión respecto al trabajo del Dr. Gómez Gómez donde el Dr. Mejía Cayzedo dijo que la Sociedad de Endocrinología de Bogotá afirmaba que la sobredosis de yodo en la sal no era dañina para el organismo en realidad de verdad se conocen casos de hipertiroidismo desencadenado por esta sobredosis.

2ª — El Dr. Gustavo Calle pidió se explanara mejor su explicación de la sesión pasada en la cual refutó algunos comentarios sobre su trabajo de ingreso a la Academia. El Dr. Calle estuvo muy claro en su exposición y textualmente dijo:

"Habiendo producido mi trabajo, una vez leído en la Academia de Medicina, una extraña reacción de desagrado en algunos que íntimamente están ligados a estas lides de la Urología debido al hecho de la presunta originalidad que ellos alegan yo quise darle a este estudio, es necesario que tenga que ampliar un poco más en este comentario los datos relacionados con la investigación y la iniciativa que me guiaron para completar el número de casos que a la consideración he traído.

En primer lugar no aspiré a la originalidad del mismo ya que en la iniciación hago alusión muy claramente a una publicación similar que apareció sobre 4 casos cuando yo ya llevaba 12 adelantados en esa fecha". Además cuando usé el tiempo pasado al empezar la frase "creía en la originalidad del mismo"; explica sencillamente la realidad de lo ocurrido.

No obstante se me trajeron para argumentar algunos otros trabajos ya publicados para quitarle fuerza e interés al estudio que me

propuse llevar a cabo y de los cuales no hice mención ninguna. Uno de ellos por ignorarlo no fue mencionado, como tampoco fue mencionado siquiera en la Bibliografía del trabajo de los Drs. Weens y Florence de Atlanta (Journal of Urology 1954). Dicho caso publicado en el libro "Clinical Urography" de Braasch y Emmett en las notas Misceláneas en la página 712 al final del libro se refiere a una publicación que en esa fecha todavía no había salido en prensa (Vest, S. A.: Diagnosis and Management of Benign Renal Cyst. In press) y en la cual dicho autor menciona el caso de un niño recién nacido que teniendo una gran masa que ocupaba el flanco izquierdo y con un diagnóstico de presunción entre un tumor, un quiste o una hidronefritis congénita, fue puncionada la masa y aspirada después de lo cual se le inyectó medio de contraste y dio la imagen típica de una Hidronefrosis gigante. Una Nefrectomía se practicó.

Analizando a fondo este caso con los 22 que presento y aunque evidentemente se trata de la inyección de medio de contraste dentro de una inmensa hidronefrosis dista mucho de la orientación que le quise dar a los casos estudiados cual fue el estudio directo de las lesiones que afectaban el úreter de riñones que siquiera no eran palpables y por consiguiente muchísimo más difíciles para la colocación del medio opaco en su seno. Nótese como el mismo autor no le puso tanto cuidado al estudio en sí de las cavidades renales y del úreter cuando en la presunción diagnóstica figuraba la de quiste y tumor y cuando el título del trabajo estaba en prensa figura con el de "Diagnóstico y manejo de los quistes benignos del Riñón". Considerado bajo este aspecto más bien parece un solo caso practicado por accidente y no en la forma sistematizada y claramente dirigida como los que incluí en mi publicación.

En el mismo texto el autor de la obra (pág. 712) dice: "La posibilidad de hacer Urogramas en ciertos casos seleccionados por medio de la introducción de una aguja a través de la región lumbar **no ha sido ampliamente explorada o evaluada**". "Su uso se ha sugerido en el diagnóstico diferencial de los quistes y tumores renales", para evitar exploración quirúrgica". Este solo comentario habla muy claramente a favor de la importancia del estudio que me propuse llevar a efecto.

Los otros artículos el de K. Lindblom que apareció en el Vol. 68 N° 2 pág. 209 del "The Am. J. of Roentgenology" sobre "Diagnostic Kidney Puncture in Cyst and Tumors" y el de Dean A. L. aparecido en Trans. Am. Assoc. Genito-Urinary Surg., 32: 91-95, 1939 sobre "Treatment of solitary cyst of Kidney by aspiration" por sus solos títulos puede deducirse el significado tan diferente de sus textos en com-

paración con la finalidad que en mi estudio he buscado”.

Quedó así cancelado este enojoso incidente y fueron aceptadas por la Academia las explicaciones del Dr. Calle U.

Fue aprobada la siguiente proposición:

“La Academia de Medicina de Medellín lamenta la desaparición del Dr. Ernesto Rodríguez distinguido médico de la ciudad quien fue profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina y Miembro de esta Corporación”.

Copia de esta proposición será enviada en nota de estilo a la familia del distinguido fallecido.

Se leyó una comunicación del Dr. Gumersindo Sayago Miembro Honorario de esta Corporación en la cual comunica el envío de la revista de la “Asociación de Estetología” Capítulo Argentino del American College of Chest Physicians.

Los Drs. Ignacio Vélez Escobar y Antonio Ramírez presentaron el trabajo con que el Dr. Guillermo Latorre Restrepo aspira al Título de Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina de Medellín y que se titula “RECUPERACION DE UNA ISQUEMIA RENAL SEVERA EN PERROS”. Se nombró en comisión para su estudio y para que informen en la próxima sesión a los Drs. Miguel Martínez E. y Gustavo Isaza Mejía.

A continuación se inició la discusión de la proposición presentada en la sesión pasada por el Dr. Darío Sierra L. y que había sido aplazada por lo avanzado de la hora. Dicha proposición dice lo siguiente:

“La Academia de Medicina de Medellín,

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

- a). — Que nuestras Facultades de Medicina son insuficientes para el número de vocaciones médicas que resultan en el país.
- b). — Que los estudiantes rechazados y que tienen vocación, se ven obligados a salir de Colombia y a recurrir a Facultades de Medicina españolas o Latino-Americanas que tienen intercambio con las nuestras.
- c). — Que el avance hospitalario en diversas regiones de la República ha tomado gran incremento tal como en Medellín, con los futuros hospitales de la ANDI, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital del Pobre, que constituyen ahora una realidad y que reclamarán una considerable cantidad de médicos cuando estén funcionando.
- d). — Que actualmente Colombia carece de un número suficiente de médicos que velen por la salud de todos sus habitantes.
- e). — Que la mayoría de las Facultades españolas y latino-ame-

ricanas poseen una dotación y un profesorado que nada tienen que envidiar a las nuestras, máxime que poseen todas ellas laboratorios de investigación y experimentación que cada día enriquecen más y más la ciencia médica,

Resuelve:

1º — Pedir al Gobierno incrementa, amplíe y dote las Facultades de Medicina y funde servicios de investigación de tal manera que llene así los vacíos anotados.

2º — Mientras esto no se modifique, la Academia considera que los estudiantes con vocación médica tienen todo derecho a buscar en las Facultades de Medicina del exterior, el modo de adquirir sus conocimientos sin trabas de ninguna naturaleza".

Comuníquese esta resolución al Excmo. Sr. Presidente de la República, a los señores Ministros de Relaciones Exteriores, Educación y Salud Pública, a la Comisión Asesora de Relaciones Exteriores a las Universidades del país que tengan Facultades de Medicina, a las Academias de Medicina de Bogotá y Cartagena, a la Federación Médica Nacional y al Colegio Médico de Antioquia".

En la discusión intervinieron: el Dr. Bustamante Z. quien dijo tenía informes recientes de médicos argentinos de que las Facultades de ese país marchan mal debido a que son insuficientes por el gran número de estudiantes. El Dr. Benjamín Mejía C. quien informó que a raíz del regreso del Dr. Antonio Ramírez hace un año, éste informó al Consejo Consultivo de la Universidad de Antioquia que el Cónsul de Colombia en Barcelona le había comunicado que los estudios médicos en ese país eran deficientes debido al exceso de alumnos y por falta de control en los estudios prácticos lo cual había sido confirmado por los mismos alumnos colombianos. Agregó el Dr. Mejía C. que sin embargo creía lógica la proposición del Dr. Sierra puesto que no sólo salen a estudiar al exterior alumnos reprobados sino también otros buenos, pero que consideraba que la base del problema era la falta de control lo cual veía difícil de solucionar. El Dr. Rafael J. Mejía informó que el Cónsul de España presentó al Ministro de Educación cuando éste estuvo en las festividades de la Universidad de Salamanca un memorándum en que dio el dato de que estudiaban en Madrid Medicina 700 alumnos colombianos y en Barcelona 380 y que en las Facultades donde había preguntado por ellos, se le había respondido que a muchos sólo los conocían por la matrícula pero que no había ninguna constancia sobre su asistencia. El Dr. Mejía cree que el problema está en la calidad

de los alumnos y nó en la de las Facultades. El Dr. Darío Sierra dijo que no cree que haya derecho a limitar los cupos de las Facultades de Medicina, pero como el hecho real es que las peticiones son siempre superiores a los cupos, se debe permitir a los estudiantes acudir a Universidades extranjeras; afirmó que en 1951 viajó a Sur América y conoció personalmente las Facultades de Buenos Aires, La Plata, Rosario, Córdoba, Brasil, Uruguay y cree que son muy superiores a las nuestras. Además cree que el hecho de haber estudiantes malos no es razón para que se perjudique a los buenos que deseen estudiar fuera del país, ya que según él los medios científicos son mejores y están más al día en conocimientos médicos y aún un estudiante mediocre se beneficiaría por este solo aspecto. Insistió en que los considerandos de su proposición sin irrefutables y que no hay derecho a cortarle el paso a ningún estudiante mientras no existan en nuestras universidades medios completos. El Dr. Benjamín Mejía C. dijo al Dr. Sierra que él considera que nuestro profesorado están tan al día como cualquiera otro en medicina. El Dr. Sierra dijo que muy posiblemente sí desde el punto de vista teórico pero que en la práctica nó, y puso como ejemplo el hecho de que exámenes que se practican en otras partes del mundo desde 1938 como 17 quetosteroides, sólo actualmente se están llevando a cabo entre nosotros y como apenas hace poco tiempo se está trarabajando en forma sobre cáncer de laringe cuando en otras partes del mundo se hace desde bastantes años atrás. El Dr. Sanín Aguirre presentó una proposición adicional a la del Dr. Sierra en la cual considera que el Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia no puede juzgar sobre la idoneidad de las universidades españolas y latino-americanas a priori y que por consiguiente pide se haga saber a la Academia qué documentación tiene al respecto el Consejo. Como no está presente el Dr. Ignacio Vélez miembro de él que puede informar a este respecto se aplazó la discusión de esta proposición para la próxima sesión.

La proposición del Dr. Sierra Londoño fue aprobada por unanimidad.

La Presidencia concedió la palabra al Dr. Tomás Quevedo uno de los ponentes del día para presentar un trabajo sobre "ALGUNOS TUMORES QUISTICOS ABDOMINALES POCO FRECUENTES" y mostró tres casos de su casuística personal, dos de Linfangiomas Quísticos y uno de Quiste Mesentérico por duplicación del yeyuno. En el último caso se extendió sobre una galactorrea que presentó la enferma, un niña virgen de 16 años como complicación post-operatoria y co-

mentó el posible mecanismo de su aparición citando conceptos de algunas autoridades extranjeras con que tuvo correspondencia al respecto.

A continuación se concedió la palabra al Académico Dr. Bernardo Jiménez quien disertó sobre el "USO DEL MICROSCOPIO DE CONTRASTE DE FASES" explicando su mecanismo óptico, sus ventajas y la economía de tiempo y manipulaciones de laboratorio que evita, e hizo una demostración práctica comparativa con algunas preparaciones de laboratorio.

Siendo las 8 de la noche la presidencia levantó la sesión y citó para el día 27 de abril a las 6 p.m. en la cual disertará el Dr. Jorge Restrepo Molina sobre "KWASHIORKOR" conferencia con la cual se recibirá como Académico Correspondiente.

Se ruega encarecidamente a los señores Académicos inscribir los trabajos que tengan para las sesiones de este año, ya que es indispensable elaborar el programa definitivo, y hasta el momento están abiertas todas las fechas correspondientes a las sesiones venideras, a excepción de la de mayo 11 en la cual presentará el Dr. Darío Mesa U. su trabajo para ser admitido como Miembro Correspondiente de la Corporación y que versa sobre "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE DISLOCACIONES Y FRACTURAS TRAUMATICAS A NIVEL DE LA ARTICULACION DE LA CADERA".

La Academia se complace en saludar a su Miembro de Número Dr. Alfredo Correa Henao, quien regresó de los Estados Unidos a donde había viajado en días pasados en jira de estudios.

Medellín, abril 21 de 1955.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 43

Mes de Mayo de 1955.

- Lunes 2. 2 p.m.**
Concierto de música en el salón anexo a la Biblioteca de la Facultad, con el equipo de alta fidelidad, para quienes deseen asistir a él. Este concierto se viene presentando diariamente y el programa semanal se está dando a conocer oportunamente.
- Martes 3. 3 p.m.**
Conferencia de autopsias a cargo del Staff de Patología en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad.
- Miér. 4. 8 a.m.**
R. C. M. Reunión de Clínicas en el aula Braulio Mejía.
- 7.45 pm.**
C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. A continuación el Staff de Urología disertará en Mesa Redonda sobre la Conducta en los Traumatismos Renales.
- Jueves 5. 7 a.m.**
R. P. Q. Reunión de Patología Quirúrgica en el 2º piso del Instituto de Anatomía Patológica.
- 10 a.m.**
R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
- Viernes 6. 9 a.m.**
R. C. Q. Reunión de Clínica Quirúrgica en aula correspondiente.
- 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.
- Sábado 7. 9 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio. Presentación, estudio y discusión de los casos clínicos más importantes que han ocurrido en

la semana. Asistencia obligatoria para los Profesores y alumnos del 3º al 6º cursos de la Facultad. La asistencia de los señores médicos de la ciudad es espontánea y pueden tomar participación en las deliberaciones.

10 a.m.

CATEDRA BOLIVARIANA, a cargo del Profesor Dr. Abel García Valencia, Secretario General de la Universidad de Antioquia, en el auditorio de la Facultad. Se recuerda a los estudiantes del 1º y 2º cursos que la asistencia es obligatoria como a cualquiera otra de las cátedras que se cursan en la Facultad.

11 a.m.

Conferencia sobre CULTURA MUSICAL a cargo del Rdo. Padre David Pujol, en el auditorio.

Lunes 9. 2 p.m.

Continuación de los conciertos de música en el salón anexo a la Biblioteca. Los programas semanales se publican oportunamente.

Martes 10. 1.30 p.m.

Reunión del Staff de Policlínica en la sala de Policlínica.

Miér. 11. 8 a.m.

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

6 p.m.

Reunión de la Academia de Medicina de Medellín.
Ponente: Dr. Darío Mesa U. **Tema:** TRATAMIENTO QUIRURGICO DE DISLOCACIONES Y FRACTURAS TRAUMATICAS A NIVEL DE LA ARTICULACION DE LA CADERA.

7.30 p.m

C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. Conferencia de fondo a cargo del Dr. Alfredo Correa Henao. **Tema:** IMPRESIONES DE UN VIAJE.

Jueves 12. 7 a.m.

C. T. Conferencia de Tumores en el 2º piso de Quirúrgica.

- 10 a.m.
R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
- Viernes 13. 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.
- Sábado 14. 9 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica.
- 10 a.m.
Conferencia sobre CULTURA MUSICAL a cargo del Rvdo. Padre David Pujol, en el auditorio.
- Lunes 16. 2 p.m.**
Continuación de los conciertos de música en el salón anexo a la Biblioteca de la Facultad. Programas semanales.
- Miér. 18. 8 a.m.**
R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- 2.45 p.m.
C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Hernán Pérez R. **Tema:** ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA.
- Jueves 19. 7 a.m.**
Receso por motivo de la Ascensión del Señor.
- Viernes 20. 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.
- Sábado 21. 9 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.
- 10 a.m.
CATEDRA BOLIVARIANA. **Ponente:** Profesor Dr. Abel García Valencia, Secretario General de la Universidad de Antioquia. Asistencia obligatoria a los estudiantes del 1º y 2º cursos.
- 11 a.m.
Conferencia sobre CULTURA MUSICAL a cargo del Rdo. Padre David Pujol, en el auditorio.
- Lunes 23. 2 p.m.**
Concierto de música en el salón correspondiente. Programa semanal.

- Martes 24. 3 p.m.**
Reunión del Club de Revistas de Policlínica.
- Miér. 25. 8 a.m.**
R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- 6 p.m.**
Reunión de la Academia de Medicina de Medellín.
Ponente: Dr. Guillermo Latorre Restrepo. **Tema:** RECUPERACION DE UNA ISQUEMIA RENAL SEVERA EN PERROS.
- 7.45 pm.**
C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Luis Carlos Piedrahita Muñoz. **Tema:** ESTALLIDOS DEL DUODENO.
- Jueves 26. 7 a.m.**
C. T. Conferencia de Tumores en el 2º piso de Quirúrgica.
- 10 a.m.**
R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
- Viernes 27. 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.
- Sábado 28. 9 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.
- 10 a.m.**
Conferencia sobre CULTURAL MUSICAL por el Rdo. Padre David Pujol, en el auditorio.
- Lunes 30. 2 p.m.**
Concierto de Música en el salón correspondiente.
- Martes 31. 3 p.m.**
Reunión del Club de Revistas de Policlínica.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

1. La Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía durante el mes de Abril, previa aprobación de todos los estudios reglamentarios y la presentación de los exámenes preparatorios en uno solo global sobre ciencias básicas, patologías y clínicas, pero sin tesis de grado, en virtud de la Resolución N° 5 del 12 de

Febrero del año en curso, emanada del H. Consejo Académico de la Facultad de Medicina y aprobada unánimemente por el H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia en la sesión del 18 del mismo mes, a los siguientes doctores:

Octavio Adarve G., Francisco Agudelo G., Emilio Angel C., Abelardo Arango A., Gustavo Aristizábal T., Angel Betancur L., Gabriel Betancur G., Alfonso Castrillón Z., Abel Céspedes R., Libardo Echeverri C., Jesús Ferrer E., Alejandro Gómez D., Jesús Gutiérrez A., Augusto Hernández C., Adán Higueta L., Juan B. Luna G., Luis Mesa Villa, Enrique Muñoz V., Mario Ossaba J., Alfonso Parra B., Carlos Uribe R., Juan Duque B., Libardo Villa V.

2. La Universidad de Antioquia confirió el título de Dr. en Medicina y Cirugía, después de llenar todos los requisitos reglamentarios, con tesis de grado, a los siguientes doctores:

Dr. ENRIQUE RESTREPO MONTOYA : **Título de la tesis:** Estudio Médico-social de la población de Yalí (Ant.).

Dr. GABRIEL CASTAÑEDA LEAL : **Título de la tesis:** Cirugía radical del cuello en cáncer.

Dr. BAYARDO LAGOEYTE GARCIA : **Título de la tesis:** Algunas consideraciones médico-sociales del Municipio de Dabeiba (Ant.).

Dr. OSCAR UPEGUI : **Título de la tesis:** Colitis amibiana y su tratamiento con resotrán.

Dr. ALFONSO JARAMILLO SALAZAR: **Título de la tesis:** Un año de Medicina Rural en el Municipio de Campamento.

3. Como se informó en el Boletín anterior, la SEMANA DE INFORMACION MEDICA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se efectuará del Jueves 2 de Junio al Miércoles 8 del mismo mes, con el siguiente horario:

Mañana: de 8 a.m. a 12 m. **Tarde:** de 3 p.m. a 7 p.m.

Intensidad de trabajo: 45 horas.

Estará a cargo de las Clínicas Interna, Tropical, Dermatológica, y de los Servicios de Cardiología, Gastroenterología, Pneumología, Hematología, Laboratorio y Biblioteca.

El tiempo se distribuirá en revisión de enfermos, presentación de casos, conferencias, Mesa Redonda, Laboratorio, biblioteca y proyección de películas científicas.

A cada día se le ha asignado una clínica o servicio.

Habrà en el último día, durante la comida, entrega de diplomas de asistencia.

Esta Semana Médica se prepara para que de ella puedan disfrutar todos los médicos del país que se hallen en condiciones de asistir, aunque su cupo está limitado a 50 alumnos. El valor de la matrícula es de \$ 50.00.

Son condiciones de admisión:

- 1a. — Ser médico graduado o haber terminado el internado obligatorio.
- 2a. — Inscribirse en la Secretaría de la Facultad de Medicina, y efectuar en esta oficina el pago de la cuota de \$ 50.00.
- 3a. — Solicitar en la Secretaría de la Facultad el carnet que lo acredita como alumno de la Semana Médica.

La programación definitiva se distribuirá profusamente en los primeros días del mes de Mayo, y a quienes no les llegare, pueden reclamarla en la Secretaría de la Facultad.

4. El día 12 del presente mes se celebra el Día Universal de la Enfermera. Este Decanato y en general toda la Facultad de Medicina se asocian a la celebración de esta importante efemérides que hace resaltar las virtudes y atributos de la mujer que desempeña tan noble y distinguida misión, con verdadero sacerdocio y con decidido apostolado en beneficio de los desvalidos que sufren y padecen flagelos y cuantas veces profundas penas espirituales.

Nuestra Escuela de Enfermeras celebra con pompa y solemnidad este día, y es de justicia y de reconocimiento apreciar la tesonera y constante labor que con meritorio éxito viene desarrollando como dependencia de la Universidad de Antioquia, pues sus opimos frutos de dos tandas de Enfermeras graduadas lo están pregonando ahora en las clínicas, hospitales, sanatorios, casas de beneficencia, centros de salud, Instituto Colombiano de Seguros Sociales, etc., que a buena hora han acogido las fértiles cosechas que ha brindado con preparación eficiente y con hondo sentido de responsabilidad profesional.

Que la celebración de esta fiesta sirva de estímulo a nuestras alumnas para imprimir en su espíritu el voto ferviente de llevar a cabo felizmente sus estudios, para más tarde servir con espontaneidad y de corazón a sus hermanos en la miseria.

5. En la información N° 1 -Boletín N° 42 - del mes de Abril, fue omitido involuntariamente el nombre del Dr. Alfredo Naranjo Villegas como Profesor Auxiliar de Clínica Interna en Cardiología, posición que viene desempeñando por nombramiento directo que el H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia le hizo desde el 2 de Marzo de 1953. Oportunamente se le presentaron excusas al Dr. Naranjo Villegas por esta omisión visual involuntaria.

6. El Dr. Myron E. Wegman, Jefe de la Enseñanza y de la Organización Mundial de la Salud, dictó a la Sociedad de Pediatría una interesante conferencia sobre la VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA Y LA ENSEÑANZA MEDICA el 21 de Abril en el salón de la Academia de Medicina. La disertación resultó muy importante por la calidad del tema y por la nutrida asistencia no sólo de la Sociedad de Pediatría sino de los Profesores, médicos de la ciudad y alumnos de la Facultad que colmaron el salón. Tanto la Sociedad de Pediatría como este Decanato agradecen la colaboración del Dr. Wegman.

7. El Seminario de Dermatología que se llevó a efecto durante el mes de Abril fue de un éxito extraordinario por la calidad de los ponentes e importancia de los temas y por la novedad del material dermatológico que se estrenó, constituido por 1.000 "slides" dermatológicos traídos recientemente de Estados Unidos, y por las preparaciones microscópicas del Instituto de Anatomía Patológica de esta Facultad.

La Facultad de Medicina, especialmente este Decanato, agradecen muy sinceramente la magnífica colaboración científica de los Staffs de Clínica Dermatológica y de la Cátedra de Anatomía Patológica.

8. El día 22 de Abril visitó la Facultad de Medicina el Presidente de la Fundación Rockefeller Dr. Rusk, acompañado del Dr. Loeb, Profesor de Medicina de Columbia University. A pesar de no haber permanecido entre nosotros sino por espacio de una hora, siempre se dieron una idea más o menos completa de la organización, docencia, laboratorios, distintos servicios, Instituto de Anatomía Patológica, anfiteatro, etc. de la Facultad. Este Decanato agradece esta visita y espera la repitan muy pronto con más espacio de tiempo.

9. La Fundación Rockefeller anunció recientemente la donación de Dlls. \$ 8.000.00 para el equipo de la sección del Tórax del Laboratorio de Fisiología, el que estará al cuidado del Dr. Antonio Ramírez.

10. Como se anunció en el Boletín anterior, el Dr. John M. Weir, Director Asistente de la Rockefeller Foundation, arribará a esta ciudad el 9 del que cursa a las 12:35 p.m. en el vuelo 701 de la Avianca.

El objeto de la llegada del Dr. Weir es el de recibir mayor información sobre el funcionamiento de nuestra Facultad de Medicina y para definir las bases de la ayuda que esta Fundación le ha de hacer, según se ha venido proyectando desde hace varios meses.

La Universidad de Antioquia, este Decanato y el Claústro presentan su atento saludo de bienvenida al Dr. Weir y le desean una feliz permanencia entre nosotros.

11. El 29 de Marzo se desarrolló un importante Seminario de Psiquiatría en el auditorio de la Facultad. Fue el ponente el alumno de la cátedra Sr. Josué Upegui, quien disertó sobre los siguientes puntos: STRESS, SINDROME Y ADAPTACION, PSIQUIATRIA. Dirigió este Seminario el Profesor de la Cátedra Dr. Pablo Pérez Upegui, y en él tomaron parte en la discusión numerosos interesados. Este Decanato celebra muy complacido esta clase de actos científicos y ojalá que en todas las cátedras se efectuaran con frecuencia.

12. De acuerdo con el anuncio hecho, el VII Congreso Latino Americano de Neurocirugía se celebrará definitivamente en la ciudad de Medellín, que es la sede acordada por el VI Congreso reunido en el mes de Marzo del presente año en Montevideo-Uruguay. Este Congreso se realizará bajo los auspicios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Fue designado como Secretario General del VII Congreso el Dr. Ernesto Bustamante Zuleta, Profesor de Neurocirugía de la Facultad, y al mismo tiempo le concedieron la alta distinción de ser su Presidente en 1957.

13. En los primeros días del mes próximo pasado dejó de existir el Dr. Ernesto Rodríguez López, quien fue Profesor Titular de Clínica Obstétrica de esta Facultad hasta el año de 1940. Este Decanato hace manifestación de pesar por la extinción de tan meritoria vida y hace llegar a sus familiares su sentida condolencia.

14. Del 8 al 14 de Mayo se efectuarán las II Jornadas **Pediátricas** Colombianas en la ciudad de Cartagena. La Facultad de Medicina enviará su Delegación Presidida por el Profesor Jefe del Servicio de Pediatría, Dr. Benjamín Mejía Cálad. Nos permitimos desear cumplido éxito a tan importante certamen científico.

15. El concurso efectuado para Instructores de Clínica Interna, según Resolución dictada por el Decanato, de común acuerdo con el H. Consejo Académico de la Facultad, dio como resultado para ocupar estas posiciones a los Dres. Guillermo Velásquez y Armando Uribe.

16. El Lunes 25 de Marzo regresó de Europa el Dr. Mario Montoya Toro, quien partió de esta ciudad hace 19 meses a realizar estudios de especialización en Cirugía Torácica. Llevó a cabo sus propósitos en las ciudades de París, Düsseldorf y Estocolmo. Ahora se encuentra reintegrado a la Cátedra de Técnica Quirúrgica, en la que se hallaba como Profesor de ella antes de su partida. Este Decanato se permite saludar al Dr. Montoya Toro y desearle como siempre éxito en sus labores docentes y profesionales.

17. Dentro del plan de organización de Clínica Interna en el presente año, se han terminado ya los períodos de la docencia correspondientes a Radiología, al cuidado del Dr. Oriol Arango M. y de Endocrinología, al cuidado de los Dres. Alfonso Velásquez, Gabriel Toro Mejía y Darío Sierra Londoño.

En este segundo período se inicia la docencia en cuatro grupos simultáneos y rotatorios, así: cardiología, pneumología, gastroenterología y dermatología.

18. Se adelantan los trabajos de adaptación del local para el consultorio médico que prestará sus servicios a los alumnos de Medicina, Odontología, Farmacia y Enfermería, los que se pondrán en práctica en el presente mes.

19. En los días Sábado 28, Lunes 30 y Martes 31 del presente mes, se efectuarán los exámenes finales de las materias semestrales. Oportunamente se darán a conocer los Jurados Examinadores. Las normas que se han de seguir en dichos exámenes ya son bien conocidas por los Profesores y estudiantes, y se suplica ceñirse estrictamente a ellas.

20. Los estudiantes de la Cátedra de Higiene practicarán las siguientes visitas durante el mes de Mayo:

Del 2 al 6 inclusive, al Dispensario Antituberculoso Infantil.

Del 9 al 13 inclusive, al Profiláctico Departamental.

Del 16 al 20 inclusive, al I. C. S. S. Campañas de vacunación.

El Lunes 23, a Fabricato - Bello.

El Martes 24, a la Destilación Departamental de Licores.

El Miércoles 25, al Plano Regulador del Municipio de Medellín.

El Jueves 26, a Gaseosas Lux.

El Viernes 27, a Cereales Coro.

La Universidad de Antioquia agradece muy de veras las atenciones que los estudiantes de Higiene, acompañados del Profesor Dr. Víctor Julio Betancur, han recibido de las distintas entidades que han visitado.

21. Las vacaciones de mitad del año lectivo se inician el Miércoles 1º de Junio y terminan el Domingo 19 del mismo mes. El Lunes 20 se reanudarán las tareas en la Facultad y se espera puntualidad tanto en el personal docente como en el discente, a fin de cumplir a cabalidad las obligaciones y deberes en este segundo período del año.

22. Ya está en poder de la Sindicatura de la Universidad el último pedido de maletines clínicos. Los Profesores y alumnos que hayan pagado la cuota de inscripción de \$ 50.00 deben reclamarlos cuanto antes, previa presentación del recibo de la cuota de inscripción y de \$ 160.00 más pagados en la Tesorería de la Universidad. Conviene advertir que el próximo pedido de maletines clínicos costará a la Universidad de Antioquia a razón de \$ 270.00 aproximadamente cada uno.

23. El pedido de 120 microscopios que en los primeros días del año hizo la Universidad, ya se halla en Cartagena. Sólo se espera la nacionalización y transporte para recibirlos en la Sindicatura y distribuirlos entre todos los que han encargado. Quienes aún no lo hayan hecho, pueden inscribirse en la Secretaría de la Facultad con el pago de la cuota inicial de \$ 50.00.

24. El Dr. Víctor Julio Betancur viajará a Suecia durante los meses de Junio y Julio del presente año. Estudiará entre otros aspectos, los problemas de organización de la Cátedra de Salud Pública, de la protección materno-infantil y el tratamiento de basuras. Muy atentamente despedimos al Profesor Betancur y le deseamos éxito completo en los estudios que pretende para bien de la docencia en la Facultad de Medicina.

25. El torneo de Ajedrez que se ha venido efectuando en el salón anexo a la Biblioteca de la Facultad de Medicina, ha revestido especial interés. Se inscribieron 24 estudiantes y formaron cuatro (4) mesas de seis (6) jugadores cada una.

Hasta el presente se han destacado los siguientes señores:

OLEGARIO QUINTERO
FRANCISCO AVENDAÑO
RICARDO LEON RAMIREZ
DIEGO ISAZA
FABIO VALLEJO
ERNESTO BOTERO
ENRIQUE RODRIGUEZ
JOSE M^a FORERO
JOSE VALENCIA

Estos pasarán a finalistas para decidir el campeón, cuyo nombre se dará a conocer en el próximo boletín.

26. Se recuerda a los aspirantes a optar al título de Dr. en Medicina y Cirugía, que antes de graduarse deben presentar en la Secretaría el recibo de la Biblioteca de haber entregado un ejemplar de la tesis de grado.

27. "El Presidente de tesis es nombrado por el alumno, pero para serlo es requisito indispensable ser o haber sido profesor de la Facultad y no haber recibido sanción de ella".

"Las funciones del Presidente de tesis consisten en guiar y dirigir al alumno la escogencia y desarrollo del tema y conceptuar en el tribunal sobre los méritos del trabajo presentado para el grado. En consecuencia el nombramiento de Presidente de tesis debe ser previo a la iniciación del trabajo". "Queda suprimido el informe escrito del Presidente de tesis".

El Jurado de tesis, que está compuesto por el Decano, el Presidente de tesis y tres (3) profesores examinadores, es distinto del Tribunal de grado. El primero es nombrado por el Decano de la Facultad y el Tribunal de grado es de libre elección del alumno, en cuanto respecta a los tres profesores de la Facultad o que hayan sido profesores y no hayan recibido sanción de ella, pues el Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad y el Presidente de tesis siempre hacen parte de dicho Tribunal. Para el Tribunal de grado pueden ser elegidos por el alumno los mismos profesores que hicieron las veces de Jurado de tesis. En todo caso son de su libre elección, y a ellos corresponde firmar el acta de grado y el diploma que se le confiere al graduando.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Decano de la Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia.

NOTICIAS

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE HIDATOLOGIA

Secretario General del Congreso

Prof. Adj. B KOURIAS

CRUZ ROJA HELENICA

1, MACKENZIE KING STREET

ATENAS - GRECIA

Atenas, febrero 15 de 1955

Querido y estimado Colega,

Tengo el placer de llevar a su conocimiento que el VIº Congreso de la Asociación Internacional de hidatidología tendrá lugar en Atenas, del 14 al 18 de septiembre de 1956, bajo la presidencia del Sr. Dr. M. Maccas.

El orden del día comprende las siguientes cuestiones:

- 1) Tema: **MEDICO - QUIRURGICO.**
- 2) „ **BIOLOGICO**
- 3) „ **EPIDEMIOLOGICO**
- 4) „ **PROFILAXIS**
- 5) „ **ESTUDIO COMPARADO DE LOS ANTIHELMINTICOS**
- 6) „ **LA HIDATIDOSIS DE PUNTO DE VISTA SOCIAL ECONOMICO.**

Más tarde les comunicaremos con precisión los pormenores que conciernen las sesiones científicas, las visitas de los lugares arqueológicos y las manifestaciones de toda índole.

Le quedaría altamente agradecido si quisiera hacernos saber si, por principio, tiene la intención de participar al Congreso y presentar una comunicación sobre los temas ya indicados más arriba, o, en general sobre la enfermedad hidática.

El título de su comunicación debería llegarnos hasta fines de diciembre de 1955. El derecho de participación al Congreso ha sido fijado a 10 dólares para los miembros activos y a 5 dólares para las personas que los acompañen.

Le ruego de creer, muy estimado Colega, a nuestros mejores sentimientos.

El Secretario General del Congreso

B. KOURIAS

Señor Dr.
JUVENAL GAVIRIA
Apreciado colega;

La Cátedra a mi cargo realiza desde 1948 cursos anuales para graduados.

Ruego al estimado amigo y colega tenga la deferencia de hacer llegar a revistas de medicina general y aún a la prensa diaria de su país, para su publicación, alguna noticia en la forma expresada en el papel adjunto, con el objeto de que al difundirse puedan los médicos jóvenes que deseen hacer estudios sobre dermatología, tomar las disposiciones del caso para poder concurrir a éste.

Ruego igualmente al amigo y colega tenga la bondad de enviarnos, cuando se haga, el recorte de las publicaciones y el nombre de la revista, con el fin de que, en años sucesivos, nos dirijamos directamente a la misma sin molestarle a Ud.

Pido al colega disculpas por este trabajo que le ocasiono y espero corresponderle en la forma condigna en cualquier gestión que pueda serle útil a Ud. en Buenos Aires.

Reciba un fraternal saludo de su affmo.

Prof. Dr. Luis E. Pierini

CATEDRA DE DERMATOLOGIA DE BUENOS AIRES (Argentina)

Curso completo para médicos que desean especializarse en enfermedades cutáneas. Desde el 2 de mayo hasta el 12 de noviembre. Consiste en práctica de consultorios externos de Clínica dermatológica, alergia dermatológica radioterapia (rayos X y radium); dermatología quirúrgica fisioterapia (electrocoagulación, nieve carbónica). Curso y práctica especial de anatomía normal y patología cutánea. Curso y práctica especial de tumores cutáneos. Guardias especiales en los servicios de internación.

Además curso anual intensivo del 7 al 12 de noviembre, teórico-práctico con temas especiales, con asistencia de dermatólogos extranjeros y del país, en el cual se realizará numerosa presentación de enfermos y se actualizan distintos puntos de la especialidad.

Los inscritos extranjeros harán práctica en los consultorios privados de los directores del curso.

El curso se dicta bajo la dirección del Profesor Dr. LUIS E. PIERINI con la asistencia de los profesores adjuntos: Dr. Julio M. Borda, Dr. José L. Carrera, Dr. Aarón Kaminsky; del director del Centro de Micología Profesor Dr. Pablo Negroni y el elenco de Jefes de Clínica y de Trabajos Prácticos de la Cátedra.

La inscripción deberá hacerse en el Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas- Paraguay 2155- Buenos Aires- Argentina. Los médicos no graduados en la Universidad de Buenos Aires pueden hacerlo en forma provisoria, por carta, debiendo posteriormente traer la foto-copia del título para realizar la inscripción definitiva. El curso será gratuito.

Se realizará en el Servicio de Piel del Policlínico Rawson (Pabellón 8) Av. Alcorta 1402- Buenos Aires- Argentina- Teléfono No. 23.2891, donde pueden dirigirse los interesados para solicitar otros informes.

Para obtener el diploma del Curso de Especialización deberán aprobarse los exámenes mensuales, cuyos temas serán anunciados con la debida anticipación, y la prueba final.

Buenos Aires, 7 de marzo de 1955