

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 5 — MEDELLIN, NOVIEMBRE DE 1955 — NUMERO 10

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.  
Sr. Gerardo Paredes F.  
Director de la Biblioteca.

## ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

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

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente.

Dirección:

"ANTIOQUIA MEDICA"

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

# SUMARIO:

## TRABAJOS ORIGINALES

- Electroencefalografía en Epilepsia. - **Dr. Luis Carlos Posada G.** . . . . . 715
- Tratamiento Quirúrgico de la Neuralgia esencial del Trigémino con conservación de la sensibilidad. - **Dr. Hernando Corredor** . . . . . 724

## RESUMEN DE CONJUNTO

- La prevención y el tratamiento de las diarreas ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana . . . . . 731

## EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

- Accidentes consecutivos a las pexias uterinas. - **Dr. R. Merger, J. Levy, J. Martín y J. Melchior.** - Traducción **Dr. Alonso Restrepo M.** . . . . . 739

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

- Boletín N° 13 . . . . . 753
- Boletín N° 14 . . . . . 755

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

- Directivas de la Universidad de Antioquia . . . . . 759
- Decanos de la Fac. de Medicina con sus fechas de tenencia. 759
- Directivas de la Facultad de Medicina . . . . . 760
- Profesorado de la Facultad de Medicina por Posiciones . . . 760
- Profesorado de la Facultad de Medicina por posiciones y Departamentos . . . . . 766
- Médicos graduados en la Facultad de Medicina con sus fechas y temas de tesis . . . . . 774
- Alumnos de la Facultad de Medicina que terminaron sexto curso e inician internado . . . . . 821
- Normas para los exámenes de admisión y para Matrícula en Fac. de Medicina de la U. de A. en 1956 . . . . . 821
- Calendario para 1956 . . . . . 823
- Distribución de Actividades en enero de 1956 . . . . . 826
- Pensum y Horario para 1956 . . . . . 827
- Boletín N: 48 . . . . . 829
- Boletín N° 49 . . . . . 841

## NOTICIAS

- Ateneo de Estudios Superiores del Hospital Mental de Antioquia . . . . . 850
- Deontología Médica - **Dr. Gerardo Paz Otero** . . . . . 853
- Indice de Autores . . . . . 855
- Indice de Materias . . . . . 860

# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

---

VOLUMEN 5 — MEDELLIN, NOVIEMBRE DE 1955 — NUMERO 10

---

## TRABAJOS ORIGINALES

### ELECTROENCEFALOGRAFIA EN EPILEPSIA

DR. LUIS CARLOS POSADA A.  
Director del Hospital Mental Medellín.

La historia de la electroencefalografía data desde 1874 en que Caton y English man descubrieron la actividad eléctrica de los animales vivientes. En 1880 Beck demostró en la corteza cerebral de un perro, la fluctuación potencial eléctrica, cuando se estimulaba por iluminación los órganos visuales, y al mismo tiempo, comprobó que estas fluctuaciones eléctricas no se debían al pulso arterial ni a la respiración. Luego Goth y Horley comunicaron de las actividades eléctricas corticales en su estudio de las localizaciones de las funciones del sistema nervioso central, aparecido en 1882.

En 1892 Beck y Cibulski, demostraron que el daño traumático de la corteza cerebral modificaba la actividad eléctrica. Danilewsky (1891), Larionow (1898), y Tribus (1900), estudiaron las respuestas electrocorticales a los diversos estímulos aplicados en los nervios.

Hans Berger en 1902 y en 1907 obtuvo gravados de fluctuaciones espontáneas cerebrales en animales, pero nunca pudo obtener variaciones en estos potenciales cerebrales por medio de estímulos sensoriales, hasta 1924 cuando obtuvo un electroencefalograma humano.

Tchiriev en 1904 negó la actividad electrocortical y manifestó que las fluctuaciones potenciales de la corteza eran debidas al pulso dentro de las arterias. En 1912 Haufmann, reafirmó el hecho de que los potenciales eléctricos de la corteza eran influenciados por los estímulos sensoriales y que su función era de origen neuronal.

Neminsky en 1906, fue el primero en usar el galvanómetro de Einthoven y en 1913 demostró los potenciales corticales, al estimular el nervio ciático en el perro, y en 1925 presentó su trabajo sobre la actividad cortical en el perro y usó por primera vez la palabra electroencefalograma.

El primer informe de electroencefalograma en el hombre fue publicado por Berger en 1929 y fue mirado con incredulidad. Sin embargo, en 1934 demostró que el cerebro humano tiene una actividad eléctrica que viene de las neuronas y no de los vasos, y que cambia con la edad, los estímulos sensoriales y con el estado psicoquímico del organismo.

Fisher en 1933 comunicó que el cerebro de los animales bajo drogas convulsivantes, desarrolla ondas de gran voltaje en el electroencefalograma. Esta observación crucial llamó la atención del grupo de investigadores de la Universidad de Harvard (Gibbs, Davis, Lennox- 1935), quienes se dedicaron al estudio de los pacientes con epilepsia. Gray Walter (1936) hizo un adelanto considerable, al demostrar que los tumores cerebrales podían ser localizados por medio de la electroencefalografía.

Gibbs and Gibbs en 1940 analizan los gravados de las disritmias cerebrales en la epilepsia, publicando sus resultados en las dos ediciones del "Atlas of Electroencephalography". H. Hasper en 1941 publicó su capítulo sobre electroencefalografía en el libro "Epilepsia y las localizaciones cerebrales", con Penfield y Erickson.

Cohn en 1949 publicó su "test of Clinical Electroencephalography". El resto es muy reciente en la historia y de allí la dificultad para analizarlo con detalles ya que hoy en día la electroencefalografía es mundial en todos los Centros Científicos de Neurología, de Psiquiatría, de electrofisiología y especialmente en los hospitales dedicados al estudio y tratamiento de enfermos epilépticos.

Ningún otro método ha sido tan bastantemente aceptado para el estudio de la epilepsia y para el análisis del fenómeno bioquímico epiléptico, como la gráfica del potencial eléctrico del cerebro humano. De allí, que en la última década el considerable acumulo de trabajo investigativo en este sentido, haya contribuido de una manera fundamental al conocimiento de las disritmias cerebrales. Sin embargo, esta investigación no ha resuelto por completo la etiopatogenia de los desórdenes convulsivos, aunque en realidad de verdad si contribuyen para nuestro mejor entendimiento, de los mecanismos electrocorticales que se producen en las manifestaciones, de tan discutido problema. Debido a estos conceptos, hoy en día, no se acepta ningún

diagnóstico de epilepsia sin un estudio a fondo electroencefalográfico del potencial cerebral.

### MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo se basa en el estudio de 1169 electroencefalogramas, tomados en el transcurso de 5 años en la sección de electroencefalografía del Centro Neurológico.

Las gráficas fueron tomadas en el Equipo Grass, modelo 3 de 8 canales, con la calibración internacional de 5 milímetros para 50 microvoltios, usando primero las tomas monopolares, luego las bipolares y al fin dos minutos de hiperventilación. Se usaron 19 electrodos colocados en las áreas frontal, frontal inferior, motor, parietal, temporal anterior, temporal posterior y occipital de cada hemisferio, colocando además dos electrodos a tierra en la línea media. Usamos los tripodes de Remond, con electrodos de plata, cubiertos en gaza impregnada en suero salino, a una distancia de 5 cmts. inter-electródica.

El 65, 95% de estas gráficas (771), presentaron disritmia cerebral - epiléptica, discrimina en la siguiente forma.

Cuadro Nº 1

	Tipo de epilepsia.	Nº	%
FORMAS PURAS.	GM.	409	53,04
	—PM.	13	1,69
	PSMA.	12	1,55
FORMAS	GM. PM.	149	19,32
	GM. PSM.	129	16,74

MIXTAS.		
	PM. PSM.	10
		1,30
	GM. PM. PSM.	19
		2,46
EPILEPTOIDES.	30	3,90
TOTAL	771	100

En las 771 gráficas, encontramos localizaciones especificadas en el siguiente cuadro.

Cuadro N° II

Lóbulo.	Derecho	Izquierdo	Bilateral	Total
FRONTAL	11	6	1	18
PREFRONTAL	5	11	2	18
PARIETAL	1	2		3
SIMPLES.				
TEMPORAL	3	9	7	19
OCCIPITAL	1	2	2	5
FRONTO-PREFRONTAL	14	9		23
PREFRONTAL-PARIETAL	2	6	1	9
PARIETO-OCCIPITAL	3	15		18
COMBINADAS TEMPORO-FRONTAL	5	3		8
TEMPORO-PREFRONTAL	9	18		27
TEMPORO-PARIETAL	2	7		9
TEMPORO-OCCIPITAL		2		2
HEMISFERICO		3		3
TOTAL.	56	93	13	162

## ANALISIS DE LAS ONDAS.

Del estudio electroclínico de los epilépticos, hemos llegado a la conclusión que las epilepsias solo se pueden dividir en dos grandes categorías. Las epilepsias generalizadas y las epilepsias parciales de acuerdo con Jackson, Penfield, Gastau et all. Todas se manifiestan por ondas eléctricas corticales y subcorticales, que conservan más o menos una matriz definida, para lo que se ha llamado clínicamente el ataque de Gran Mal, el ataque de Pequeño Mal, el ataque Psicomotriz, el ataque Jacksoniano y últimamente fuera de éstas, las crisis epilépticas parciales. Estas últimas representan descargas de una zona o de varias zonas circunscritas del cerebro, que tendrán tantas manifestaciones objetivas y subjetivas, periféricas y centrales, cuantas zonas funcionales tenga el cerebro, más la combinación de todas ellas, ya que el cerebro funciona como una unidad. De esto se desprende que no es fácil hacer una clasificación eléctrica ajustable a todas las manifestaciones clínicas de la epilepsia, porque por ejemplo, existen casos que electroencefalográficamente presentan onda y espiga 3 por segundo, que de acuerdo con los estudios clásicos corresponderían a la disritmia sincrónica del Pequeño Mal, siendo en realidad, el exponente eléctrico de una disritmia clínicamente psicomotriz, que empeora con (las Dionas, tridione y paradione), y mejora con las sales metílicas y difenílicas de los hidantoinatos. (mesantoina-epamín). Esto es más evidente aun, cuando aparece la descarga onda y espiga, 3 por segundo, en las tomas temporales de enfermos que clínicamente padecen de epilepsia psicomotriz.

La clasificación original electroencefalográfica de Gibbs, Gibbs and Lenox, (1937-38 a), basada en las ondas aparecidas durante los ataques de Gran Mal, Pequeño Mal y Psicomotor, fue descrita por ellos como sigue: "El Gran Mal está caracterizado por una extrema exageración de la actividad rápida y lenta, además en estas disritmias aparece con frecuencia asociada la amplitud alta anormal..." En los últimos años estos mismos autores describieron una cuarta variante electrográfica anormal; la espiga onda lenta de 4 o más por segundo o variante del Pequeño Mal.

Las clasificaciones de onda y espiga como de Pequeño Mal de Gastaut, Gibbs y Gibbs Lenox, y de espiga y ondas de 2, 3 por segundo del Gran Mal, de Jasper y Penfiel, nos demuestran claramente la disparidad de opiniones que existen en el análisis de las ondas paroxísticas cerebrales, y de la dificultad de hacer corresponder esas ondas cerebrales siempre a una misma forma de crisis convulsivas.

Hoy en día y de acuerdo con Gastaut; el aspecto electroencefalográfico de las epilepsias, puede ser generalizado o parcial. En la epilepsia generalizada, la descarga eléctrica aparece sobre toda la superficie cerebral", es explosiva, simétrica, bilateral y sincrónica". Esta disritmia solo se presenta en el Gran Mal y en el Pequeño Mal y entre sí solo difieren en el ritmo; El Gran Mal tiene un ritmo de 10 a 12 ciclos por segundo, cuya frecuencia se retarda progresivamente hasta 6 y 8 ciclos por segundo, seguido de episodios de silencio que separan brotes de ondas rápidas difásicas, o monofásicas hasta 30 o más por segundo. La fase clónica de las crisis corresponde al ritmo beta de la gráfica y la fase clónica al ritmo delta decreciente. En los períodos inter-ictales y en enfermos tratados con anticonvulsivantes, que son enviados al electroencefalografista para confirmar el diagnóstico, hemos observado que las formas generalizadas del Gran Mal se caracterizan por un ritmo rápido beta generalizado de poco voltaje con espigas y ondas monofásicas y difásicas en serie. Otras veces aparecen ondas lentas decrecientes generalizadas de corta duración (1-2 segundos) seguidas de ondas rápidas con espigas, y en muchas ocasiones, solo hemos encontrado espigas difásicas o monofásicas aisladas dentro de un ritmo Alfa.

El Pequeño Mal en su forma clínica de ausencia, se caracteriza por el clásico linomio de Gibbs Gibbs. Lenox-Jasper, de espiga y onda lenta de 3 por segundo; excepcionalmente 3, 5 por segundo, de gran voltaje (300-400 microvoltios), regular, generalizada, simétrica, bilateral y sincrónica. En este ritmo lo más frecuente, regular y de mayor importancia es la frecuencia de la onda lenta de 3 por segundo. El componente de la espiga; puede preceder a la onda, estar en la fase ascendente, en la cima, en la fase descendente o entre las ondas; su voltaje puede ser desde 5 microvoltios hasta un voltaje mayor que la onda.

La forma mioclónica del Pequeño Mal generalizado, se caracteriza según Gastaut por un brote de espigas que el ha propuesto llamar "poliespiga" seguido de unas pocas ondas lentas, todo ello de frecuencia igual a la del Gran Mal sincrónico. Sin embargo en los períodos de reposo del Pequeño Mal, es decir cuando clínicamente no hay manifestación de ausencia o de fenómeno mioclónico, aparece siempre la onda y espiga de 3 por segundo aislada, o en estallidos despertados por los métodos de estimulación cortical.

Estas epilepsias generalizadas son episodios anormales dentro de una función normal del cerebro (Gastaut). Así vemos en la clínica que todo ser humano, puede desencadenar una crisis generalizada

por hipoglicemia, como en los comas insulínicos; por metrazol, como en los choques cardiazólicos, o por la exageranda concentración de  $\text{Co}_2$  en el tejido cerebral. Luego la electroencefalografía no define la clínica, ni la onda define la crisis, es la coordinación de las dos lo que lleva el diagnóstico.

Las variantes del Gran Mal y del Pequeño Mal, bajo el punto de vista electroencefalográfico, no pueden ser todas epilepsias generalizadas, ya que, las espigas esporádicas, las ondas agudas esporádicas o en series, el complejo de espiga aguda y onda lenta de 2, a 2,5 por segundo (Penfield and Jasper 1954), el complejo de onda y espiga de 3 por segundo esporádica, no generalizado, las ondas delta con cima de serrucho, del ataque psicomotor, el ritmo tetha de Gray Walter, que puede aparecer en ciertos epilépticos, el ritmo paroxístico, 8 a 12 por segundo de gran voltaje, el ritmo 14, 16 por segundo, el ritmo 30, 36 por segundo desorganizado, monofásico o difásico, son expresiones de disritmias parciales corticales o subcorticales, localizadas en áreas aisladas y que en determinadas ocasiones, irritan toda la corteza, produciendo una forma difusa en todo un hemisferio o en ambos hemisferios. Esta irritación depende de la extensión del foco, o de la vecindad del foco a los substractun anatómicos de las fibras comisurales, que conectan los hemisferios o los diferentes lóbulos entre sí, o a fibras cortico-diencefálicas.

## EPILEPSIA TEMPORAL

La epilepsia psicomotora, es una epilepsia aparte de reciente estudio. El primero que trató de individualizarla fue Gibbs and Gibbs en 1938. Clínicamente las manifestaciones son muy complejas y atípicas, se caracterizan por crisis psico-sensoriales, vegetativas y somáticas con automatismos y manifestaciones de Rapto emocional. Electroencefalográficamente se caracterizan por cualquiera de las siguientes ondas localizadas en los lóbulos temporales: 1º Ritmo tetha uni o bilateral, de 4 a 6 por segundo. (Penfield— Jasper 1954) 2º Por descargas generalizadas de ondas lentas 6 por segundo, con gran amplitud y vértice aplanado. (Gastaut), 3º Descargas generalizadas o localizadas de ondas lentas con cima en serrucho, 4º Descargas de espigas negativas localizadas en la parte anterior del lóbulo temporal (Gibbs-Gibbs), y 5º cualquier tipo de desorganización localizado en las áreas temporales comprendido desde la simple alteración en la modulación y frecuencia, o la aparición de espigas difásicas o mono-

fásicas, o el complejo espiga y onda de 3 por segundo, hasta el ritmo beta de poco voltaje.

La disritmia temporal es variable durante las crisis ictiales, los períodos inter-ictiales y la electrocorticografía, debido a que en realidad de verdad la epilepsia psicomotora tiene un origen en todo el rинencefalo y el mesodiencefalo repercutiendo sobre el lóbulo temporal, el cual por su posición superficial es el más accesible a las tomas a través del cráneo. De allí, que en los intervalos de las crisis, muchas veces no se encuentra ninguna disritmia temporal localizada, sino, difusa a todo un hemisferio o a ambos hemisferios, o lo que es aún más expresivo, no se encuentra ninguna disritmia. De las 771 gráficas epilépticas encontramos 170 electroencefalogramas con ondas psicomotoras es decir el 22,05%. De ellos 65 presentaron localización temporal discriminada en la siguiente forma:

Descarga localizada exclusivamente a un solo lóbulo temporal . . . . .	12 casos
Descarga temporal bilateral . . . . .	7 „
Descarga temporo-frontal . . . . .	8 „
Descarga temporo-prefrontal . . . . .	27 „
Descarga temporo-parietal . . . . .	9 „
Descarga temporo-occipital . . . . .	2 „
Total . . . . .	65 „

En las demás gráficas encontramos las ondas psicomotoras distribuidas en forma de descargas generalizadas, difusas, alternadas casi siempre con otras ondas correspondientes a las disritmias generalizadas o parciales del Gran Mal y del Pequeño Mal.

Los tipos de onda más comunes que analizamos en las disritmias temporales en orden de frecuencia fueron: El lento de 6 por segundo con cima en serrucho; el lento de 6 por segundo con cima plana, las espigas negativas localizadas en el lóbulo temporal y por fin, las espigas difásicas con desorganización en la frecuencia y en la amplitud localizadas al lóbulo temporal.

En algunos casos la electroencefalografía es de difícil interpretación y su análisis complejo, con mayor razón, en aquellos casos en que el examen se toma durante los períodos de receso. Hay muchos electroencefalogramas que solo muestran una desorganización generalizada a trechos, que han sido considerados como epileptoides, término, que aunque justo, no es bien claro, y en nuestro concepto todos

estos casos deben ser estudiados más a fondo usando métodos que disminuyan el dintel de excitación cortical tales como la hiperventilación prolongada, la inyección de metrazol endovenosa rápida de 200 miligramos, o la inyección intravenosa lenta de una solución al 5%, a la velocidad de 50 a 100 milig. por segundo; o la fotoestimulación y la estimulación mixta de fotoestimulación y metrazol por el método de Gastaut.

En nuestra casuística encontramos 4 electroencefalogramas, que presentaron ondas epilépticas solo durante la hiperventilación después de haber manifestado un ritmo Alfa normal durante todas las demás tomas. Encontramos 30 casos epileptoides, que a pesar de la hiperventilación, no manifestaron una disritmia franca epiléptica generalizada o localizada, sino modificaciones de poca intensidad en el voltaje y modulación del ritmo, que nos impedían dar un concepto diagnóstico positivo de epilepsia. En estos casos la anamnesis y el estudio clínico del enfermo es más concluyente en el diagnóstico que la electroencefalografía, así como también, hay casos en los cuales la electroencefalografía es más influyente que la clínica. De aquí, y de acuerdo con la mayoría de los autores, el diagnóstico de la epilepsia, se logra verificar en 2/3 de los casos con solo el estudio clínico minucioso e interrogatorio pormenorizado, con la electroencefalografía solo se logra diagnosticar la epilepsia en un 60 a 70% de los casos; con la electroencefalografía asociada a los métodos de estimulación farmacológica y fotoestimulación, en los 2/3 de los casos, y con la asociación de la anamnesis, la clínica, la electroencefalografía y los métodos de estimulación, se logran diagnosticar del 90 al 95% de los casos de epilepsia.

Para nosotros la electroencefalografía ha sido de gran utilidad para el diagnóstico de la epilepsia, nos ha servido como guía en el tratamiento, útil para el control clínico de los enfermos, de gran acierto para el manejo adecuado de las dosis de las drogas anticonvulsivantes, y para tratamiento quirúrgico de muchos enfermos.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 GIBB and GIBBS. Atlas of electroencephalography. ADDISON WESLEY PRESS. Inc. Cambridge, 1950.
- 2 COHN. R. Clinical Electroencephalography. Mc GRAW-Hill-Book comp. Inc. New York. 1949.
- 3 GASTAUT. H. Epilepsia temporal. Conferencia dictada en Unidia Bogotá, 1954.

- 4 GASTAUT. H. SO-Called "Psychomotor" and "Temporal" epilepsy-  
A critical Study. Epilepsia Vol 2 Nov. 1953.
- 5 PENFIELD and JASPER. Epilepsy and the functional anatomy of the  
Human Brain. Little, Brown and Comp. Boston, 1954.
- 6 PIEDRAHITA R. Electroencefalografía en epilepsia. Tesis de grado.  
Medellín, 1949.

---

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA NEURALGIA ESENCIAL DEL TRIGEMINO CON CONSERVACION DE LA SENSIBILIDAD

(Operación de Taarnhj).  
Comunicación previa.

**Profesor, Dr. Alfonso Asenjo G.**  
**Dr. Hernando Corredor**  
SANTIAGO — CHILE  
1 9 5 4

Desde 1940 nos hemos preocupado en el seno de nuestra Sociedad, en diferentes oportunidades, de la enfermedad descrita por John Fotherhill en el siglo XVIII cuya compleja etiología y patogenia aún no es completamente conocida. Ella ha sido tratada por diferentes tipos de terapéuticas médicas y quirúrgicas desde la antigüedad y como sabemos, fue Marechal quien intervino por primera vez directamente seccionando los nervios periféricos.

En los trabajos presentados por el Instituto, Asenjo (1940); Contreras (1943) Asenjo en (1949) hemos dado a conocer la historia de la terapéutica quirúrgica y al mismo tiempo los diferentes tratamientos que habíamos empleado y las ventajas que presentaba cada uno de ellos.

Es interesante anotar que la técnica de Frazier tiene más de medio siglo de experiencia, vale decir, la sección retroganglionar de la raíz sensitiva del trigémino hecha por vía extradural y mantiene hasta ahora, un sitio destacado dentro de las que se emplean para combatir esta afección, sobre todo en los enfermos en mal estado ge-

neral y ancianos, ya que sabemos que dicha técnica casi no presenta mortalidad.

El procedimiento de Dandy, que corta la raíz sensitiva del trigémino por vía posterior, tiene la gran ventaja de que se evitan las parálisis faciales, se deja con toda seguridad indemne la raíz motora del trigémino y no hay queratitis porque no se alteran las fibras tróficas que ingresan en el ganglio de Gasser. Esta técnica nos ha demostrado desde el punto de vista etiopatológico que en una alta proporción de enfermos para algunos que llega a un 60%, se ven en el sitio correspondiente a la raíz sensitiva alteraciones patológicas tales como malformaciones vasculares, tumores, y procesos de aracnoiditis, que pueden ser los causantes de la neuralgia.

Fuimos entusiastas de la técnica de Sjöqvist y tal como lo manifestó el autor en el Congreso internacional de Neurología de París, (1949) fuimos no sólo de los primeros que la ensayamos, sino que, los que tuvimos una de las mayores estadísticas. Sin embargo, a través de los años, hemos visto que esta técnica presenta el grave inconveniente de la recidiva en un 20 a 25% de los casos.

En 1949 dimos a conocer la experiencia del Instituto en 102 casos de neuralgias del trigémino y analizamos todos los factores que ya hemos enumerado anteriormente.

Hemos sido siempre sostenedores de que la neuralgia esencial del trigémino permanecería como una esencia mientras nosotros no descubriéramos cual era la causa originaria de ella y adelantemos en varias oportunidades que para nosotros podría ser una causa de origen vascular o edematosa, ya que su característica fundamental era la de ser paroxística.

Taarnhj (1951) comenzó a tratar neuralgias esenciales del trigémino haciendo la abertura de la pared anterior del ganglio de Gasser y especialmente de la vaina por donde la raíz pasa desde la fosa posterior por debajo de la tienda del cerebelo hasta el cavum de Gasser.

Mas tarde Love empleó la misma técnica y patrocinó hacer la abertura de la cápsula exterior y de la vaina a través de una vía extradural.

En nuestro estudio nosotros hemos empleado la vía intradural de acuerdo con la siguiente técnica.

- 1o. anestesia general con intubación.
- 2o. posición del enfermo en decúbito lateral. La cabeza en decúbi-

to lateral derecho o izquierdo de acuerdo con el lado que se va operar.

30. incisión de 8 a 10 cms de largo desde el arco zigomático hacia arriba y ligeramente atrás, a 2 cms por delante del pabellón de la oreja.
40. separación de los músculos temporales a derecha e izquierda y mantención de esta abertura con un separador de Weitlamer. Trefinación con una trefina de Galt de 3 cms en la fosa temporal respectiva y levantamiento de este trozo óseo; craniectomía con gubea hasta de 5 cms de diámetro.
50. abertura de la meninge en la forma en que se indica en el dibujo adjunto, es decir haciendo dos pequeños colgajos inferiores y un colgajo superior, el que no se incinde completamente. Levantamiento de la meninge. En estos momentos se deja caer la cabeza del enfermo, en tal forma que el lóbulo temporal se pueda rechazar fácilmente hacia abajo y hacia la línea media.

Se rechaza el lóbulo temporal, se ligan las venas que van desde el temporal hacia el seno eseno-frontal, las meníngeas medias y las venas de la base. Separado el lóbulo temporal se llega a identificar el seno petroso superior, la arteria meníngea media en su entrada por el agujero espinoso y la pared anterior del ganglio de Gasser. Identificado el seno petroso, se incinde la cápsula del ganglio de Gasser siguiendo la línea media en una extensión de 8 milímetros a partir del seno hacia adelante y abajo. Se separa la pared anterior del ganglio de Gasser con un bisturí en ángulo de Adson, del ganglio mismo y de su raíz sensitiva; se penetra hacia la fosa posterior tratando de identificar el canal donde pasa la raíz dejándolo completamente libre. Se colocan dos clips de Cushing desde la extremidad superior de la incisión que van a ligar el seno petroso superior. Colocados los dos clips se prolonga la incisión hacia atrás incidiéndose el seno petroso y abriéndose ampliamente la vaina por la cual pasa la raíz sensitiva. Se identifica bien esta raíz, se separa de las adherencias de los alrededores y se ve su trayecto hasta la protuberancia. Terminado este tiempo operatorio se hace una hemostasis con algodón prensado (Cottonoid) impregnado de agua oxigenada y si es necesario con pequeños trozos de Pangostop u otra fibrina de tampón.

La hemostásis es fácil y después de 2 o 3 minutos de presión encima del ganglio ya no hay vasos que sangran. Hemostasis prolija de la meninge de la fosa media y en la superficie del lóbulo temporal. De nuevo se comienza a rehacer la brecha saturando la meninge y co-

locando el trozo de hueso que se ha extraído con la trefina y haciendo sutura del plano muscular, de la galea y de la piel.

A continuación están los casos en que hemos hecho esta nueva operación:

**CASO Nº 1.** — Obs. 7726. F. L. V. - Enferma de 58 años que ingresa al Servicio presentando dolores paroxísticos de la hemicara derecha. Hacía 7 años se había iniciado su enfermedad y evolucionaba en forma progresiva en intensidad y frecuencia. El dolor era breve, intenso, en forma de crisis, ocupaba el territorio de distribución de la segunda y tercera rama del trigémino. Se exacerbaba con los cambios de temperatura y se acompañaba de trastornos simpáticos.

El examen físico y neurológico fue negativo. Exámenes complementarios normales. Como el dolor no cedió a ninguna terapia, se indicó tratamiento quirúrgico practicando el Profesor Asenjo la operación de Taarnhj el 18 de Diciembre de 1933. La enferma hizo un buen post-operatorio y el dolor desapareció completamente conservando íntima su sensibilidad y el reflejo corneal.

**CASO Nº 2.** — Obs. 7718. L. A. O. - Enferma de 80 años ingresada en Diciembre de 1953, que desde hacía tres meses presentaba una neuralgia de la segunda rama del trigémino izquierdo, con zona algogena en el ala y borde de la nariz a izquierda. El examen neurológico como los exámenes complementarios fueron negativos y como no cediera a las alcoholizaciones, se decidió intervenirla practicándose la operación descompresiva de Taarnhj. El post-operatorio evolucionó sin contratiempos apreciándose desaparición del dolor espontáneo y provocado de la segunda rama del V par izquierdo, con conservación de la sensibilidad superficial.

**CASO Nº 3.** — Obs. 7729. A. B. - Paciente de 64 años que presentaba desde hacía 13 años dolor en el territorio de distribución del V par derecho con características de neuralgia esencial del trigémino. Los diversos tratamientos a que se sometió no consiguieron sino alivio temporal para su dolor. El examen neurológico fue normal. Los exámenes de rutina de laboratorio fueron normales por lo cual se le indicó intervención quirúrgica, practicándose operación de Taarnhoj. Desde el mismo día de la intervención la paciente se vio liberada de sus dolores, encontrándose reflejo corneal

normal y sensibilidad superficial conservada. Hizo un magnífico post-operatorio y fue dada de alta a los 5 días de operada.

**CASO Nº 4.** — Obs. 78-20 S. S. - Enfermo de 59 años, ingresado al Servicio en Febrero del presente año, sin antecedentes de importancia que desde 1947 presentaba crisis dolorosas fulgurantes de la hemicara derecha, particularmente en el territorio de la 2ª y 3ª ramas del trigémino derecho, teniendo las características de esencial y no habiéndose conseguido ninguna mejoría con los tratamientos efectuados. Se operó practicándose operación de Taarnhj. El dolor desapareció y la sensibilidad de la cara se conservó íntegramente.

**CASO Nº 5.** — Obs. 7886 M. C. A. - Enferma de 33 años operada por tractotomía bulbar en 1943 a causa de una neuralgia del V par derecho que reapareció al año de intervenida. Reingresa a nuestro Servicio el 13 de Marzo de 1954 con una algia paroxística de la primera y segunda rama del V par derecho. Los exámenes complementarios son normales, salvo el otoneurológico que confirma una otitis crónica derecha. Se interviene el 18 de Marzo por una operación de Taarnhj, comprobándose una vascularización exagerada y anormal en la superficie de la cápsula del ganglio de Gasser. Los dolores desaparecieron conservando la sensibilidad de la cara y la enferma hizo un rápido y buen post-operatorio.

**CASO Nº 6.** — Obs. 7936. R. L. C. 64 años con antecedentes de Tabaquismo crónico y arterioesclerosis que desde 1951 presenta algia paroxística de la hemicara izquierda agravada por la frecuencia y la intensidad de las crisis. En el examen físico se encontró hipertrofia cardíaca. El neurológico reveló dolor en la salida de la II rama del V par izquierdo, con sensibilidad conservada y reflejo corneal normal bilateralmente. Los exámenes complementarios descartaron una lesión orgánica del V par por lo cual se intervino practicándose la operación de Taarnhj. El post-operatorio evolucionó bien pero al darse de alta la enferma acusaba dolor espontáneo localizado en la 1ª rama que se atribuyó a un pequeño hematoma de la región.

**CASO Nº 7.** — Obs. 7961. J. T. M. 54 años sufría de neuralgia del trigémino desde 1947. El dolor se inició por la segunda rama pero se extendió y llegó a tomar la primera y la terce-

ra; las crisis llegaron a ser tan violentas que la enferma ya no podía comer; fue sometida a tratamientos antiálgicos, vitaminoterapia, alcoholizaciones, histamina y cortizona sin obtenerse ningún resultado. Se intervino practicándosele operación de Taarnhj evolucionando en muy buenas condiciones con desaparición de los dolores y conservación de la sensibilidad.

**CASO N° 8.** — Obs. 8130. P. Y. P. es un paciente a quien se le practicó en 1951 una operación de Frazier por una neuralgia esencial del 5° par derecho; posteriormente se le hizo una evolución del nervio supraorbitario quedando durante tres años sin dolor alguno hasta el mes de Mayo del presente año en que reapareció la sintomatología dolorosa localizándose en el ala derecha de la nariz e irradiándose de allí hacia la región ciliar y frontal del mismo lado. El 24 de Junio se intervino abriéndose parcialmente la cápsula del ganglio por dificultades en la hemostasia. El post-operatorio fue normal en cuanto a la cicatrización de la herida quirúrgica no así en cuanto a las molestias dolorosas que persistieron, por lo cual se indicó reintervenirlo. Después de reoperado el enfermo no volvió a registrar dolor alguno, dándosele el alta en buenas condiciones.

**CASO N° 9.** — Obs. 8259 D. V. C. - Enferma de 54 años sin antecedentes de importancia que presentaba una neuralgia trigeminal de la segunda y tercera ramas del lado derecho desde hacía 14 años. El dolor aumentó en intensidad y frecuencia no cediendo a ningún tratamiento médico. El examen neurológico y radiológico fueron normales por lo cual se la hospitalizó y se le practicó operación de Taarnhj. La enferma hizo un rápido y buen post-operatorio no volviendo a registrar dolor y el examen mostró indemnidad de la sensibilidad facial.

### COMENTARIOS .

Presentamos nueve casos de neuralgia esencial del trigémino operados con la nueva técnica de Taarnhj en que se hizo la descompresión del ganglio de Gasser y su raíz por vía intradural, sin interrupción de las fibras sensitivas.

Siempre fuimos sostenedores de que la neuralgia esencial del trigémino permanecería como una esencia mientras no descubrimos la causa originaria de ella y es al autor de éste nuevo método quirúrgico a quien se debe la concepción, de que pequeños cambios quizás

de origen vascular en los tejidos, pueden dar origen a la compresión de la raíz, que corre desde el ganglio posterior a través del canal estrecho formado por la dura y el borde superior de la roca. Nosotros en las neuralgias del trigémino operadas hemos encontrado vascularización normal y excesiva encima de la cápsula del ganglio de Gasser; igualmente en el examen histopatológico de 1 cápsula se han encontrado calcificaciones anormales e hiperplasia con aspecto de aracnoiditis de la raíz posterior. Ulteriormente daremos a conocer un estudio histopatológico sobre estos hallazgos.

Con esta nueva operación se conserva en su totalidad la sensibilidad de la cara, no es lesionada la raíz motora y no se presentan queratitis.

Estos pacientes no requieren mayores cuidados y 8 de nuestros enfermos hicieron un magnífico y rápido post-operatorio, con resultado inmediato satisfactorio ya que hubo desaparición total del dolor trigeminal.

Uno tuvo que ser reoperado por haberse hecho una abertura incompleta de la cápsula.

No hemos registrado complicaciones tales como herpes simple ni parálisis de los nervios oculomotores.

El período de observación de los enfermos alcanza desde seis, a dos meses.

## CONCLUSIONES.

Se presentan nueve casos de neuralgia esencial del trigémino operados con la técnica de Taarnj con algunas modificaciones.

No hay mortalidad post-operatoria. La técnica es sencilla y bien ejecutada no da complicaciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. — ASENJO A. Neuralgia del Trigémino. Arch. Soc Cirujanos Hosp. 1940 10 281 - 284.
2. — ASENJO A. Neuralgia del trigémino, operación de Sjöqvist. Arch Soc. de Cirujanos. Hosp. 1940, 10; 534 - 536.
3. — ASENJO A. Tratamiento de la neuralgia del trigémino. Acad. Arg. de Cirugía. 1944, 28: 954 - 958.
4. — CONTRERAS M. Tratamiento quirúrgico de la Neuralgia del Trigémino Arch. Soc. de Cirujanos. Hosp. 1943, 13: 243-247.
5. — ASENJO A. y ALVAREZ LOYO J. Experiencia de 102 casos de Neuralgia del Trigémino. Neurocirugía. Vol. 7: 63-67.

6. — TAARNHJ. P.      DESCOMPRESSION OF THE TRIGEMINAL ROOT AND THE POSTERIOR PART OF THE GANGLION AS TREATMENT IN TRIGEMINAL NEURALGIA. Preliminary Communication I Neurosurg. 9: 288-290.
7. — TAARH J. P.      Descompression of the trigeminal Root. I Neurosurg 11: 299-305.
8. — LOVE. J. G.      Descompresión of the gasserian ganglion and its posterior root: a new tratmen for trigeminal neuralgia (preliminary report) Proc. Mayo Clin, 1952, 27: 257-258.

---

## RESUMEN DE CONJUNTO

### LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS ANTE LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Preparado por la  
Oficina Sanitaria Paname.ricana.

Tal vez el hecho nuevo de observación que más impresionara, en 1954 a la profesión médica y a los interesados en la salubridad continental fue la extrema importancia demográfica de las diarreas y enteritis, en los informes de los países a la última Conferencia Panamericana (1).

Con distintos nombres y bajo variados procedimientos de registro y clasificación, las diarreas aparecen como la primera causa de muerte en numerosos países y territorios y ocupan uno de los cuatro lugares siguientes en varios de los otros. El cuadro inserto muestra la situación individual de 18 países y los territorios que proporcionaron datos para el año de estudio elegido. En algunos de ellos, una proporción importante de las muertes no ha sido registrada o clasificada por causa, aminorando así la influencia efectiva de las diarreas. No obstante esos y otros vacíos, las diarreas constituyen claramente el factor individual más importante de atraso demográfico y una fuente principal de despilfarro económico y de vidas en la mayor parte del Continente.

En la medida en que, una tras otra, varias enfermedades transmisibles van siendo dominadas —cada vez más hasta interrumpir su

transmisión, se acrecienta la importancia de este grupo de infecciones intestinales, tan complejo en su etiología y patogenia como en los mecanismos de control y prevención. La circunstancia de que varios países hayan visto prácticamente desaparecer las diarreas de sus estadísticas y de sus hospitales, en el lapso de una o dos generaciones, constituye acicate adicional al interés por aplicar las medidas de control conocidas y por estudiarlas mejor (2, 3).

Dos factores en especial, aparte de esta información sobre la gravedad del daño que las diarreas producen, justifican plenamente su alta prioridad en las discusiones de la Conferencia Panamericana (4) y en las preocupaciones de los organismos de salud pública y de la profesión médica. El primero es la aprobación de métodos administrativamente simples para la prevención de las muertes por diarrea, mediante el tratamiento precoz y expedito de los casos. El segundo tiene que ver con la posibilidad mejorada de evitar la enfermedad misma, a través de la acción concertada de los profesionales y servicios médico-sanitarios y de la colectividad en un programa que jerarquice las medidas más eficaces y susceptibles de aplicación en cada sitio.

Se examina sumariamente a continuación ambos factores, como fueron considerados por la XIV Conferencia. Ciertamente, al igual que ha ocurrido con otras enfermedades y problemas de salud pública, la acción médico-sanitaria específica gana posibilidades efectivas de controlar las diarreas cuando introduce medidas simples de tratamiento y prevención, compatibles con las potencialidades económicas y con los hábitos de la colectividad servida.

#### **Tratamiento Simplificado de las Diarreas Infantiles.**

Considerando que casi la totalidad de las muertes por diarrea ocurren en niños menores de áreas urbanas o rurales sin recursos de atención médica especializada, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó el esquema de tratamiento simple y económico que luego se reproduce (4).

- (a) En dos países y en un territorio el grupo de enfermedades intestinales.
- (b) Exclusive los países y territorios que no proporcionaron información a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.
- (c) Distrito Federal y capitales de Estado, salvo la ciudad de Sao Paulo.
- (d) Año 1951.

Lugar de las Enfermedades Gastro-intestinales (a) dentro de las Cinco Primeras Causas de Defunción Comunicadas por los Países y Territorios (b) de las Américas, 1952.

Países	Lugar	Territorios	Lugar
Brasil (c) . . . . .	Primero	Is. Leeward - San Cristóbal y Nieves . . . . .	Primero
Colombia . . . . .	Primero	Puerto Rico . . . . .	Primero
Costa Rica . . . . .	Primero	Is. Windward-Diminica . . . . .	Segundo
El Salvador . . . . .	Primero	Guayana Británica . . . . .	Tercero
Guatemala . . . . .	Primero	Trinidad y Tobago . . . . .	Tercero
México . . . . .	Primero	Is. Windward-Sta. Lucía . . . . .	Cuarto
República Dominicana . . . . .	Primero	Is. Windward-S. Vicente . . . . .	Cuarto
Venezuela . . . . .	Primero	Darbada . . . . .	Quinto
Chile . . . . .	Segundo	Is. Leeward-Antigua . . . . .	Quinto
Panamá . . . . .	Segundo	Is. Windward - Granada . . . . .	Quinto
Bolivia . . . . .	Tercero	Alaska . . . . .	—
Honduras . . . . .	Quinto	Bermuda . . . . .	—
Argentina . . . . .	—	Hawaii . . . . .	—
Canadá . . . . .	—	Islas Vírgenes, EUA . . . . .	—
Estados Unidos . . . . .	—	Jamaica . . . . .	—
Paraguay (d) . . . . .	—		
Perú . . . . .	—		
Uruguay (d) . . . . .	—		

Este no es el único método aconsejable. Su principal valor consiste en ofrecer a los médicos generales, enfermeras y personal auxiliar, un método simple de rehidratación precoz de lactantes y niños con diarreas, cuando no se dispone de las facilidades hospitalarias o de laboratorio, necesarias para un tratamiento especializado, incluyendo el uso de antibióticos, sulfas y otros.

**Procedimiento a seguir en el trastorno metabólico en casos de diarreas infantiles. (\*)**

I. Principios:

1. Tratar o prevenir trastornos de la circulación de la sangre y de la función renal.
2. Reponer las pérdidas de agua y de electrolitos.
3. Mantener un estado de equilibrio mientras se repone gradualmente la alimentación.

II. Casos moderados:

1. Suspender comidas y leche.

2. Ofrecer por vía bucal cada tres o cuatro horas, 25 cc. por kilo de peso de la siguiente solución glucosada electrolítica, diluída en la forma siguiente:

**Solución concentrada:**

Na Cl (cloruro de sodio)	1.5 gramos
K Cl (cloruro de potasio)	2.0 gramos
H <sub>2</sub> O (agua)	15.0 cc.
Jarabe hasta completar	75.0 cc.

Disolver primero las sales en agua hervida y luego agregar el jarabe.

Diluir 5 cc. (1 cucharadita) de la solución concentrada en 60 cc. (4 cucharadas) o la cantidad total en un litro de agua hervida.

Siendo la precocidad de la rehidratación un factor decisivo, los médicos deberán estimular y orientar la intervención oportuna de enfermeras, personal auxiliar y de las propias madres, en muchas regiones. Para este fin, y en ausencia de hospital o de farmacéutico, se obtendrá algún alivio con la siguiente solución casera:

Sal	1 cucharadita nivelada
Jarabe de maíz o azúcar	2 Cucharaditas niveladas
Agua	1 litro
Hervir la mezcla	

3. Después de 12 a 24 horas, si el niño orina, bebe la solución con ansia y tiene buen aspecto, reemplazar 1/4 de la solución en cada comida con una de las mezclas usuales de leche; o, si se alimenta de pecho, volver a darle el pecho durante uno o dos minutos.
4. Gradualmente, en el curso de 3 o 4 días, la solución debe reemplazarse enteramente por la mezcla de leche o la alimentación materna.

(\*) Adoptado del Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Luisiana, y presentado a la Conferencia por el Dr. Myron E. Wegman, ex-profesor de esa Universidad y actual Jefe de la División de Educación y Adiestramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana.

III. En casos graves:

1. Suspender toda ingestión por vía bucal.
2. Infusión intravenosa inmediata, en 30 a 60 minutos, de 10 cc. por kilo de peso de una de las dos soluciones siguientes:
  - a. Partes iguales de soluciones acuosas de Cloruro de Sodio al 0.9% y de glucosa al 5%, o
  - b. 1 parte de solución sexto-molar de lactato de sodio, 2 partes de solución acuosa de glucosa al 5%.
3. En casos extremadamente graves seguir con plasma o sangre, 20 cc. por kilo de peso.
4. Repetir indicación (2), dando 60 cc. por kilo de peso durante las 4 a 8 horas siguientes.
5. Ofrecer por vía bucal cada 3 o 4 horas la solución glucosada electrolítica diluída, descrita en el párrafo II, 2.

Si el enfermo, no tolera los líquidos pero orina, se le puede dar una solución estéril de

Na Cl (Cloruro de Sodio)	1.5 gramos
K Cl (Cloruro de Potasio)	2.0 gramos
Glucosa	100.0 gramos
H <sub>2</sub> O (agua) hasta completar	1000.0 cc.

por instilación intravenosa, 150 cc. por kilo de peso cada 24 horas. Esta solución no puede darse por vía subcutánea. Una solución similar, que contenga sólo 33 gramos de glucosa, puede administrarse subcutáneamente.

NOTA: Las soluciones de potasio, que son importantes para que el paciente se recobre, pueden ser tóxicos si los riñones no funcionan bien. No deben administrarse hasta que se establezca la micción.

6. Durante las primeras 24 horas la ingestión total deberá ser de alrededor de 200 cc. por kilo de peso.

**Medidas para la prevención de las Diarreas y su Importancia Relativa.**

Estas medidas, forman parte del bagaje de conocimientos de todo médico. Sin embargo el interés activo de la profesión en aplicarlas es muy limitado, principalmente a causa de su complejidad económica y cultural. De allí que la Oficina Sanitaria Panamericana ha

intentado destacar aquellas medidas que merecen más alta prioridad por su influencia directa en la prevención de las diarreas y por su posibilidad de aplicación en países y áreas de máxima incidencia y mínimos recursos sanitarios.

Se resumen a continuación las medidas contenidas en un documento inédito (6), preparado a base de las conclusiones de la XIV Conferencia con la asesoría de expertos pediatras, epidemiólogos y bacteriólogos.

1. Saneamiento - Las condiciones ideales de saneamiento están bien definidas en la mente y en las aspiraciones de médicos y de sanitarios, como base ineludible de la salud, el bienestar y el confort. Aquí no se habla de ese ideal, sino de aquellas fases elementales del saneamiento que tienen relación más directa con la prevención de las diarreas, miradas como una real emergencia que son.

a) Agua. El factor más importante, en la prevención de las diarreas, de acuerdo con la experiencia de Norteamérica y otros países, ha sido el empleo profuso del agua para el aseo personal y el lavado. Su efecto es disminuir el riesgo de ingerir grandes dosis de gérmenes diluyendo la contaminación presente, sobre todo en los utensilios y en las manos. En ausencia de recursos suficientes y de una contaminación grosera del agua, merece, pues, especial énfasis el suministro de una cantidad suficiente de agua en cada casa, como criterio directivo en los programas comunales y en la educación individual.

b) Disposición de Excretas. Es esencial para la prevención de las diarreas. Mientras se introducen sistemas adecuados en todas partes, la protección de las letrinas contra las moscas y la cobertura o entierro de las heces son las medidas más importantes. Los médicos pueden influir poderosamente para cambiar la actitud de las gentes hacia la disposición de las excretas, indispensable a la generalización de métodos sanitarios modernos.

c) Control de Moscas. Es un factor muy importante, pero muy difícil de controlar, sobre todo en las ciudades, como que depende principalmente de un saneamiento completo, que elimine los criaderos. En la prevención de las diarreas, lo importante es evitar el acceso de las moscas a las excretas (véase b) y a las casas y los alimentos; en áreas rurales, el alejamiento de los animales de las cercanías de la casa puede ser muy útil.

d) Control de los Alimentos. De importancia en las salmonelosis, representa una fase mucho más avanzada del saneamiento. Además

del hervido de la leche, práctica habitual en Latinoamérica, las medidas para impedir el acceso de los animales (ratones, aves) a los alimentos son las más posibles y útiles.

2. Educación higiénica del público. Constituye un elemento indispensable en cualquier programa de prevención de las diarreas, que supone siempre un cambio de prácticas de vida. La prédica reiterada será más eficaz si se concentra al empleo profuso del agua para el aseo especialmente de las manos, el alejamiento de las excretas y de las moscas, la protección de los alimentos sobre todo del niño. Pediatras y médicos generales tienen continua oportunidad de impartir esta enseñanza, sea directamente, sea inspirando a sus colaboradores y auxiliares y aún, si se interesan, estimulando la preparación de medios visuales de educación simples y económicos. Los escolares ofrecen un campo especialmente accesible a esta educación y de gran valor porque alcanza a grandes grupos y se proyecta en las próximas generaciones.

3. Protección directa del niño. En la prevención de las diarreas, la alimentación materna es de extrema importancia en aquellas áreas de malas condiciones higiénicas, que favorecen la contaminación de las mamaderas. La lactancia prolongada es, igualmente, de mayor valor donde las fuentes adecuadas de proteína son escasas. La dieta de la madre deberá ser mejorada, incluso mediante distribución de alimentos por los Centros materno-infantiles, para prolongar la lactancia.

La alimentación artificial o mixta, de preferencia con leche, en polvo, requiere instrucciones prácticas reiteradas sobre el manejo higiénico de utensilios y alimentos para evitar su contaminación. Al lactante mayor, se le puede dar proteína en forma de leche en polvo agregada directamente a cualquier cocimiento al momento de consumirlo.

La vigilancia organizada del niño por médico y enfermera, idealmente como parte de los servicios sanitarios, tiene un efecto decisivo en la prevención de las diarreas. Es muy importante enseñar a las madres a reconocer los primeros signos de enfermedad y a consultar antes que la rápida deshidratación agrave al niño.

4. Métodos para mejorar la información existente. Las medidas que preceden resumen el conocimiento hoy disponible en la mayoría de los países y que debería aplicarse para reducir la incidencia de las diarreas. Al mismo tiempo, los médicos tienen la posibilidad de contribuir, en grado muy importante, a conocer mejor este complejo grupo de enfermedades, sobre todo en su aspecto epidemiológico. El me-

joramiento del registro de causas de muerte, especialmente en niños y la adopción de una clasificación simple de los trastornos digestivos, de acuerdo con la Lista Internacional (7) son un primer paso importante. A medida que se progresa en la prevención de las diarreas, los estudios locales sobre la influencia relativa de los diversos agentes etiológicos y otros mecanismos de transmisión, de la nutrición y factores asociados, adquieren un valor creciente.

La Oficina Sanitaria Panamericana continuará prestando todo el apoyo posible a programas y estudios nacionales o zonales de este tipo, además de participar en numerosas actividades de higiene materno infantil, saneamiento y salubridad general en muchos países (8). También en este problema, la organización y perfeccionamiento de los servicios nacionales de salud pública, en cuyo logro la profesión médica tiene un papel decisivo, es el instrumento más adecuado de progreso. Como un primer paso, específicamente dirigido a estimular interés en el grave problema de las diarreas y diseminar la información disponible, la Oficina está promoviendo la organización de una serie de Seminarios, nacionales e internacionales, estudios y programas experimentales de control en áreas urbanas y rurales y el mejoramiento de la enseñanza de médicos y para médicos por medio de becas y ayuda directa a instituciones docentes. Pero en éste, como en muchos otros campos, la posibilidad real de progreso descansa por entero en los servicios de salud pública y en las profesiones médicas de cada país.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Oficina Sanitaria Panamericana. "Sumario de los Informes presentados por los Gobiernos Miembros a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana", Washington, D. C., 1954 (CSP 14/17 10 Sep. 1954).
- (2) Molina, G. y Puffer, R. P. "Report on health conditions in the Americas - 1950 - 53". Public Health Reports, vol. 70, 1955. En prensa.
- (3) Hardy, A. J. "The Acute Diarrheal Diseases - A continuing Major Public Health Problem", Public Health Reports, vol. 70, 1955. En prensa.
- (4) Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 37 (5): 623-7, Nov. 1954.
- (5) Oficina Sanitaria Panamericana. Documento HHP-134 - Enero 24 1955.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Sexta rev., 2.
- (7) Wegman, M. E. "La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana". Pediatrics, 15; 344-7, Mar. 1955.

**ACCIDENTES CONSECUTIVOS A LAS PEXIAS UTERINAS**

Tratamiento quirúrgico de la Retroversión y resultados lejanos de la obliteración del Douglas.

Trabajo del Centro Hospitalario  
Foch, de Suresnes,

presentado en la Sesión del 5 de Julio de 1954 de la Sociedad de Ginecología y de Obstetricia de París por los Doctores

**R. Merger, J. Lévy, J. Martín y J. Melchior**

Traduce del Tomo 6º — Nº 4 — 1954 del

“Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynecologie et d'Obstétrique de Langue Française”, el

**Dr. Alonso Restrepo.**

**INTRODUCCION**

Es curioso que al largo de treinta y ocho años de vida profesional (de los cuales dediqué diez a Cirugía y Obstetricia y más de la mitad última a Ginecología Médica), siempre me pronuncié contra las “fijaciones uterinas”.

Cada intervenida de ésta clase, que me fue dable observar, me confirmaba siempre en el concepto de que semejantes operaciones eran más perjudiciales que benéficas, y, al expresarlo tenía la reacción y el escándalo de no pocos amigos cirujanos.

Por traslado, reorganización, problemas personales y hasta premura de tiempo, no me ha sido posible revisar ahora, desde este punto de vista, mis numerosas fichas clínicas, pero, con toda honradez, creo haber examinado más de 30 talvez más de 40 mujeres que sufrieron alguna intervención de ésta clase.

Todas experimentaban trastornos que no tuvieron antes, y sólo recuerdo una, única, en que el útero quedó en buena posición, pero demasiado fijo y cuyos dos embarazos siguientes concluyeron en abortos espontáneos, amén de otras molestias pélvicas.

Doléris mismo desconfiaba tanto de su propio procedimiento que cuando algún ginecólogo o cirujano le hablaba de “su operación”, de sus variantes, del detalle que personalmente se le ocurriera, decía con su “esprit” muy francés: “Mi técnica es como los marinos: en cada puerto un amor! . . .”.

Ahora, para provecho de las pocas pacientes que necesitan una pexia, para mayor éxito de los cirujanos y para mi propia satisfacción, me llega el siguiente sesudo artículo que, por el bien de todos, no he vacilado en verter al castellano conforme a mis leales saber y entender.

## I

### Exposición del Problema.

Desde el nacimiento de la Cirugía Ginecológica, no falta cada año un operador que aporta una nueva técnica para ver de enderezar los úteros retrovertidos.

Quizás en ningún otro dominio se ha ejercitado y multiplicando tanto la ingeniosidad de los cirujanos.

Y no se sabe qué debe admirarse más si tamaña fecundidad técnica o la complacencia del útero para soportar tantas acrobacias.

Nuestro trabajo comprende tres partes:

— Un estudio completo de los accidentes consecutivos a las pexias, tanto de los que son ya clásicos y dos más que, mas o menos inconscientemente, se dejan en la sombra;

— El tratamiento que proponemos no será, como de ordinario, una simple modificación de detalles técnicos, sino una operación diferente cuyo principio fundamental consiste en NO TOCAR el Utero ni sus Ligamentos;

— Y una estadística de 55 casos que a lo largo de los ocho últimos años nos permite señalar los resultados tardíos.

Recordaremos desde luego una verdad cuyo olvido habitual nos parece incomprendible siendo tan evidente:

### **EL UTERO ES UN ORGANISMO QUE NECESITA, QUE EXIGE LIBERTAD.**

Basta practicar el tacto para saberlo, hacer una laparotomía para verlo y examinar posteriormente una operada para comprenderlo (N. del T.)

Todo útero normal cambia de sitio: su anteversión se endereza cuando la vejiga está llena, se ve rechazado hacia adelante cuando la ampolla rectal se repleta y sube y se eleva por la plenitud simultánea de ambos órganos cavitarios.

Y qué decir del Utero Grávido! . . .

Su aumento de volumen es enorme y la amplitud de sus modificaciones topográficas es única en Fisiología.

Una finalidad explica por consiguiente la movilidad del órgano y ésta necesidad de libertad explica a su vez la disposición anatómica de sus medios de contención.

Así el Utero está sostenido, y muy bien sostenido, en su parte baja solamente por las láminas sacro-genito-púbicas, la vaina hipogástrica, y la vagina cuyas caras laterales están cruzadas por los bordes internos de los elevadores, por donde el periné profundo constituye, al fin de cuentas, el soporte esencial del Utero.

Y, por el contrario, el Utero está mal suspendido.

Los Ligamentos Anchos no sirven para ello; apenas siguen, sin oponerse, los desplazamientos de la víscera.

Y quedan los Ligamentos Redondos, esos largos y flojos brazos infieles que amarran (?) blandamente los cuernos uterinos a los Canales Inguinales.

Resulta sorprendentemente que tantos autores se hayan encarnizado en hacer de estos brazos de dirección, medios de fijeza.

Este concepto, erróneo, fue definido con grande acierto por J. L. Faure cuando dijo que si los Ligamentos Redondos no existieran se los inventaría, pero que como están ahí resulta muy fácil tratar de aprovecharlos! . . .

Y en realidad, los Ligamentos Redondos son la tentación que es forzoso evitar.

Todas las Retroversiones no deben operarse, ni todas de una misma manera.

En las Retroversiones fijas, domina el proceso inflamatorio y la perturbación estática viene a ser apenas secundaria. La operación va directamente contra el primero y si es preciso terminar la intervención con una pexia uterina creemos que el mejor método sea el de Pellanda.

En las Retroversiones con hipotrofia uterina y dismenorrea, lo esencial está en las alteraciones endocrino-tróficas, que de ninguna manera mejorarán con el acto operatorio.

Queda la verdadera Retroversión, móvil, reductible, con un cuerpo uterino a menudo grueso, congestivo, edematoso, y todavía es preciso que se trate efectivamente de una verdadera retroflexión y no de una posición intermedia del útero.

Por tanto no debe operarse si no en el caso de que ofrezca uno o varios de sus tres trastornos clásicos:

DOLORES — Dispareunia — Esterilidad.

De ahí que en un servicio activo como el del Centro Foch, a lo sumo se operan diez retroversiones por año.

## II

### Los accidentes consecutivos a las pexias uterinas.

En realidad no son constantes y también es cierto que algunas mujeres se han beneficiado de técnicas diversas.

Tampoco son todos graves, pero a la vez son muy frecuentes.

Lo prueban la multiplicidad misma de los procedimientos y las críticas que oponen los partidarios de las diversas operaciones.

Vayan los principales:

#### 1) — **Recidivas:**

Un cirujano distinguido, M. Gueulette, había dicho ya que era un error pedir a estructuras estirables fijar un órgano, pesado, sobre todo cuando estas formaciones son de mala calidad, como es el caso en las Retroversiones.—Subentendía así que el peso del útero arrastraría de nuevo el órgano a su posición anómala.

Sin embargo, y a pesar de todo, la razón no fundamenta semejante suposición.

O, mas bien, debe distinguirse según los procedimientos.

En efecto, las recidivas existen pero suelen ser raras.

La calidad del Ligamento Redondo no es la misma en todas partes: plano y frágil fuera, es redondo y resistente por dentro.

Las recidivas son, por consiguiente, debidas a las fijaciones externas tal como las realizan los procedimientos, ya desusados, de plicatura o de Alquié-Alexander.

Resultan también de la pexias retro-uterinas cuyo punto de apoyo se busca muy abajo, demasiado cerca del istmo, por donde el fondo uterino bascula por encima del asa ligamentaria.

Ahora bien y por el contrario, el Ligamento fijado por su parte sólida contrae en el canal parietal tales adherencias que se constituye un bloque sólido. Ya veremos sus inconvenientes, pero la fijación resulta resistente inclusive a las preñeces.

A pesar de las apariencias, la histeropexia pélvica suele ser fuerte también, aunque generadora de otros accidentes, en tanto la histeropexia istmica no está exenta de recidivas sobre todo cuando la fijación de la zona, en general siempre estrecha, ha sido muy ligera.

#### 2) — **Complicaciones dolorosas:**

Las más frecuentes de todas y, sin embargo, sólo han sido descritas por nosotros.

Constituyen el patrimonio exclusivo de las pexias parietales: Histeropexias directas, Doléris y en menor grado con el Pellanda, y

la mayor molestia de las operadas, sobre todo cuando el útero se ha fijado muy cerca o muy alto.

En general moderados a veces, los dolores llegan a ser muy intensos, contituyéndose un verdadero síndrome como hace de las pacientes unas mártires de su hipogastrio.

Predominan los síntomas funcionales: dolores espontáneos, pélvicos y lumbares, y hasta epigástricos, continuos, agravados por la presión, los choques, la marcha, la fatiga, casi siempre por coito, mucho, si ocurre, por la preñez.

El estado general se resiente considerablemente: estas mujeres se vuelven muy irritables y pronto alcanzan lamentables estados hipocondríacos.

Al examen suele encontrarse una minúscula hernia peritoneal por el orificio aponeurótico de transfixión y, siempre, un dolor extremo en los dos puntos simétricos en que ésta se practicó.

Cote y Bertrand atribuyen estos dolores a la codarura de las trompas, acaso, también a su atracción hacia los ojales parietales, y de ahí los paroxismos en el momento de las reglas.

En ciertos casos esta explicación es exacta, pero no lo es siempre porque una de nuestras enfermas al quedar embarazada, siguió experimentándolos hasta el parto.

Y estos dolores son tan frecuentes que no cabe siquiera pensar que un cirujano, por previsivo y experto que fuere, sea capaz de evitarlos.

En todo caso cuando constituyen un verdadera tortura para la enferma (y a la vez para los suyos), no queda más remedio que la desfijación quirúrgica.

Y esta desfijación no es fácil.

La inclusión parietal de los ligamentos produce una ganga fibrosa, apretada, sólida, entre la cual resulta muy difícil individualizar los ligamentos.

Y en el curso de semejante disección es preciso cuidar de no seccionar ni herir las trompas, mas a pesar de toda prudencia resulta imposible a veces que estos órganos queden indemnes de traumatismo.

Esta ganga fuerte demuestra que el útero quedó fijado sólidamente, por donde no son frecuentes las recidivas.

Verificada la liberación del órgano, los dolores desaparecen ipso facto.

La densidad de la masa fibrosa, la imposibilidad de libertad las trompas, el aspecto despulido, cruento a veces, del útero en la zona de

contacto, obligan a recurrir a la histerectomía en un tercio de los casos.

### 3. — **El estrangulamiento interno.**

Sin ser una complicación frecuente, es en cambio la más temible porque amenaza la vida de la mujer.

Resulta muy posible con la operación de Doléris ya que se crean tres foseas: una mediana, la más peligrosa, entre el útero y la pared abdominal anterior y dos laterales sostenidas por las cuerdas de los ligamentos redondos.

En cualquiera de ellas puede estrangularse un asa intestinal.

El accidente puede ocurrir pocas semanas después de la intervención, hasta años más tarde.

Varios autores han insistido en este peligro: R. Couvelaire y Pelle, Gueullette, Aleste, etc. Aún los cirujanos más irreprochables han tenido que habérselas con tamaña complicación.

En efecto, ¿cómo tomar el ligamento para hacerlo pasar por el túnel de transfixión?

Quienes temen la oclusión lo toman cerca de los cuernos para ver de borrar la fosea mediana, pero se aumenta el riesgo anterior, de los dolores, el peligro de codadura de las trompas y se estorba el desarrollo del útero grávido.

Doléris preocupado por la idea de una operación fisiológica, aconsejaba tomar el ligamento muy lejos del cuerno uterino para conservar la mayor libertad, pero allí los ligamentos son menos resistentes y se crean al máximo las foseas de estrangulación.

Y desde luego huelga recordar que un estrangulamiento interno impone un nuevo acto quirúrgico urgente y en el curso del cual casi siempre resulta indispensable dejar otra vez libre el útero.

### 4) — **El elitrocele.**

Esta hernia del Douglas en el tabique recto-vaginal reconoce tres clases de causas:

— una congénita: el Douglas conserva su profundidad embrionaria, y la excesiva profundidad del Douglas acompaña, con demasiada frecuencia, las retroversiones;

— una obstétrica: forceps, desgarradura perineal;

— una quirúrgica: la fijación uterina parietal, sobre todo la istmo-pexia que crea "la abertura ideal del Douglas" (Améline) tirando sobre los ligamentos útero-sacros.

El elitrocele ha conquistado ahora una nueva actualidad gracias a los trabajos recientes de Funck-Brentano, Améline, etc. Mu-

sset y nosotros hemos observado 7 casos nuevos consecutivos a pexias uterinas parietales.

5) — **Otras complicaciones mas raras.**

La esterilidad (en cambio, por mi parte puedo señalar un caso con dos abortos anteriores, luego capacidad de concebir; le fijaron el útero y en los doce años de matrimonio siguientes. aparte de dismenorrea y de dolores pélvicos frecuentes, no ha sido posible conseguir siquiera el inicio de una nueva gestación. N. del T.).

La preñez extra-uterina (recuerdo 2 casos personales).

Aquella y ésta por codadura de las trompas.

La infección peritoneal de punto de partida sub-cutáneo, por infección del canal de transfixión ligamentario. Hemos observado dos casos: uno, ya antiguo, después de un Doléris hecho por nuestro Maestro Cherrier, y otro, mas reciente, operado en los suburbios, seguidos de muy graves peritonitis generalizadas.

Y quedan otros dos grupos, muy importantes, de complicaciones poco conocidas porque son atendidas por especialistas:

6) — **Complicaciones urinarias.**

No suelen ser muy frecuentes, pero poseen una doble característica invariable: primera, que fácilmente puede hacerse la prueba de su origen dado que la desfijación las cura radicalmente; y la segunda que pueden ser muy graves.

R. Couvelaire ha sido servido de darnos 4 observaciones de su Servicio en el Hospital Lariboisière, sumamente interesantes; las complicaciones sobrevinieron después de pexias ligamentarias, y todas se caracterizaron por una polakiuria incoercible a consecuencia del encarcelamiento de la vejiga en el espacio inextensible pubo-parieto-uterino, y todas ellas impusieron la reintervención:

3 veces bastó actuar sobre el útero porque la vejiga había conservado su fisiologismo normal: una histerectomía supra-istímica con conservación de los ovarios y dos secciones de los ligamentos redondos.

La 4ª observación resulta muy interesante bajo varios aspectos: la fijación se había practicado con el fin de tratar la esterilidad, en Lyon, por Cotte, gran defensor del Doléris-Pellanda. La polakiuria se presentó inmediatamente después de la operación. La paciente se trató por varios años y con diversas terapéuticas (incluyendo instilaciones vesicales) sin resultado; luego (lo de siempre; N. del T.) se la tuvo por psicópata. Cuando R. Couvelaire examinó esta mujer, practicó una cistografía que reveló la presencia de una pequeña vejiga redonda con reflujo vésico-ureteral bilateral; Couvelaire

practicó una histerectomía y vio cómo la vejiga encarcelada se había transformado en una bola dura realizó una cisto-íleo-plastia con el íleon terminal. Tan difícil intervención tuvo un resultado y un éxito completos (con el presente trabajo se publicaron excelentes radiografías del caso).

#### 7) — **Complicaciones obstétricas.**

Son los tocólogos quienes más han llamado la atención sobre los peligros de las pexias uterinas, y ello no es sorprendente: la ventro-fijación perturba la ampliación uterina de la preñez.

La fijación ístmica impedirá la buena marcha del trabajo si, por ventura, el embarazo llega a término.

Y toda fijación parietal es susceptible de provocar fenómenos dolorosos a medida que progresa la ascensión del útero grávido.

Además, toda pexia que fuerce el útero a una anteversión excesiva, o que impida el desarrollo del segmento inferior, acarrea anomalías de la acomodación fetal, defectos de presentación y distocias ineludibles.

Bajo este punto de vista, los parteros lioneses han insistido sobre estas complicaciones, consecutivas al método de Pestalozza, operación que les fue tan cara.

Y luego, la cesárea, indicada en estos casos con excesiva frecuencia, resulta difícil, sobre todo para el desprendimiento vesical por las disposiciones anatómicas anormales creadas por los diversos tipos de intervención. (Tesis de Gonnet, Lyon 1947).

En el Centro Foch hemos observado varios casos de saculación del segmento inferior con todos sus inconvenientes, y en la Clínica Tarnier, en 1948, una distocia dinámica que impuso la cesárea: el útero se encontró acodado sobre sí mismo a consecuencia de un Pellanda y se había formado también una angulación posterior en la zona segmentaria inferior de suerte que un espólón semilunar obstruía el canal uterino.

Otros autores lioneses (Brochier y Dumont) han señalado la frecuencia de placenta previa en mujeres útero-fijadas.

Por todo ello nos han parecido super-abundantes las razones para abandonar todo procedimiento de fijación uterina como tratamiento de la retroversión móvil.

A estas razones se agregaron otras para hacernos adoptar una técnica muy distinta, preconizada y defendida la primera vez por nosotros a título exclusivo:

### III — La obliteración o el tabicamiento del Douglas

La oclusión del Douglas ha sido llamada Operación de Marion y efectivamente dicho autor la practicó por primera vez en 1904 y publicó su descripción en 1909.

Pero se trataba de un caso muy particular: el prolapso de la pared posterior en una vírgen.

Marion reducía al extremo las indicaciones, y, su relator, J. L. Faure, hizo las mayores reservas sobre el valor del procedimiento.

Algunos cirujanos se sirvieron de éste método, pero siempre como complemento de una pexia uterina o de una perineorrafia (Quenu, Duval, Hartman, Leclerc, Denicker, Proust, Cotte).

Nuestras publicaciones fueron las primeras en preconizar su empleo a título exclusivo.

Y no faltaron las críticas, apoyadas más en argumentos sentimentales que reales.

Los ginecólogos lioneses, sobre todo, creyeron incómodo borrar una cavidad tan respetable como es el Fondo de Saco de Douglas, y hasta piensan que puede reformarse después de la intervención.

Según se dice, se señaló también un estrangulamiento, pero no conocemos esta observación.

Rouhier escribe, en un artículo reciente: "Merger la presenta como una operación suficiente en la mayoría de los casos; no es esa mi opinión; la he practicado rara vez y siempre como un tiempo complementario . . .".

Sobre qué bases reposa este concepto?

A los argumentos sentimentales respondimos, yá, que la libertad era para el Utero un bien tan inapreciable como para nuestras personas.

En el plano de los hechos muchos cirujanos jóvenes han adoptado nuestra técnica, y M. Moulonguet nos ha hecho siempre el honor de apoyar nuestras conclusiones.

Por tanto resta sólo exponer brevemente: las razones para preferir esta operación, algunos detalles de técnica y los resultados tardíos (55 observaciones en 8 años).

#### 1º) — Razones para ocluir el Douglas:

a) — La recidiva es muy rara pero existe (1 caso en 55), en todo caso el cierre del Douglas es incapaz de dar las complicaciones de las pexias.

b) — Corrige uno de los elementos esenciales de la retroversión móvil: **la profundidad anormal del Douglas** señalada ya en el estudio del elitrocele.

El Douglas en vez de ser coniforme como de costumbre, está, a menudo, un poco estrangulado hacia su parte media por sus repliegues laterales, debajo de los cuales queda aprisionado el útero caído.

Su fondo (del Douglas) desciende anormalmente, casi sobre el periné, y el útero, alojado allí, contribuye entonces a distender el peritoneo que, irritado continuamente, puede ser causa de dolores y de dispareunia.

c) — Corrige, en fin, otro elemento esencial del complejo anatómico, bien advertido por Cotte, y sobre el cual nada pueden las pexias: **el prolapso de los ovarios.**

No se insiste lo suficiente ( no se hace "énfasis" como han dado en decir ahora, traduciendo mal del inglés. N. del T.) sobre la importancia de este prolapso anexial, responsable de numerosos fenómenos dolorosos atribuidos hasta ahora sólo a la retroversión.

Al tacto se perciben casi siempre los ovarios, muy sensibles que flanquean los bordes del útero caído.

## 2) — Precauciones técnicas:

Es preciso obtener una buena anestesia, completa iluminación del campo, un ayudante experto y disponer de instrumentos de mango largo.

Con anestesia plena (paciente curarizado), puede utilizarse la incisión de Pfannenstiel por más que resulta menos cómoda que la mediana infra-umbilical.

La fuente luminosa debe alumbrar amplia e intensamente el fondo del Douglas.

Nos servimos de la larga pinza de disección sin garras de Resano y Luer nos construyó una aguja de Jalaguier de 26 cms.

Bien expuesto el Douglas, se practica, hacia el fondo, una primera bolsa con hilo de lino fino; es la etapa más difícil; debe hacerse con gran esmero, en varias veces, si fuere preciso, tomando muy lateralmente el peritoneo parietal para que el cierre resulte hermético, sin el menor hiatus.

Nunca hemos utilizado la sutura continua (surjet) antero-posterior.

Desde la sutura de esta primera bolsa, la retroversión queda ya reducida, más para mayor solidez debe practicarse una segunda y muy rara vez una tercera, superpuestas.

El cierre superior ha de quedar a la altura de los ligamentos útero-sacros.

Cada sutura debe hacerse con el sumo cuidado con que se hizo la primera.

Concluida la segunda aparece ya muy satisfactoria la posición de los órganos genitales internos: el útero vuelto a su sitio normal permanece libre y móvil y los ovarios, altos, reposan sobre el peritoneo.

Una pexia complementaria carece de razón de ser.

El tacto muestra cómo el cuello ha vuelto a su lugar y a su dirección normales.

Y como se comprende pueden de una vez practicarse otras intervenciones indicadas: anexitis, distrofia ovárica, miomectomías, cérvico-cistopexia, resección del nervio pre-sacro, etc., que, en todo caso han de preceder a la obliteración del Douglas.

### 3) — **Resultados:**

En 8 años hemos operado 55 retroversiones con la técnica que precede, en la Clínica Tarnier, en el Hospital de Créteil y en el Centro Foch.

32 observaciones, de las cuales 25 figuran en la Tesis de Brest, son anteriores a 1952, fecha de este trabajo inaugural.

Hasta ese momento utilizábamos también, a menudo, el Pellanda.

23 casos son posteriores al 1º de Enero de 1952.

Por tanto, podemos ya establecer los resultados remotos:

En 27 veces la retroversión era el único trastorno;

en 10 la mala posición uterina se acompañaba de distrofia ovárica;

en 5 existía también un prolapso extremo de los ovarios;

en 4 coincidía con lesiones salpíngicas (hidrosalpinx);

en 1 la indicación principal fue un quiste del ovario;

en 1 la retroversión se acompañaba de un prolapso genital (en este caso redujimos la retroversión por vía peritoneal);

en 4 existían miomas tratados por miomectomías;

en 1 la retroversión se acompañaba de incontinencia de orina.

y en 2 casos, la obliteración del Douglas se practicó después de la desfijación de una pexia parietal dolorosa; los dolores concluyeron en ambas pacientes y la retroversión se ha mantenido reducida.

Para apreciar con mayor exactitud los resultados y responder a no pocas críticas apriori, sólo hemos retenido las 32 primeras observaciones que datan ahora de 3 a 8 años.

Puede decirse que hasta ese momento, nuestra técnica estuvo apenas en los principios de su experiencia.

Y desde luego, las 23 operadas más recientes han obtenido, todas, muy buenos resultados.

De estos 32 primeros casos podemos señalar:

un sólo recidiva anatómica completa (en una de nuestras intervenciones iniciales) que podría computarse como un 3%;

un resultado anatómico incompleto, pero con curación funcional traducible en conclusión de los dolores, y

y un hematocele retro-uterino que no molestó ni destruyó la oclusión.

Por último, se curaron dos esterilidades y se han obtenido 6 embarazos, dos de ellos en una misma operada.

Los partos fueron normales y la retroversión permaneció reducida en todas las pacientes.

Y, en resumen, 30 curaciones anatómicas y funcionales.

## DISCUSION.

**M. Améline** — Apruebo cuanto ha dicho mi amigo Merger. - Y todavía más, desde hace 20 años no practico ninguna histeropexia. Y llevo hasta el extremo sus reflexiones, porque hago con frecuencia Douglasectomías, tal como lo he publicado - No se trata de un gesto simple y sencillo, desde luego, por que ello suele ser difícil. Pero a la vez estas Douglasectomías nos han enseñado un detalle importante: el posible peligro ureteral en las bolsas sucesivas.

Es indiscutible que se puede cortar el uretero pélvico o picarlo si no se tiene cuidado.

Y mas de una vez, en el curso de mis Douglasectomías, me ha venido a la mente dicho peligro ureteral posible.

Pero en todo caso apruebo las conclusiones de M. Meger y creo que está en muy buena vía.

**M. Chomé** — Traigo una observación más, que apoya lo que acaba de decirnos M. Merger, sobre las fijaciones abdominales del útero:

Atendí hace poco a una mujer de 52 años, que 10 años antes, había sufrido una fijación tan en extremo, alta, que el cuello estaba ligeramente encima de la sínfisis. - Y hube de operarla por una muy importante hernia del Douglas.

Le practiqué ante todo una laparotomía inspirándome en las enseñanzas de M. Améline; puse una mecha en el Douglas e hice el

tabicamiento por encima; luego, en el segundo tiempo, perineal, me fue fácil llegar al fondo de saco y resecarlo.

**M. G. Le Lorier** - Tuve ocasión, recientemente, de reintervenir, para tumores vegetantes de los ovarios, en paciente a quien dos años antes había practicado una histeropexia por el método de Pellanda asociado a un cierre del Douglas.

Al fin de la primera intervención el aspecto era muy satisfactorio y, bajo todos los aspectos, comparable a la fotografías presentadas por M. Merger.

En esta segunda intervención tuve la desagradable sorpresa de comprobar que el Douglas había tomado su aspecto inicial por falta de adherencia de las bolsas superpuestas.

También es cierto que esta enferma había parido en el intervalo.

Me parece, por consiguiente, que la unión peritoneal realizado por la intervención puede no persistir a largo plazo en la totalidad de los casos.

**M. Merger.** - Contesto con mucho gusto a M. Le Lorier que, salvo el único caso que ya relaté, personalmente nunca he tenido qué reintervenir en las 54 pacientes restantes.

Todas las retroversiones quedaron reducidas y el resultado se sostiene hasta el presente.

No sé que pudo pasar en el caso que señala M. Le Lorier.

(No sería que la intervención quedó mal hecha? -N. del T.).

Medellín, Marzo 10 de 1955.

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

### BOLETIN No. 13

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín en la Facultad de Medicina, el día 14 de septiembre 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, Franco Gabriel, Gómez Arango Alberto, Guzmán Miguel, Martínez E. Miguel, Mejía C. Benjamín, Mejía C. Alfonso, Mejía Rafael J., Montoya Luis Carlos, Múnera Palacio Miguel, Osorio Isaza Antonio, Ospina Antonio J., Quevedo Tomás, Rodríguez Elkin, Villa Gabriel Jaime, Bustamante Z. Ernesto. De los Miembros Correspondientes asistieron los Drs. Mesa U. Darío, Gil Sánchez Iván y Latorre Guillermo. De los Miembros Adscritos asistió el Dr. Antonio Escobar. Dejaron de asistir con excusa los Drs. Botero Díaz Gonzalo, Pérez C. Juan B. Uribe Botero Luis Carlos, Jiménez Bernardo y Robledo Emilio.

La Academia aprobó sin modificaciones el acta correspondiente al 31 de agosto próximo pasado.

La secretaria dio lectura a varias comunicaciones, las cuales se encuentran debidamente archivadas.

Los Drs. Miguel Guzmán y Antonio J. Ospina presentaron una proposición en el sentido de invitar al Dr. Ignacio Vélez Escobar a regresar al seno de la Academia y dicha proposición, que fue sustentada por el Dr. Ospina fue a su vez modificada por la Mesa Directiva, de acuerdo con el deseo de la Academia y su texto fue aprobado por unanimidad. La proposición dice lo siguiente:

“La Academia de Medicina de Medellín declara que el incidente surgido entre la Corporación y el académico de Número Dr. Ignacio Vélez Escobar, no tuvo la gravedad que el público le quiso dar.

En el ánimo de quienes aprobaron la moción que dio por resultado el alejamiento del Dr. Vélez Escobar, no estuvo el provocar ese resultado; y por eso la Academia deplora una vez más que dicho incidente haya sido explotado por la prensa en el peor sentido, sin que la Corporación pudiera evitarlo.

Consecuente con lo anterior, la Academia vería complacida que el distinguido Académico Dr. Vélez Escobar, volviera a actuar en forma activa en la Academia a la cual ha prestado invaluables servicios.

Transcribese esta declaración al Dr. Ignacio Vélez Escobar”.

La comisión compuesta por los Drs. Alberto Gómez Arango, Antonio Osorio Isaza y Luis Carlos Montoya R., rindió informe sobre los diversos

aspectos de la Tuberculosis Pulmonar como enfermedad profesional y su correlativa conexión con la legislación laboral. El informe de dicha comisión contiene las siguientes proposiciones, las cuales fueron aprobadas por unanimidad, con las modificaciones que más adelante se expresan:

#### PROPOSICIONES:

1º — Pedir al Sr. Ministro del Trabajo que se actualice la lista de enfermedades profesionales y se especifiquen las circunstancias en que determinadas entidades, especialmente la tuberculosis, pueden ser profesionales o dejar de serlo.

Consideramos que con tal fin debe ser reformado el Art. 202 del Código Sustantivo del Trabajo.

2º — Recomendar que se agregue la prueba de la tuberculina a los certificados de ingreso a las empresas y exigirla de una vez para el personal de trabajadores de establecimientos como sanatorios y dispensarios antituberculosos etc. donde el contagio es más fácil por motivo del trabajo; y donde la enfermedad podría clasificarse como profesional.

Para que la tuberculosis pueda considerarse como enfermedad profesional debe exigirse el concepto de peritos que por minuciosa investigación descarten un evidente contagio en el medio familiar o social.

3º — Consideramos que la duración del tratamiento del tuberculoso por las empresas a ello obligadas debe ampliarse hasta un año y en tal virtud el artículo 277 del Código Sustantivo del Trabajo debe ser modificado.

4º — Conceptuamos que si al término del dicho tratamiento queda alguna invalidez o incapacidad, debe especificarse dentro de la siguiente clasificación: Temporal parcial, temporal total, permanente parcial o permanente total.

5º — Recomendamos el reintegro del tuberculoso curado a un trabajo que esté de acuerdo con su nuevo estado físico.

La primera proposición fue aprobada sin modificación.

La segunda proposición fue aprobada igualmente sin modificación. El Dr. Benjamín Mejía C. solicitó que se pidiera la ampliación de la prueba de la tuberculina a los estudiantes de medicina, odontología y enfermería y sugirió que se enviara una carta en tal sentido a los señores Decanos de dichas Facultades. Al Dr. Mejía C. le fue explicado que la ley exige la prueba de la tuberculina para todo el personal de estudiantes pero que desafortunadamente esto no se cumple.

La tercera proposición fue aprobada sin ninguna modificación.

La cuarta proposición que fue sustentada por el Dr. Luis Carlos Montoya también fue aprobada sin modificación.

La quinta proposición, luego de haber oído algunas explicaciones de parte del Dr. Luis Carlos Montoya, fue aprobada por unanimidad.

Fuera de las proposiciones mencionadas se aprobaron por unanimidad las siguientes, propuestas por varios Académicos.

6º — Solicitar muy respetuosamente al Gobierno Nacional que no se excluya al Instituto Colombiano de Seguros Sociales de la obligación de amparar la tuberculosis en sus afiliados.

7º — Pedir muy respetuosamente al Gobierno Nacional que se haga cumplir la ley 27 de 1947, especialmente en lo que se refiere a la prueba de la tuberculina.

8º — Transcribir las anteriores proposiciones a los Sres. Ministros de Salud y Trabajo y al Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Finalmente el Dr. Miguel Martínez Echeverri pidió que se solicitara a la Universidad de Antioquia y a la Andi el envío de representantes médicos al Congreso Internacional del Trabajo que se reunirá en la ciudad de Caracas.

La ponencia del día correspondió al Dr. Iván Gil Sánchez quien hizo una magnífica disertación sobre "FREOCROMOCITOMA" y presentó 3 casos en los cuales él hizo el diagnóstico y la operación del caso. La conferencia del Dr. Gil Sánchez fue ilustrada con gráficas demostrativas, especialmente sobre la presión arterial y con placas radiográficas del aparato renal de dichos pacientes.

Terminada la exposición del Dr. Gil Sánchez y luego de haber sido felicitado por la Academia, la presidencia abrió la discusión en la cual tomaron parte los Drs. Múnera Palacio y Gabriel Jaime Villa a quienes respondió satisfactoriamente el Dr. Gil. El estudiante de la Facultad Sr. Jorge E. Restrepo Gaviria solicitó permiso a la presidencia para dar respuesta al interrogante planteado por el Dr. Gil de que en el servicio de Anatomía Patológica no hacían la reacción de Cromafín a los tejidos suprarrenales, tal como ocurrió en su tercer caso. Concedida la palabra al Sr. Restrepo éste manifestó que el espécimen enviado por el Dr. Gil Sánchez al servicio de Anatomía Patológica estaba constituido por la suprarrenal, una cadena simpática y un esplácnico, todo lo cual era importante para el caso; afirmó el Sr. Restrepo que se trataba de una suprarrenal de aspecto normal, capsulada por traumatismo posiblemente quirúrgico y no propiamente quística.

Explicó el Sr. Restrepo que la hiperplasia nodular de la corteza suprarrenal era un cuadro histológico bien conocido y sin significación especial y que por tratarse de tejido cortical y no medular, la reacción Cromafín sería lógicamente negativa.

Para terminar la discusión el Dr. Gil Sánchez manifestó que apesar de

lo dicho por el Sr. Restrepo, él sabía que tal reacción sí se hacía en otros laboratorios.

Por último el Dr. Gil Sánchez proyectó una interesante película sobre el tema de su conferencia.

Siendo las 8 y media de la noche la presidencia levantó la sesión y citó para el día 28 de septiembre fecha en la cual se llevará a efecto el simposium sobre "EPILEPSIA" a cargo de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría.

Despedimos muy cordialmente a los Drs. Bernardo Jiménez y Antonio Escobar E. quienes salen para el exterior en vía de estudios.

Anunciamos que la comisión de la mesa nombró como delegados de la Academia al Primer Congreso Nacional Antialcohólico a los Drs. Jesús Peláez Botero y Eduardo Vasco G.

Medellín, septiembre 26 de 1955.

---

## BOLETIN No. 14

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín, en la Facultad de Medicina, el día 5 de octubre de 1955 a las 6 p.m. se reunió la Corporación bajo la presidencia del Dr. Alfredo Correa Henao, ya que ni el Presidente Dr. Fafaél J. Mejía, ni el Vicepresidente Dr. Miguel Múnera Palacio pudieron asistir a la sesión, con la asistencia de los siguientes Académicos: Arango Oriol, Correa Henao Alfredo, Franco Gabriel, Guzmán Miguel, Martínez E. Miguel, Ospina Antonio J., Quevedo Tomás, Ramírez Antonio, Restrepo José Miguel, Vasco Eduardo, Villa H. Eugenio, Bustamante Z. Ernesto, Mesa U. Darío. Dejaron de asistir con excusa los Drs. Botero D. Gonzalo, Gómez Arango Alberto, Mejía C. Benjamín, Piedrahita Agustín, Sanín Aguirre Carlos, Vélez Escobar Ignacio, Villegas Hernando, Latorre Guillermo, Uribe B. Luis Carlos, Escobar Antonio y Jiménez Bernardo.

La presidencia puso en consideración el acta del 14 de septiembre y en la discusión intervino el Dr. Alfredo Correa Henao, quien manifestó que tenía algunos comentarios que hacer al trabajo del Dr. Iván Gil Sánchez presentado en la sesión inmediatamente anterior, pero que por estar ausente el Dr. Gil Sánchez, aplazaba aquéllos para la próxima reunión. Terminada la intervención del Dr. Correa Henao el acta fue aprobada por unanimidad y sin modificaciones.

El Dr. Eduardo Vasco pidió la palabra para informar sobre las gestiones realizadas por él y por el Dr. Jesús Peláez Botero en su calidad de representantes de la Academia de Medicina ante el Primer Congreso Nacional

Antialcohólico. El Dr. Vasco comentó ampliamente las intervenciones que ellos habían tenido en dicho Congreso y dijo que en resumen se podía informar que en dicho Congreso se habían sentado bases para un mejoramiento del pueblo colombiano.

Se aprobó por unanimidad la siguiente proposición presentada por la Comisión de la Mesa:

“La Academia de Medicina de Medellín saluda atentamente al Académico de Número Dr. Ernesto Bustamante Zuleta y le presenta su más sentida condolencia por la desaparición de su señor padre Don Manuel Bustamante Henao”.

La Presidencia concedió la palabra a los miembros de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, quienes tenían programado un simposium sobre “EPILEPSIA”.

El Dr. Ernesto Bustamante Zuleta fue el primero en hacer uso de la palabra y trató lo referente al aspecto neurológico de la epilepsia. Manifestó que la frecuencia entre nosotros de dicha entidad era del 2 por mil, cifra muy similar a las encontradas en el resto del mundo. Luego trató a fondo la diferencia entre la epilepsia esencial y la sintomática y se refirió ampliamente a las causas de la última. Hizo también un análisis el Dr. Bustamante entre las epilepsias por lesiones cerebrales tales como las postraumáticas del parto etc., las extracerebrales, como las tóxicas febriles parasitarias etc. y las metabólicas por hipoglicemia.

Pasó luego a estudiar el cuadro clínico de las epilepsias sintomáticas y las esenciales, concluyendo que la presencia del aura existe siempre en la sintomática y que las convulsiones no son simétricas como en las esenciales. Manifestó además que el pequeño mal es siempre esencial.

Hizo también un análisis el Dr. Bustamante de las formas de epilepsias no convulsivas tales como la sicomotora, con trastornos de automatismo, que en algunos casos avanzados llegan hasta la convulsión. También analizó las epilepsias sensoriales con alucinaciones auditivas, visuales, etc. Para terminar su interesante exposición, insistió el Dr. Bustamante en que la sintomatología de las epilepsias sintomáticas dependía siempre de la localización de la lesión, había siempre aura y las convulsiones no era simétricas.

El segundo expositor fue el Dr. Luis Carlos Posada, quien después de agradecer a la Academia la invitación a presentar el simposium, disertó sobre “DIAGNOSTICO ENCEFALOGRAFICO”.

El Dr. Posada hizo un recuento completo de la historia de la electroencefalografía, trató sobre los distintos medios de obtener un electroencefalograma; sobre la lectura del electroencefalograma y se refirió ampliamente a la electroencefalografía en la epilepsia tanto del pequeño como del gran mal.

Manifestó el Dr. Posada que la mayor importancia de la electroencefalografía estribaba en que con ella se podían establecer las epilepsias secundarias.

Luego manifestó el Dr. Posada que la electroencefalografía era sólo un eslabón en el diagnóstico de la epilepsia, de tal suerte que ella sola alcanzaba un 75% en el diagnóstico, la sola clínica alcanzaba un 60%, anamnesis e historia clínica un 70% todos estos medios enumerados juntos permitían establecer el diagnóstico en un 90% de los casos y que con la fotoestimulación y el cardiasol, se podía hacer subir el porcentaje de diagnóstico hasta el 95%.

El tercer expositor fue el Dr. Pablo Pérez Upegui a quien le correspondió el aspecto psiquiátrico de la epilepsia. El Dr. Pérez Upegui manifestó que había cuatro puntos primordiales para estudiar que eran primero la personalidad del epiléptico, segundo el biotipo, tercero ataque convulsivo y los fenómenos psíquicos y cuarto el deterioro físico.

Respecto al primer punto, manifestó que era motivo de discusión y que ello variaba de acuerdo con las distintas escuelas y después de algunos comentarios sobre las mismas, manifestó que hoy día no se acepta que exista un tipo determinado para el epiléptico. Respecto a la personalidad del epiléptico, manifestó que tampoco hoy en día se acepta que ésta tengan una personalidad especial, si bien es cierto que hay algunas modalidades que son peculiares y comunes a los epilépticos.

Respecto al tercer punto, los problemas psíquicos los enumera y se refiere a los distintos tipos de aura; así mismo se refirió a los casos en los cuales no hay convulsión pero en cambio presentan ausencia y no se dan cuenta de lo que están haciendo. Este individuo es el agresivo, peligroso, que fácilmente pierde el control y llega a matar con sevicia; todo esto enumerado puede en otros sujetos ocurrir después de la convulsión. Igualmente comentó el Dr. Pérez Upegui sobre las fugas.

Respecto al cuarto punto o sea al deterioro del epiléptico, manifestó el Dr. Pérez Upegui que con el correr de los años estos pacientes adquieren ciertas características especiales y que por las convulsiones repetidas se pueden presentar pequeñas hemorragias cerebrales que a la larga llegan a la demencia.

El epiléptico pierde la memoria, pierde la efectividad, disminuye su agilidad de expresión, etc. Contra lo enunciado otros sostienen que no hay en realidad ninguna caracterización del epiléptico y que si acaso ello ocurre, lo es más bien en los aislados y ello debido al aislamiento y no a la enfermedad.

Terminada la exposición del Dr. Pérez Upegui, la presidencia en su nombre y en el de la Academia felicitó a los ponentes y abrió la discusión.

En ella intervino el Dr. Eduardo Vasco, quien felicitó a los ponentes por la magnífica presentación y luego se refirió a tres casos de epilepsia en niños de los cuales uno solamente presentaba fiebre como manifestación de la epilepsia, otro presentaba accesos de destrucción y el tercero se dedicaba al robo. El Dr. Vasco comentó sobre estos tres casos y los puso a la consideración de los ponentes. El Dr. Posada manifestó que en tales casos había razones electroencefalográficas para el diagnóstico de epilepsia y que al hacer el tratamiento de prueba anticonvulsionante, sí responde, se puede establecer el diagnóstico de la disritmia; luego la clínica y la amnesia ayudarán considerablemente.

Para terminar la sesión, el Dr. Tomás Quevedo pidió la palabra para aclarar que él solamente estuvo presente en la parte final de la sesión del 28 de septiembre y que por consiguiente él no votó la proposición relacionada con el regreso del Dr. Vélez Escobar a la Academia y que de haber estado presente no la habría votado, ya que él no la consideraba necesaria, máxime cuando en su concepto, la proposición aprobada implica una rectificación.

Despedimos muy atentamente a los Drs. Jesús Peláez Botero y Alberto Gómez Arango quienes viajan a los Estados Unidos en vía de estudios.

Siendo las 8 de la noche la presidencia levantó la sesión y citó para el día 19 de octubre fecha en la cual será ponente el Dr. Gustavo Calle Uribe quien disertará sobre "TRES CASOS DE AMPUTACION DELICTIVA DEL PENE. UN CASO DE IMPLANTACION DEL PENE".

Medellín, octubre 17 de 1955.

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

**DIRECTIVAS Y PERSONAL DOCENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, QUE CORRESPONDE A CADA UNO DE LOS DEPARTAMENTOS CIENTIFICOS, DE ACUERDO CON LA POSICION ACADEMICA QUE OCUPA.**

### **1o. CONSEJO DIRECTIVO DE LA UNIVERSIDAD:**

Dr. Oscar Duque Hernández	Presidente-Secretario Dptal. de Educación.
Dr. Samuel Barrientos Restrepo,	Vicepresidente- Rector de la Universidad.
Dr. Rafael Restrepo Maya,	Decano de la Facultad de Derecho.
Dr. Ignacio Vélez Escobar,	Decano de la Facultad de Medicina.
Dr. Javier Echavarría Restrepo,	Decano de la Facultad de Odontología
Dr. Luis Isaza Gaviria,	Decano de la Facultad de Ciencias Económicas.
Dr. Miguel Roberto Téllez,	Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación.
Dr. Hernán Escovar Restrepo,	Director de la Escuela de Farmacia.
Dr. Antonio Durán,	Director de la Escuela de Ingeniería Química.
Dn. José Manuel Botero,	Director del Liceo Antioqueño.
Dn. Samuel Vieira,	Director del Instituto Técnico Universitario.
Dr. Samuel Barrientos Restrepo,	Representante de los Profesores.
Srta. Susana Mazingarbe,	Representante de los Estudiantes.
Dr. Abel García Valencia,	Secretario General de la Universidad.
Dn. Clímaco Alvarez Isaza,	Síndico de la Universidad.

### **DECANOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA CON SUS FECHAS DE TENENCIA.**

DR. BRAULIO MEJIA . . . . .	28 de junio de 1918.
DR. JUAN B. MONTOYA Y FLOREZ . .	14 de febrero de 1921.
DR. JUAN B. LONDOÑO B. . . . .	9 de agosto de 1923.
DR. GIL J. GIL . . . . .	17 de enero de 1928.
DR. ALFONSO CASTRO J. . . . .	20 de enero de 1931.
DR. JACINTO ECHEVERRI DUQUE . .	13 de mayo de 1933.
DR. GABRIEL TORO VILLA . . . . .	12 de febrero de 1934.
DR. MARTINIANO ECHEVERRI DUQUE	de junio de 1936.
DR. ALONSO RESTREPO MORENO . .	24 de octubre de 1938.
DR. GIL J. GIL . . . . .	21 de junio de 1940.
DR. HERNAN POSADA . . . . .	14 de enero de 1942.
DR. JOAQUIN ARISTIZABAL M. . . .	14 de febrero de 1944.
DR. JESUS PELAEZ BOTERO . . . . .	4 de marzo de 1946.

DR. DAVID VELASQUEZ C. . . . . 21 de enero de 1947.  
 DR. DIONISIO ARANGO FERRER . . . . 24 de febrero de 1948.  
 DR. BRAULIO HENAO MEJIA . . . . . 14 de abril de 1948.  
 DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR . . . . 23 de agosto de 1950.  
 DR. PEDRO NEL CARDONA C. . . . . 28 de enero de 1953.  
 DR. DAVID VELASQUEZ C. . . . . 17 de febrero de 1953.  
 DR. OSCAR DUQUE HERNANDEZ . . . . 24 de agosto de 1953.  
 DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR . . . . 13 de septiembre de 1954.

20. **DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:** Dr. Ignacio Vélez E.  
**SECRETARIO** : Sr. Lázaro Nieto O.

30. **CONSEJO ACADEMICO DE LA FACULTAD:**

**Presidente:**

Dr. Ignacio Vélez Escobar.

**M i e m b r o s**

Dr. Ernesto Bustamante Zuleta.  
 Dr. Pedro Nel Cardona Correa.  
 Dr. Alfredo Correa Henao.  
 Dr. Benicio Gaviria Gaviria.  
 Dr. Alberto Gómez Arango.  
 Dr. Bernardo Jiménez Cano.  
 Dr. Alvaro Londoño Mejía.  
 Dr. Benjamín Mejía Cálad.  
 Dr. Jesús Peláez Botero.  
 Dr. Carlos J. Vásquez Cantillo.  
 Dr. Samuel Vieira Mejía.  
 Dr. Eugenio Villa Haeusler.

**Secretario:** Sr. Lázaro Nieto Ospina.

40. **CONSEJO CONSULTIVO DE LA FACULTAD:**

**Presidente:** Dr. Ignacio Vélez Escobar

**M i e m b r o s :**

Sr. Jairo Bustamante Betancurt , Representante de los Estudiantes.  
 Dr. René Díaz Correa , nombrado por el H. Consejo Directivo.  
 Dr. Alvaro Londoño Mejía . nombrado por el H. Consejo Directivo.  
 Dr. Antonio Ramírez González , Representante de los Profesores.

**Secretario:** Sr. Lázaro Nieto Ospina.

50. **POSICIONES ACADEMICAS DEL ESCALAFON DE LA FACULTAD:**

Profesor Emérito.	Asociado.
Profesor Honorario.	Instructor.

Profesor Titular.  
Profesor.  
Profesor Agregado.  
Profesor Auxiliar.

Jefe de Residentes.  
Residente.  
Residente Auxiliar.  
Interno Permanente.

## 60. POSICIONES ACADEMICAS

QUE ACTUALMENTE OCUPA EL PERSONAL DOCENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

### PROFESORES EMERITOS:

Dr. Miguel M<sup>a</sup> Calle.  
Dr. Nicanor González.  
Dr. Braulio Henao Mejía.  
Dr. Emilio Robledo.  
Dr. Gustavo Uribe Escobar.  
Dr. Juan Uribe Williamson.  
Dr. Lázaro Uribe Cálad.

### PROFESORES TITULARES:

Dr. Gonzalo Botero Díaz . . . . . Clínica Quirúrgica.  
Dr. Pedro Nel Cardona C. . . . . Clínica Ginecológica.  
Dr. Alfredo Correa Henao . . . . . Anatomía Patológica.  
Dr. Benicio Gaviria G. . . . . Clínica Obstétrica.  
Dr. Alberto Gómez Arango . . . . . Clínica Quirúrgica.  
Dr. Miguel Guzmán A. . . . . Clínica Tropical.  
Dr. Bernardo Jiménez C. . . . . Microbiología.  
Dr. Alvaro Londoño Mejía . . . . . Anatomía.  
19 Dr. Miguel Martínez Echeverri . . . . . Clínica Semiológica.  
Dr. Alfonso Mejía Isaza . . . . . Terapéutica.  
Dr. Benjamín Mejía Cálad . . . . . Clínica Infantil.  
Dr. Julio Ortiz Velásquez . . . . . Medicina Legal.  
Dr. Jesús Peláez Botero . . . . . Química Biológica.  
Dr. Juan B. Pérez Cadavid . . . . . Clínica Tropical (en licencia).  
Dr. José Posada Trujillo . . . . . Clínica Dermatológica.  
Dr. Elkin Rodríguez . . . . . Clínica Semiológica.  
Dr. Carlos J. Vásquez Cantillo . . . . . Clínica Organos Sentidos.  
Dr. David Velásquez C. . . . . Clínica Interna.  
Dr. Eugenio Villa Haeusler . . . . . Clínica Interna.

### PROFESORES:

Dr. Alberto Betancourt A. . . . . Química Biológica.  
Dr. Ernesto Bustamante Zuleta . . . . . Clínica Neurológica.  
Dr. Tomás Campuzano . . . . . Histología, Biología y Genética.  
Dr. Gustavo Calle Uribe . . . . . Clínica Urológica.  
Dr. Jorge Franco Vélez . . . . . Clínica Tropical.  
Dr. Miguel Gracián C. . . . . Higiene.  
Dr. Jorge Henao Posada . . . . . Clínica Obstétrica.

	Dr. Samuel Jiménez . . . . .	Anestesiología.
1	Dr. Guillermo Latorre Restrepo . . . . .	Fisiología.
	Dr. Hernán Londoño Vélez . . . . .	Clínica Organos Sentidos.
	Dr. Rafael J. Mejía . . . . .	Clínica Interna.
	Dr. Eusebio Ochoa S. . . . .	Clínica Obstétrica.
	Dr. Pablo Pérez Upegui . . . . .	Clín. Psiquiátrica y Psicología Médica
	Dr. Carlos Piedrahíta Muñoz . . . . .	Patología Externa.
26	Dr. Arturo Pineda Giraldo . . . . .	Clínica Médica.
	Dr. Antonio Ramírez G. . . . .	Fisiología y Clín. Quirúrgica- Tórax.
	Dr. Francisco Restrepo Molina . . . . .	Clínica Tropical.
	Dr. Carlos Sanín Aguirre . . . . .	Clínica Semiológica.
	Dr. Mario Tobón Uribe . . . . .	Obstetricia.
12	Dr. Alvaro Toro Mejía . . . . .	Dpto. Medicina Interna.
	Dr. Gabriel Toro Mejía . . . . .	Clínica Interna.
	Dr. Pedro J. Toro Echeverri . . . . .	Clínica Interna.
	Dr. Luis Carlos Uribe Botero . . . . .	Clínica Interna.
10	Dr. Nacienceno Valencia J. . . . .	Anestesiología.
	Dr. Rafael Vélez Gil . . . . .	Clínica Obstétrica.
	Dr. Gabriel Zapata Lotero . . . . .	Clínica Semiológica.

#### PROFESORES AGREGADOS:

	Dr. Alfonso Aguirre C. . . . .	Clínica Interna - Cardiología.
	Dr. Oriol Arango Mejía . . . . .	Clínica Interna - Radiología.
	Dr. Luis Germán Arbeláez M. . . . .	Clínica Infantil.
	Dr. Víctor Julio Betancur . . . . .	Higiene.
1	Dr. Emilio Bojanini . . . . .	Anatomía Patológica.
	Dr. Julio Calle R. . . . .	Clínica Infantil.
	Dr. Ricardo Callejas . . . . .	Clínica Infantil.
	Dr. Ramón Córdoba Palacio . . . . .	Clínica Infantil.
	Dr. Jorge Delgado Martínez . . . . .	Anatomía Radiológica.
	Dr. René Díaz Correa . . . . .	Clínica Ginecológica.
25	Dr. Oscar Duque Hernández . . . . .	Anatomía Patológica.
	Dr. Hernando Echeverri Mejía . . . . .	Clínica Ortopédica.
	Dr. Gustavo Escobar Restrepo . . . . .	Clínica Urológica.
	Dr. Augusto Estrada E. . . . .	Clínica Organos Sentidos
	Dr. Iván Gil Sánchez . . . . .	Clínica Quirúrgica.
	Dr. Jaime Jaramillo Bernal . . . . .	Clínica Infantil.
	Dr. Mario Montoya Toro . . . . .	Técnica Quirúrgica.
	Dr. Miguel Múnera Palacio . . . . .	Clínica Interna - Cardiología.
	Dr. Marco Tulio Osorio . . . . .	Anatomía.
	Dr. Hernán Pérez Restrepo . . . . .	Clínica Infantil.
	Dr. Alfonso Velásquez R. . . . .	Clínica Interna - Endocrinología.
	Dr. Ignacio Vélez Escobar . . . . .	Clínica Interna - Gastroenterología.
	Dr. Francisco Villa E. . . . .	Microbiología.
	Dr. Hernando Villegas R. . . . .	Clínica Quirúrgica.
	Dr. Rafael Villegas Arango . . . . .	Clínica Quirúrgica.

## PROFESORES AUXILIARES:

Dr. Eduardo Abad Mesa . . . . .	Clínica Interna.-Neumología.
Dr. Guillermo Alvarez S. . . . .	Clínica Semiológica.
Dr. Marcos Barrientos M. . . . .	Clínica Organos Sentidos
Dr. Gonzalo Botero Botero . . . . .	Clínica Semiológica.
Dr. Gonzalo Calle Vélez . . . . .	Clínica Interna - Dermatología.
Dr. Gabriel Correa Vélez . . . . .	Clínica Interna.
Dr. Bernardo Chica M. . . . .	Clínica Tropical.
Dr. Marcos Duque G. . . . .	Clínica Interna - Cardiología.
Dr. Antonio Escobar E. . . . .	Clínica Interna - Cardiología.
Dr. Gabriel Franco C. . . . .	Clínica Quirúrgica.
Dr. Efraim Isaza Maya . . . . .	Clínica Semiológica.
Dr. Gustavo Isaza Mejía . . . . .	Clínica Ginecológica.
Dr. Samuel Isaza Toro . . . . .	Clínica Ginecológica.
Dr. Rodrigo Londoño . . . . .	Neuroanatomía.
Dr. Rogelio Londoño G. . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Edmundo Medina M. . . . .	Clínica Interna - Pneumología.
Dr. Alfonso Mejía Cálad . . . . .	Clínica Interna - Pneumología.
Dr. Luis Carlos Montoya R. . . . .	Clínica Interna - Pneumología.
Dr. Alfredo Naranjo Villegas . . . . .	Clínica Interna - Cardiología.
Dr. John Ortiz Gaviria . . . . .	Clínica Organos Sentidos
Dr. Pedro Pablo Peláez E. . . . .	Clínica Interna - Gastroenterología.
Dr. Alberto Pérez Estrada . . . . .	Clínica Urológica.
Dr. Raúl Piedrahíta C. . . . .	Clínica Neurológica.
Dr. Armando Posada G. . . . .	Clínica Ginecológica.
Dr. Luis Carlos Posada G. . . . .	Clínica Neurológica.
Dr. Alberto Robledo C. . . . .	Clínica Tropical.
Dr. Darío Sierra Londoño . . . . .	Clínica Interna - Endocrinología.
Dr. Luis Tirado Vélez . . . . .	Clínica Ginecológica.
Dr. Ernesto Toro Ochoa . . . . .	Clínica Quirúrgica.
Dr. Fernando Toro Mejía . . . . .	Clínica Interna - Cardiología.
Dr. Fabio Vélez A. . . . .	Clínica Interna - Pneumología.
Dr. Gabriel Jaime Villa . . . . .	Clínica Interna - Cardiología.

## ASOCIADOS:

Dr. Gabriel Alvarez G. . . . .	Clínica Interna.
Dr. Mariano Castrillón H. . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Alberto Echavarría R. . . . .	Clínica Interna - Hematología.
Dr. Luis E. García Peláez . . . . .	Clínica Interna - Pneumología.
Dr. León Hernández G. . . . .	Cirugía Plástica.
Dr. Gabriel Llano E. . . . .	Clínica Urológica.
Dr. Humberto Mejía V. . . . .	Clínica Interna - Gastroenterología.
Dr. Hugo Restrepo O. . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Pedro Restrepo D. . . . .	Clínica Urológica.
Dr. Jaime Tobón Arbeláez . . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Alberto Uribe Lince . . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Rafael Uribe H. . . . .	Clínica Interna.

### INSTRUCTORES:

Dr. Gabriel Alvarez Vásquez . . . . .	Clínica Ortopédica.
Dr. Eduardo Calle J. . . . .	Clínica Quirúrgica.
Dr. Hugo Campillo G. . . . .	Clínica Psiquiátrica.
Dr. Jaime Cano Alvarez . . . . .	Clínica Ortopédica.
Dr. Roberto Carmona A. . . . .	Clínica Neurológica.
Dr. Hernán Echeverri V. . . . .	Clínica Quirúrgica.
Dr. Octavio García Beltrán . . . . .	Cirugía Cardiovascular.
Dr. Alfonso Gil Arango . . . . .	Clínica Quirúrgica. (En rotación).
Dr. Gildardo Gómez . . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Jorge Gómez Jaramillo . . . . .	Clínica Psiquiátrica.
Dr. Ayen Henríquez C. . . . .	Clínica Organos Sentidos.
Dr. Víctor Henríquez C. . . . .	Clínica Quirúrgica. (En rotación).
Dr. Antonio Lopera M. . . . .	Clínica Infantil.
Dr. Javier Lopera M. . . . .	Clínica Organos Sentidos.
78 Dr. Darío Mesa Upegui . . . . .	Clínica Ortopédica.
Dr. Jesús Mora Correa . . . . .	Clínica Psiquiátrica.
Dr. Alberto Morales Tobón . . . . .	Clínica Psiquiátrica.
Dr. Hernando Penagos Estrada . . . . .	Clínica Ginecológica.
Dr. Hernando Penagos Escobar . . . . .	Clínica Quirúrgica.
Dr. Carlos Piedrahíta Muñoz . . . . .	Clínica Quirúrgica. (En rotación).
Dr. Gonzalo Restrepo Ochoa . . . . .	Clínica Psiquiátrica.
Dr. Mario Tobón Uribe . . . . .	Clínica Obstétrica.
Dr. Armando Uribe Montoya . . . . .	Clínica Interna.
Dr. Bertulfo Velásquez R. . . . .	Clínica Interna.
Dr. Hernando Vélez Rojas . . . . .	Clínica Quirúrgica.
Dr. Eduardo Yepes Pineda . . . . .	Clínica Obstétrica.
Dr. Aníbal Zapata G. . . . .	Clínica Dermatológica.
Dr. Guillermo Velásquez R. . . . .	Clínica Interna.

### JEFE DE RESIDENTES:

TC Dr. Conrado Vásquez Hurtado . . . . .	Clínica Infantil.
------------------------------------------	-------------------

### RESIDENTES:

TC Dr. Francisco Arango L. . . . .	Clínica Quirúrgica - Policlínica
Dr. Heriberto Byter A. . . . .	Clínica Obstétrica.
Dr. Alfonso Cano G. . . . .	Clínica Obstétrica.
Dr. Luis Carlos Cano G. . . . .	Clínica Organos Sentidos.
Sr. Jesús A. Cuartas A. . . . .	Anestesiología.
Dr. Aníbal Cuervo . . . . .	Clínica Ginecológica.
Dr. Hernando Estrada V. . . . .	Clínica Obstétrica.
Dr. Nelson Estrada G. . . . .	Clínica Ortopédica.
Dr. José J. Gómez Botero . . . . .	Clínica Organos Sentidos.
Dr. Pedro Nel González Abad . . . . .	Clínica Obstétrica.
Dr. Jaime López Ruiz . . . . .	Clínica Ortopédica.
Sr. Guillermo Morales A. . . . .	Anestesiología.
Dr. Fabio Moreno T. . . . .	Clínica Quirúrgica.

Dr. Bernardo Ochoa A. . . . . Clínica Quirúrgica - Policlínica  
 Dr. José Mario Posada A. . . . . Clínica Ginecológica.  
 Dr. Juan Esteban Puerta S. . . . . Clínica Quirúrgica - Policlínica  
 Dr. Mario Restrepo C. . . . . Clínica Organos Sentidos.  
 22 Dr. Jaime Rivera T. . . . . Clínica Obstétrica.  
 Dr. Pablo Salazar A. . . . . Clínica Obstétrica.  
 Dr. Jorge Vasco Posada . . . . . Clínica Organos Sentidos.  
 Dr. Tiberio Reyes . . . . . Clínica Quirúrgica - Policlínica  
 Sr. Fabio Vélez M. . . . . Radiología

TC  
**RESIDENTES AUXILIARES:**

2 Dr. Darío Ortiz M. . . . . Clínica Infantil.  
 Dr. Fabio Valencia R. . . . . Clínica Infantil.

TC  
**INTERNOS PERMANENTES:**

4 Dr. Fabio Alvarez O. . . . . Clínica Ginecológica.  
 Sr. Julio Blair Vélez . . . . . Cirugía Plástica.  
 Sr. Saúl Castaño M. . . . . Clínica Neurológica.  
 Dr. Francisco Piedrahíta . . . . . Clínica Neurológica.

**JEFES DE TRABAJOS PRACTICOS:**

5 Dr. Guillermo Alvarez Sanín . . . . . Farmacodinamia.  
 Sr. Saúl Castaño . . . . . Histología.  
 Dr. Gustavo Isaza Mejía . . . . . Cancerología.  
 Dr. Ernesto Peláez V. . . . . Química Biológica.  
 Dr. Alonso Puerta S. . . . . Cirugía Experimental.

**PREPARADORES:**

B Sr. Rodrigo Angel M. . . . . Fisiología  
 Sr. Jairo Bustamante B. . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Simón Calle Rpo. . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Salvador Castro . . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Nelson Giraldo . . . . . Fisiología.  
 Sr. Humberto Gómez . . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Fernando Pérez T. . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Federico López G. . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Jorge E. Restrepo G. . . . . Anatomía Patológica  
 Sr. Humberto Martínez . . . . . Fisiología.  
 Sr. Julio Sánchez . . . . . Microbiología.  
 Sr. Josué Upegui E. . . . . Fisiología.  
 Sr. Gonzalo Uribe B. . . . . Histología.

## 70. DEPARTAMENTOS CIENTIFICOS DE LA FACULTAD:

### 1. DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BASICAS, QUE COMPRENDEN:

#### a) Sección de Morfología:

##### a) Anatomía:

Profesor Titular : Dr. Alvaro Londoño Mejía  
Profesores Agregados : Dr. Marco Tulio Osorio.  
Dr. Jorge Delgado M. - Anatomía Ra-  
diológica.  
Profesor Auxiliar : Dr. Rodrigo Londoño - Neuroanatomía.  
Hace estudios de especialización en  
Montevideo.

##### b) Histología y Embriología:

Profesor : Dr: Tomás Campuzano.  
Jefe de Trabajos Prácticos: Sr. Saúl Castaño.  
Preparador : Sr. Gonzalo Uribe Botero.

##### Bioquímica:

Profesor Titular : Dr. Jesús Peláez Botero. Hoy en la  
Universidad de Michigan, en atención  
al programa de intercambio de Profe-  
sores auspiciado por la Fundación Ro-  
ckefeller.  
Profesor : Dr. Alberto Betancourt Arango.  
Dr. Jesús Botero Angel. Hace estu-  
dios de especialización en EE. UU.,  
becado por la W. K. Kellog Founda-  
tion.

Jefe de Trabajos Prácticos: Dr. Ernesto Peláez.

##### Biología y Genética:

Profesor : Dr. Tomás Campuzano.

##### Fisiología:

Profesores : Dr. Guillermo Latorre Restrepo.  
Dr. Antonio Ramírez G. - Sección  
del Tórax.  
Preparadores : Sr. Rodrigo Angel.  
Sr. Nelson Giraldo.  
Sr. Humberto Martínez.  
Sr. Josué Upegui.

### **Farmacodinamia:**

Profesor : Dr. Alfonso Mejía Isaza.  
Jefe de Trabajos Prácticos: Dr. Guillermo Alvarez Sanín.

### **Microbiología:**

Profesor Titular : Dr. Bernardo Jiménez C. Hoy en la Universidad de Michigan, en atención al programa de intercambio de Profesores, auspiciado por la Fundación Rockefeller.

Profesores Agregado : Dr. Francisco Villa Espinal.  
Dr. David Botero Ramos. Hace estudios de especialización en EE. UU. becado por la W. K. Kellogg Foundation.

## **2. DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA:**

Profesor Titular : Dr. Alfredo Correa Henao.  
Profesores Agregados : Dr. Oscar Duque Hernández.  
Dr. Emilio Bojanini.  
Dr. Mario Robledo Villegas. Hace estudios de especialización en EE.UU. becado por la W. K. Kellogg Foundation.

Preparadores : Sr. Jairo Bustamante Betancourt.  
Sr. Salvador Castro G.  
Sr. Simón Calle R.  
Sr. Humberto Gómez.  
Sr. Federico López.  
Sr. Fernando Pérez T.  
Sr. Jorge E. Restrepo G.

## **3. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, QUE COMPRENDE:**

### **a) Clínica Semiológica:**

Profesores Titulares : Dr. Miguel Martínez Echeverri.  
Dr. Elkin Rodríguez.

Profesores : Dr. Arturo Pineda Giraldo.  
Dr. Carlos Sanín Aguirre.  
Dr. Alvaro Toro Mejía.  
Dr. Gabriel Zapata Lotero.

Profesores Auxiliares : Dr. Guillermo Alvarez Sanín.  
Dr. Gonzalo Botero Botero.  
Dr. Efrain Isaza Maya.

b) **Patología y Clínica Tropical.**

- Profesores Titulares : Dr. Miguel Guzmán Arroyave.  
Dr. Juan B. Pérez Cadavid. (En licencia).
- Profesores : Dr. Jorge Franco Vélez.  
Dr. Francisco Restrepo Molina.
- Profesores Auxiliares : Dr. Bernardo Chica Molina.  
Dr. Alberto Robledo Clavijo.

c) **Clínica Dermatológica** :

- Profesor Titular : Dr. José Posada Trujillo.  
Profesores Agregados : Dr. Gonzalo Calle Vélez.  
Instructor : Dr. Aníbal Zapata.

d) **Clínica Interna** :

- Profesores Titulares : Dr. David Velásquez C.  
Dr. Eugenio Villa Haeusler.
- Profesores : Dr. Rafael J. Mejía. - Pneumología.  
Dr. Gabriel Toro Mejía.  
Dr. Pedro J. Toro Echeverri.  
Dr. Luis Carlos Uribe Botero.
- Profesores Agregados : Dr. Alfonso Aguirre - Cardiología  
Dr. Oriol Arango Mejía - Radiología  
Dr. Miguel Múnera Palacio - Cardiología.  
Dr. Alfonso Velásquez R. - Endocrinología.  
Dr. Ignacio Vélez Escobar - Gastroenterología.
- Profesores Auxiliares : Dr. Eduardo Abad Mesa - Pneumología.  
Dr. Gabriel Correa Vélez  
Dr. Marcos Duque G. - Cardiología.  
Dr. Edmundo Medina - Pneumología.  
Dr. Alfonso Mejía Cálad - Pneumología.  
Dr. Luis Carlos Montoya - Pneumología.  
Dr. Alfredo Naranjo Villegas - Cardiología.  
Dr. Pedro Pablo Peláez E. - Gastroenterología.  
Dr. Darío Sierra Londoño - Endocrinología.

Dr. Fernando Toro Mejía - Cardiología.  
Dr. Fabio Vélez A. - Pneumología.  
Dr. Gabriel Jaime Villa - Cardiología.

Asociados : Dr. Gabriel Alvarez G. - Consulta Externa.  
Dr. Alberto Echavarría - Hematología.  
Dr. Luis E. García Peláez - Pneumología.  
Dr. Humberto Mejía V. - Gastroenterología.  
Dr. Rafael Uribe H.

e) **Patología Interna: Dictada** por el mismo personal de Clínica Interna.

**Terapéutica** :  
Profesor Titular : Dr. Alfonso Mejía Isaza.

#### 4. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA, QUE COMPRENDE:

##### a) **Técnica Quirúrgica y Cirugía Experimental:**

Profesor Agregado : Dr. Mario Montoya Toro.  
Jefe de Trabajos Prácticos: Dr. Alonso Puerta Santamaría.

##### b) **Clínica Quirúrgica** :

Profesores Titulares : Dr. Gonzalo Botero Díaz.  
Dr. Alberto Gómez Arango.

Profesores Agregados : Dr. Iván Gil Sánchez.  
Dr. Hernando Villegas R.  
Dr. Rafael Villegas Arango.

Profesores Auxiliares : Dr. Gabriel Franco C.  
Dr. Ernesto Toro Ochoa.

##### **Instructores y Jefes de Residentes:**

Dr. Hernán Echeverri Villegas.  
Dr. Hernando Vélez Rojas.

**Instructores** : Dr. Eduardo Calle Jaramillo.  
Dr. Octavio García Beltrán - Cirugía Cardiovascular.  
Dr. Alfonso Gil Arango - En rotación por servicios especializados.

- Dr. Víctor Henríquez - En rotación por servicios especializados.  
 Dr. Hernando Penagos Estrada  
 Dr. Carlos Piedrahita M. - En rotación por servicios especializados.
- Residentes** : Dr. Francisco Arango L. - En Policlínica.  
 Dr. Bernardo Ochoa A. - En Policlínica.  
 Dr. Juan Esteban Puerta - En Policlínica.
- Residentes** :
- Dr. Tiberio Reyes - En la Policlínica.  
 Dr. Fabio Moreno T. - En Cirugía general
- c) Cirugía del Tórax** :
- Profesor : Dr. Antonio Ramírez G.
- d) Cirugía Plástica** :
- Asociado : Dr. León Hernández.  
 Interno Permanente : Sr. Julio Blair Vélez.
- e) Anestesiología** :
- Profesores : Dr. Samuel Jiménez.  
 Dr. Nacienceno Valencia.
- Residentes : Sr. Jesús A. Cuartas.  
 Sr. Guillermo Morales.
- f) Ortopedia y Traumatología:**
- Profesor Agregado : Dr. Hernando Echeverri Mejía.
- Instructores** : Dr. Gabriel Alvarez Vásquez.  
 Dr. Jaime Cano Alvarez.  
 Dr. Darío Mesa Upegui.
- Residentes : Dr. Nelson Estrada Gómez.  
 Dr. Jaime López Ruiz.
- g) Clínica Urológica** :
- Profesor : Dr. Gustavo Calle Uribe.  
 Profesor Agregado : Dr. Gustavo Escobar Restrepo.  
 Profesor Auxiliar : Dr. Alberto Pérez Estrada.
- Asociados : Dr. Gabriel Llano E.  
 Dr. Pedro Restrepo D.

**h) Clínica Organos de los Sentidos:**

Profesor Titular	: Dr. Carlos Vásquez Cantillo.
Profesor	: Dr. Hernán Londoño Vélez (En licencia).
Profesor Agregado	: Dr. Augusto Estrada E.
Profesores Auxiliares	: Dr. Marcos Barrientos M. Dr. John Ortiz Gaviria.
Instructores	: Dr. Ayen Henriquez. Dr. Javier Lopera Montaña.
Residentes	: Dr. Luis Carlos Cano. Dr. José J. Gómez Botero. Dr. Jorge Vasco Posada.

**i) Clínica Neurológica :**

Profesor Agregado	: Dr. Ernesto Bustamante Zuleta.
Profesores Auxiliares	: Dr. Raúl Piedrahíta. Dr. Luis Carlos Posada.
Instructor	: Dr. Roberto Carmona A.
Internos Permanentes	: Dr. Francisco Piedrahíta. Sr. Saúl Castaño Mejía.

**j) Patología Externa :**

Profesor	: Dr. Carlos Piedrahíta Muñoz.
----------	--------------------------------

**k) Cancerología :**

Jefe del Servicio	: Dr. Pedro Nel Cardona.
Jefe de Trabajos Prácticos:	Dr. Gustavo Isaza Mejía.

**5. DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES DE LAS MUJERES:**

**a) Obstetricia y Ginecología:**

Profesor	: Dr. Mario Tobón Uribe.
----------	--------------------------

**b) Clínica Obstétrica: :**

Profesor Titular	: Dr. Benicio Gaviria Gaviria.
Profesores	: Dr. Jorge Henao Posada. Dr. Eusebio Ochoa S. Dr. Rafael Vélez Gil.
Instructor	: Dr. Eduardo Yepes Pineda.
Residentes	: Dr. Heriberto Byter A. Dr. Alfonso Cano G.

Dr. Hernando Estrada V.  
Dr. Pedro Nel González Abad.  
Dr. Jaime Rivera.  
Dr. Pablo Salazar.

c) **Clínica Ginecológica** :

Profesor Titular : Dr. Pedro Nel Cardona.  
Profesor Agregado : Dr. René Díaz Correa.  
Profesores Auxiliares : Dr. Gustavo Isaza Mejía.  
Dr. Samuel Isaza Toro.  
Dr. Armando Posada.  
Dr. Luis Tirado Vélez.  
  
Instructor : Dr. Hernando Penagos Estrada  
Residentes : Dr. Anibal Cuervo.  
Dr. José Mario Posada.  
Interno Permanente : Dr. Fabio Alvarez Ortiz.

6. **DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA:**

Profesor Titular : Dr. Benjamín Mejía Cálad.  
Profesores Agregados : Dr. Luis Germán Arbeláez.  
Dr. Julio Calle R.  
Dr. Ricardo Callejas.  
Dr. Ramón Córdoba Palacio.  
Dr. Jaime Jaramillo Bernal.  
Dr. Hernán Pérez Restrepo. (En cirugía).  
  
Profesor Auxiliar : Dr. Rogelio Londoño G.  
Asociados : Dr. Mariano Castrillón H. (En cirugía).  
Dr. Hugo Restrepo Orta.  
Dr. Jaime Tobón Arbeláez.  
Dr. Alberto Uribe Lince.  
  
Instructores : Dr. Gildardo Gómez. (En cirugía).  
Dr. Antonio Lopera Montaña.  
  
Jefe de Residentes : Dr. Conrado Vásquez Hurtado.  
Residentes Auxiliares : Dr. Darío Ortiz M.  
Dr. Fabio Valencia Rodas.

7. **DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL:**

a) **Higiene y Bioestadística:**

Profesor : Dr. Miguel Gracián C.  
Dr. Héctor Abad Gómez. A partir de

Febrero de 1956.

Profesor Agregado : Dr. Víctor Julio Betancur.  
Dr. Rodrigo Solórzano S. Hace estudios de especialización en EE. UU. becado por la Organización Mundial de la Salud.

**b) Psicología General y Médica:**

Profesor : Dr. Pablo Pérez Upegui.

**c) Psiquiatría :**

Profesor : Dr. Pablo Pérez Upegui.

Instructores : Dr. Hugo Campillo G.  
Dr. Jorge Gómez Jaramillo.  
Dr. Jesús Mora Correa.  
Dr. Alberto Morales Tobón.  
Dr. Gonzalo Restrepo Ochoa.

**d) Medicina Legal :**

Profesor Titular : Dr. Julio Ortiz Velásquez.

DISTRIBUCION DE TRABAJO EN ENERO DE 1956.

<b>Lunes</b>	16.	8 a.m.	Iniciación de trabajo en la Secretaría.
<b>Martes</b>	17.	8 a.m.	Trabajo de Secretaría.
<b>Miérc.</b>	18.	10 a.m.	Examen de admisión de BIOLOGIA, que comprende: Anatomía, Fisiología y Botánica.
<b>Jueves</b>	19.	8 a.m.	Trabajo de Secretaría.
<b>Viernes</b>	20.	10 a.m.	Examen de admisión de FISICA GENERAL.
<b>Sábado</b>	21.	10 a.m.	Examen de admisión de FRANCES.
<b>Lunes</b>	23.	10 a.m.	Examen de admisión de QUIMICA GENERAL.
<b>Marte</b>	24.	10 a.m.	Examen de admisión INGLES.
<b>Miérc.</b>	25.	8 a.m.	Terminación de las matrículas de 2º y 3º cursos.
<b>Jueves</b>	26.	8 a.m.	Exámenes de habilitación y supletorios. Terminación de las matrículas de 4º y 5º cursos.
<b>Viernes</b>	27.	8 a.m.	Exámenes de habilitación y supletorios. Terminación de las matrículas de 6º y 7º cursos.
<b>Sábado</b>	28.	8 a.m.	Preparación de los resultados de los exámenes de admisión.
<b>Lunes</b>	30.	9 a.m.	Entrevistas personales hechas por el H. Consejo Consultivo de la Facultad a los aspirantes que crea necesario.
		2. 6.	Matrículas de los alumnos incompletos o que tengan alguna incompatibilidad o problema.
<b>Martes</b>	31.	9 a.m.	Reunión del Sr. Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad de Medicina y el H. Consejo Consultivo en el Decanato, con el objeto de estudiar los resultados obtenidos en los exámenes de admisión y definir cuáles aspirantes son aceptados en el 1er. Curso de la Facultad.
		2. 6.	Preparación de listas para la iniciación de las tareas.

**FEBRERO 1º.**

**Miérc. 7 a.m.**

Inauguración del año lectivo en el auditorio de la Facultad con la asistencia del Sr. Rector de la Universidad, del Decano de la Facultad, del Cuerpo de Profesores y de todo el alumnado que corresponde desde el 2º hasta el 7º cursos.

**Jueves 2. 8 a.m.**

Matriculas de los alumnos aceptados en el 1er. Curso.

**Viernes 3. 8 a.m.**

Matriculas de los alumnos aceptados en el 1er. Curso.

**Sábado 4. 8 a.m.**

Confección de listas para la iniciación de clases del 1er. Curso.

**Lunes 6 7 a.m.**

Iniciación de las clases correspondientes al 1er. Curso.

**NOTA:** Para el buen orden y desarrollo del presente plan de trabajo, se ruega a todo el personal ceñirse estrictamente a esta distribución de tiempo. Quien tuviere algún inconveniente invencible, debe hacerlo valer antes de la fecha fijada.

Medellín - Octubre de 1955.

**PENSUM Y HORARIO 1956**

**PRIMER CURSO:**

1. Anatomía Total . . . . . 7 a 10

2. Histología . . . . . 10 a 12

**Por la tarde hasta Junio 1º**

3. Introducción a la Química Biológica . . . . .  
Teórica diaria . . . . . 4 a 5  
Prácticas semanales - horas . . . . . 2 a 4

4. Biología y Genética . . . . . 5 a 6

**De Junio 21 en adelante:**

5. Química Biológica . . . . . 2 a 6  
Teórica diaria - 2½ horas 2 a 6

**M a ñ a n a :**

**SEGUNDO CURSO:**

**Primer semestre:**

**M a ñ a n a :**

1. Microbiología . . . . . 7 a 11  
2. Introducción a la Fisiología . . . . . 11 a 12

**T a r d e :**

Laboratorios de Farmacodinamia y Fisiología alternados . . . . . 2 a 4  
3. Farmacodinamia . . . . . 4 a 5

**Segundo: semestre:**

**M a ñ a n a :**

- 4. Fisiología . . . . . 7 a 11
- 5. Psicología General y Médica . . . . . 11 a 12

**Tarde:**

- 6. Anatomía Patológica . . . 2 a 6

**TERCER CURSO:**

**Primer semestre:**

**M a ñ a n a :**

- 1. Medicina Interna I . . . . . 7 a 11
- 2. Terapéutica . . . . . 11 a 12

**Tarde:**

- 3. Anatomía Patológica . . . 2 a 6

**Segundo: semestre:**

**M a ñ a n a :**

- 4. Medicina Interna II . . . . . 7 a 11  
(Clínica Interna, Patología Interna, prácticas de laboratorio clínico y consulta externa) . . . . .

Terapéutica . . . . . 11 a 12

**Tarde:**

- 5. Técnica Quirúrgica . . . . . 2 a 6  
Teórica - 1 hora diaria .  
Prácticas - 3 horas interdiarias . . . . .

**CUARTO CURSO:**

**Primer semestre:**

- 1. Medicina Interna . . . . . 7 a 9  
(Patología y Clínica Tropical) . . . . .

- 2. Medicina Legal . . . . . 9 a 10
- 3. Bioestadística y Deontología Médica . . . . . 10 a 11
- 4. Psiquiatría - Teórica . . . 11 a 12

**Tarde:**

- 5. Ortopedia y Traumatología . . . . . 3 a 6

**Segundo: semestre:**

**M a ñ a n a :**

- Medicina Interna . . . . . 7 a 9  
(Patología y Clínica Tropical) . . . . .
- Psiquiatría Práctica . . . . . 11 a 12
- Patología Externa . . . . . 11 a 12

**Tarde:**

- 6. Medicina Preventiva . . . 2 a 6

**QUINTO CURSO:**

- 1. Clínica Interna . . . . . 7 a 9
- 2. Clínica Infantil . . . . . 9 a 11
- 3. Clínica Neurológica. Grupo A . . . . . 11 a 12
- 4. Clínica Organos Sentidos. Grupo B . . . . . 11 a 12

**Tarde:**

**Primer semestre:**

- 5. Obstétrica y Ginecología Teóricas . . . . .
- Clínica Ginecológica . . . 3 a 6

**Segundo: semestre:**

150 horas de consulta externa . . . . .

**SEXTO CURSO:**

1. Clínica Quirúrgica - Anual . . . . . 7 a 9
2. Clínica Obstétrica - Semestral . . . . . 9 a 12  
(La mitad de los alumnos)
3. Clínica Urológica . . . . . 10 a 12  
(La  $\frac{1}{4}$  parte de los alumnos, por trimestres de 38 días, 38 días, 43 días y 43 días) . . . . .
4. Consulta Externa . . . . . 10 a 12  
(Por trimestres, con la  $\frac{1}{4}$  parte de los alumnos).

**Tar de:**

- Primer semestre:**
5. Medicina Preventiva . . . 2 a 6  
(Todo el grupo) . . . . .
- Segundo: semestre:**
6. Ortopedia y Traumatología . . . . . 2 a 6  
(La mitad del grupo, por trimestres de 43 días) . . . . .
  7. Clínica Ginecológica . . . 2 a 6  
(La mitad del grupo, por trimestres de 43 días) . . . . .

EL PRESENTE PENSUM Y HORARIO PARA EL AÑO LECTIVO DE 1956, FUE DISCUTIDO POR EL H. CONSEJO ACADEMICO DE LA FACULTAD EN VARIAS SESIONES, Y ACEPTADO COMO DEFINITIVO EN LA SESION DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 1955, PARA SOMETERLO A LA APROBACION DEL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA UNIVERSIDAD.

---

**BOLETIN No 48**

Mes de Octubre de 1955.

- Sábado 1o.** 8 a.m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.  
9 a.m. Proyección de una película científica.
- Lunes 3.** 2 p.m. Concierto de música en el salón anexo a la Biblioteca con el equipo de alta fidelidad, de acuerdo con los programas semanales. Estos conciertos se efectuarán todos los días hábiles de la semana, a esta misma hora, y la asistencia es para quienes dispongan de tiempo libre y deseen hacerlo.
- Martes 4.** 1:15 p.m. Reunión del Staff de Policlínica en la sala correspondiente.
- Miérc. 5.** 8 a.m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.

- 12:30 Conferencia de necropsias ocurridas en la semana anterior, en el Instituto de Anatomía Patológica.
- 6 p.m. Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. Simposium a cargo de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal sobre "EPILEPSIA".
- 7:45 p.m. C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Gabriel Toro Mejía. **Tema:** COMA DIABETICO.
- Jueves 6.** 7 a.m. C. T. Conferencia de Tumores en el 2º piso de Cirugía General.
- 10 a.m. R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
- 8 p.m. Seminario de Anestesia. **Ponente:** Dr. Hernando Vélez Rojas. **Tema:** VOLUMEN SANGUINEO EN EL SHOCK.
- Viernes 7.** 7 a.m. Reunión del Staff de Cirugía en el 2º piso de Cirugía General.
- 9 a.m. R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica en el Pabellón de Maternidad.
- 9:30 Seminario de Psiquiatría en el Hospital Mental, bajo la Dirección del Dr. Pablo Pérez Upegui, Profesor de la cátedra. **Ponente:** Sr. Gustavo Casas. **Tema:** CONSIDERACIONES SOBRE LA HIPNOSIS.
- 6 p.m. Conferencia de Cirugía Gastroenterológica.
- Sábado 8.** 8 a.m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.
- 9 a.m. Proyección de una película científica.
- Lunes 10.** 9:30 a.m. SOLEMNE DESFILE de toda la Universidad de Antioquia, presidido por el Brigadier General Píoquinto Rengifo, Gobernador de Antioquia, y sus Secretarios. **SE ESPERA QUE NINGUN PROFESOR, ESTUDIANTE, EMPLEADO O ANTIGUO ALUMNO DEJE DE CONTESTAR PRESENTE EN ESTE ACTO.**
- 11:30 Inmediatamente pase el desfile, se efectuará una partida de ping-pong en el salón de Parasitología de la Facultad de Medicina entre Profesores y alumnos.

6 p.m.

Velada cultural y artística en el auditorio de la Facultad. Participarán en este acto las alumnas de la Escuela de Enfermeras, estudiantes de la Facultad y algunos destacados artistas de la ciudad.

**Jueves 13.** 10 am.

Colocación en el Decanato de la Facultad de Medicina de un retrato del ilustre Ex-decano Dr. Alonso Restrepo Moreno. Palabras del Dr. Alfredo Correa Henao.

11 a.m.

Exhibición de una película recreativa en el auditorio.

6 p.m.

Asamblea de Antiguos Alumnos en el Paraninfo de la Universidad.

8:30

Comida de los Profesores y Antiguos Alumnos en el Salón Dorado del Club Unión. Las tarjetas para esta comida las encuentran en la Secretaría de la Facultad.

**Lunes 17.**

INICIACION DEL CURSILLO SOBRE TEMAS PEDIATRICOS, bajo la dirección de la Facultad de Medicina y de la Sociedad Antioqueña de Pediatría, y a cargo de los distinguidos Profesores TEODOSIO VALLEDOR, Habana-Cuba, y ALFREDO RAMON GUERRA, Montevideo-Uruguay.

9 a 11.

DEMOSTRACIONES CLINICAS: Profesores Valledor y Ramón Guerra.

11 a 12.

METODOLOGIA DIAGNOSTICA: Profesor Ramón Guerra.

2 p.m.

Seminario de Higiene dirigido por el Profesor de la cátedra Dr. Miguel Gracián. Durante toda la semana, a esta misma hora y por grupos, se desarrollará el tema EL PROBLEMA HIGIENICO DE LA OBESIDAD. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.

6 a 7.

FLUIDOTERAPIA EN PEDIATRIA: Profesor Valledor. Abarca el tema: a) Conceptos generales. b) Deshidratación en diarreas agudas del lactante. c) En nefropatías, quemaduras, diabetes y otras enfermedades metabólicas.

7 a 8.

LEUCOSIS: Profesor Ramón Guerra.

**Martes 18.** 9 a 11.

DEMOSTRACIONES CLINICAS: Profesores Ramón Guerra y Valledor.

- 11 a 12.  
ENFISEMA OBSTRUCTIVO EN EL LACTANTE: Profesor Valledor.
- 1:15  
Reunión del Club de Revistas en Policlínica.
- 6 a 7.  
NEFROPATIAS: nefritis, nefrosis, insuficiencia renal, infección urinaria. Profesor Ramón Guerra.
- 7 a 8.  
ICTERO OBSTRUCTIVO EN EL RECIEN NACIDO Y LACTANTE PEQUEÑO: Profesor Valledor.
- Miérc. 19.** 8 a.m.  
R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- 9 a 11.  
DEMOSTRACIONES CLINICAS: Profesores Valledor y Ramón Guerra.
- 11 a 12.  
SINDROME HEMORRAGIPAROS: Profesor Ramón Guerra.
- 6 a 7.  
ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO EN LA TUBERCULOSIS DEL LACTANTE. IMPORTANCIA DE LA ANATOMIA RADIOLOGICA DE LOS SEGMENTOS PULMONARES: Profesor Valledor.
- 7 a 8.  
HEPATITIS AGUDA: Profesor Ramón Guerra.
- 7:45 p.m.  
C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Bernardo Chica Molina. **Tema:** ABSCESO HEPATICO.
- 12:30  
Conferencia sobre las necropsias ocurridas en la semana anterior, en el Instituto de Anatomía Patológica.
- 6 p.m.  
Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Gustavo Calle U. **Tema:** TRES CASOS DE AMPUTACION DELICTIVA DEL PENE Y PROSTATECTOMIA EN NIÑO DE 12 AÑOS.
- Jueves. 20.** 7 a.m.  
C. T. Conferencia de Tumores en el 2º piso de Cirugía General.
- 9 a 11.  
DEMOSTRACIONES CLINICAS: Profesores Valledor y Ramón Guerra.
- 10 a.m.  
R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.

11 a 12.  
TRASTORNOS NUTRITIVOS CRONICOS EN EL LACTANTE: Clasificación, diagnóstico y tratamiento actual. Profesor Valledor.

6 a 7.  
FIEBRE REUMATICA: Profesor Ramón Guerra.

6 p.m.  
Seminario de Fisiología dirigido por el Profesor de la cátedra Dr. Guillermo Latorre Restrepo. **Ponente:** Dr. Gabriel Vélez R. **Tema:** EDEMA: PATOGENIA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

8. p.m.  
Seminario de Anestesia dirigido por el Profesor de la cátedra Dr. Samuel Jiménez.

7 a 8.  
EOSINOFILIA CRONICA MASIVA: síndrome leucemoide eosinofílico en la infancia. Profesor Valledor.

**Viernes 21.** 7 a.m.  
Clase conjunta de Clínica Quirúrgica en el 2º piso de Cirugía General.

9 a.m.  
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica en el Pabellón de Maternidad.

9 a 11.  
DEMOSTRACIONES CLINICAS: Profesores Valledor y Ramón Guerra.

9:30  
Seminario de Psiquiatría en el Hospital Mental. **Ponente:** Sr. Armando González. **Tema:** INSCRIPCION DEL PENSAMIENTO.

**Viernes 21.** 11 a 12.  
VALORACION DE LA ISONIACIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL: Profesor Valledor.

6 a 7.  
LINFORETICULOSIS BENIGNA: (Enfermedad por arañazos de gato): formas clínicas, diagnóstico y tratamiento. Profesor Valledor.

6 p.m.  
Conferencia de cirugía gastroenterológica.

7 a 8.  
ETIOLOGIA DE LAS DIARREAS INFANTILES: infección. Profesor Ramón Guerra.

8 a 8:30.  
HOMENAJE DE ANFITRIONES EN UN CLUB DE LA CIUDAD.

**Sábado 22.** 8 a.m.  
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica Infantil. Co-

labora el Departamento de Anatomía Patológica y la intervención de los Profesores extranjeros.

9 a.m.

MESA REDONDA - PEDIATRIA Y MEDICINA. ASISTEN DECANOS Y PROFESORES DE PEDIATRIA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA.

**Lunes 24.**

INCLINACION DE ACTIVIDADES DEL DR. WILLIAM T. GREEN, SOBRE ORTOPEdia.

El Dr. Green es Cirujano Jefe del Departamento de Ortopedia del Children's Medical Hospital de Boston. El programa se dará a conocer por separado para toda la semana.

2 p.m.

SEMINARIO DE HIGIENE. Durante todos los días de la semana, y por grupos de alumnos, se desarrollarán estos temas: LOS HOSPITALES EN MEDICINA PREVENTIVA. EL HOSPITAL RURAL EN COLOMBIA. PROBLEMAS DE HOSPITALIZACION EN EL MEDIO RURAL.

**Martes 25.**

ACTIVIDADES DEL DR. GREEN SOBRE ORTOPEdia.

1:15

Reunión del Club de Revistas en Policlínica.

**Miérc. 26.** 8 a.m.

ACTIVIDADES DEL DR. GREEN SOBRE ORTOPEdia.

8. a.m.

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

12:30

Conferencia sobre las necropsias ocurridas en la semana anterior en el Instituto de Anatomía Patológica.

7:45 p.m.

C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponentes:** Dres. Guillermo Latorre Restrepo y Emilio Bojanini. **Tema:** NECROSIS TUBULAR (Nefrosis del nefrón inferior).

**Jueves 27.** 7 a.m.

R. P. Q. Reunión de Patología Quirúrgica en el edificio de Anatomía Patológica.

10 a.m.

R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.

8. p.m.

Seminario de Anestesiología.

**Viernes 28.** 7 a.m.

Clase conjunta de Clínica Quirúrgica.

- 9 a.m.  
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica en el Pabellón de Maternidad.
- 9:30  
Seminario de Psiquiatría en el Hospital Mental. **Ponente:** Sr. Javier Ospina. **Tema:** ALCOHOLICOS ANONIMOS. Hay otro tema que expondrá la Señorita Elena Ochoa en fecha oportuna.
- 6 p.m.  
Conferencia de Cirugía Gastroenterológica en María Auxiliadora.
- Sábado 29.** 8 a.m.  
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.
- 9 a.m.  
Proyección de una película científica.
- 10 a.m.  
CATEDRA BOLIVARIANA a cargo del Profesor Abel García Valencia, Secretario General de la Universidad. Asistencia obligatoria para los alumnos del 1º y del 2º cursos.
- Lunes 31.** 2 p.m.  
Concierto de música en el salón de audiciones contiguo a la Biblioteca.
- 6 p.m.  
Terminación de las clases en la Facultad.

#### **MES DE NOVIEMBRE:**

Durante todo el mes de Noviembre se efectuarán los exámenes finales, de acuerdo con la distribución que se dará a conocer para cada uno de los cursos.

#### **INFORMACIONES DEL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:**

1. El H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia confirmó los siguientes títulos:
  - Al Dr. Braulio Henao Mejía, Profesor Emérito de Clínica Urológica.
  - Al Dr. Gonzalo Botero Díaz, Profesor Titular de Clínica Quirúrgica.
  - Al Dr. Benicio Gaviria Gaviria, Profesor Titular de Clínica Obstétrica.
  - Al Dr. Alberto Gómez Arango, Profesor Titular de Clínica Quirúrgica.
  - Al Dr. Alfonso Mejía Isaza, Profesor Titular de Terapéutica.
  - Al Dr. Benjamín Mejía Cálad, Profesor Titular de Clínica Infantil.
  - Al Dr. Julio Ortiz Velásquez, Profesor Titular de Medicina Legal.
 Este Decanato registra muy complacido las distinciones hechas a los Profesores anteriores en virtud de sus méritos y del tiempo reglamentario.

2. Entraron a formar parte del personal docente de la Facultad de Medicina o fueron ascendidos en sus posiciones académicas, según nombramiento del H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, los siguientes señores:

Dr. Juan Esteban Puerta Santamaría, como Residente de Cirugía en Policlínica, posición esta obtenida por concurso.

Dr. Bernardo Ochoa Arismendi, como Residente de Cirugía en Policlínica, posición que obtuvo por concurso.

Dr. Carlos Piedrahita Muñoz, como Instructor de Clínica Quirúrgica.

Dr. Víctor Henríquez, como Instructor de Clínica Quirúrgica.

Dr. Octavio García Beltrán, como Instructor de Cirugía Cardiovascular en Cirugía General.

Dr. Julio Blair Vélez, como Interno Permanente de Cirugía Plástica.

Dr. Saúl Castaño Mejía, como Interno Permanente de Neurocirugía.

Dr. Alfonso Aguirre, ascendido de Profesor Auxiliar a Profesor Agregado de Cardiología en Clínica Interna.

Dr. León Hernández, ascendido de Instructor de Cirugía Plástica a Asociado de la misma.

Dr. Gabriel Llano Escobar, ascendido de Instructor de Clínica Urológica a Asociado de la misma.

Dr. Pedro Restrepo D., ascendido de Instructor de Clínica Urológica a Asociado de la misma.

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

Dr. WILLIAM SALDARRIAGA ARANGO. **Título de la tesis:** Un año de Sanidad militar en el Sur.

Dr. DAVID HLEAP FELDER. **Título de la tesis:** Estudios experimentales, clínicos y estadísticos sobre el glaucoma. (Informe preliminar). "Priscol" Subconjuntival como test de diagnóstico.

Dr. JORGE E. COMENARES DURAN. **Título de la tesis:** Estudio Médico-social del Municipio de Duramía-Norte de Santander.

Dr. GUSTAVO ALVAREZ MONTOYA. **Título de la tesis:** Estudio del índice de Lipasa en nuestro medio

Dr. RAUL MARQUEZ VELASQUEZ. **Título de la tesis:** Monografía de la Unidad Móvil del Bajo Nechí.

4. Este Decanato vivamente interesado en que todo el personal de Profesores, alumnos y empleados de la Facultad se hagan presentes en los actos programados para las Jornadas Universitarias, de manera especial en el solemne desfile que toda la Universidad efectuará a las 9:30 a.m. el Lunes 10 del que cursa, se ha permitido transcribirles la car-

ta del H. Consejo Directivo y del Sr. Rector, y espera que no serán desatendidos por ninguna unidad de los que constituyen este distinguido cuerpo colegiado.

5. Bajo la dirección de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Sociedad Antioqueña de Pediatría, se llevará a cabo del 17 al 22 de Octubre un importante Cursillo sobre Temas Pediátricos para post-graduados, según el programa dado a conocer en actividades de la Facultad. El valor de la inscripción es de \$ 50.00 y debe hacerse en la Secretaría de la Facultad, en donde le harán entrega de una tarjeta que lo acredita como asistente al Cursillo. El cupo es limitado. Dirigen el Cursillo los Profesores TEODOSIO VALLEDOR, de La Habana-Cuba, y el Dr. ALFREDO RAMON GUERRA, de Montevideo-Uruguay.
6. Del 24 al 29 del presente mes dictará un importante Curso de Ortopedia el Dr. William T. Green, Cirujano Jefe del Departamento de Ortopedia del Children's Medical Hospital de Boston. El Dr. Green es traído a la Facultad por la Universidad de Antioquia en colaboración con el Consultorio de Especialistas de Bogotá. El programa de labores se dará a conocer oportunamente. Este Decanato presenta atento saludo al Dr. Green y a su distinguida esposa.
7. Con verdadero éxito se llevó a cabo el Curso Intensivo de OTO-RINOLARINGOLOGIA que dirigieron el Profesor Dr. Juan Manuel Tato, Jefe de la Cátedra de Post-graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y Presidente de la Sociedad Panamericana de Oto-rino-laringología, y el Dr. José Bello, Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra del Hospital Sawson, con la colaboración de las Fonoaudiologistas Srtas. Irene Arcella y María de Fuentes. Este Decanato agradece muy de veras la distinguida colaboración de tan ilustres especialistas, y adhiere complacido a las manifestaciones de aprecio y de reconocimientos que todos los asistentes le rindieron al Dr. Marcos A. Barrientos por su encomiable labor en la organización del curso y en el desarrollo.
8. El Dr. J. M. Ortiz Picón dictó en el transcurso del mes de Septiembre interesantísimas conferencias sobre Anatomía Patológica e Histología. El Dr. Ortiz Picón fue catedrático de Histología de la Universidad de Madrid y actualmente está encargado de la cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad del Cauca. Este Decanato manifiesta sus agradecimientos al Dr. Ortiz por su valiosa colaboración.
9. La Facultad de Medicina, y de manera especial este Decanato, celebran muy complacidos la fundación de la Academia de Medicina de Caldas que se efectuará el 19 de Octubre en solemne ceremonia. La Universidad de Antioquia designó como su Representante al Dr. Emilio Robledo, Profesor Emérito de la Facultad, para que presente el saludo y los mejores votos por tan digna institución.

10. Como estaba anunciado, el 19 de Septiembre partió hacia Estados Unidos el Dr. Bernardo Jiménez C., Profesor Titular de Microbiología, con el propósito de iniciar el intercambio de Profesores con la Universidad de Michigan.
11. El Dr. Alberto Gómez Arango debe viajar a EE. UU. en su carácter de Profesor Titular de Clínica Quirúrgica, para atender al intercambio de Profesores con la Universidad de Michigan.
12. Al igual que los anteriores Profesores, está planeado el viaje del Dr. Jesús Peláez Botero, Profesor Titular de Química Biológica, para los primeros días del mes de Noviembre, quien será el tercer Profesor que de esta Facultad ingresará a la Universidad de Michigan.
13. El jueves 13 de Octubre, a las 10 a.m., se hará en acto solemne en el Decanato de la Facultad de Medicina la colocación del óleo del ilustre Ex-decano desaparecido recientemente, Dr. Alonso Restrepo Moreno. Es este uno de los números programados en las Jornadas Universitarias, y se invita a todo el Profesorado de la Facultad, a los alumnos, a la distinguida esposa del Dr. Restrepo Moreno y a sus familiares a concurrir a este acto.
14. Los estudiantes de la Facultad en colaboración con el Decanato, han abierto un concurso de caricaturas entre el alumnado de las Facultades de Medicina, Odontología, Farmacia y la Escuela de Enfermería, según esta reglamentación: a) Serán motivos de las caricaturas los Profesores y alumnos de las escuelas dichas. b) La presentación de los trabajos debe hacerse en la Secretaría de la Facultad. c) La inscripción está abierta desde el 26 de Septiembre hasta el Sábado 8 de Octubre a las 12 m. d) Los trabajos serán expuestos en el salón de audiciones contiguo a la Biblioteca de la Facultad. e) El Jurado Calificador de los trabajos estará integrado por los Dres. Alfredo Correa Henao, Abelardo Gutiérrez y Ariel Escobar. f) El trofeo será entregado al vencedor en acto especial que se efectuará en el transcurso de las Jornadas Universitarias.
15. El Lunes 10 de los corrientes, a las 6 p.m. se efectuará una velada cultural y artística en el auditorio de la Facultad. Tomarán participación en ella alumnas de la Escuela de Enfermeras, estudiantes de la Facultad y algunos destacados artistas de la ciudad. Se invita a concurrir a este acto.
16. Después del solemne desfile Universitario se llevará a cabo una interesante partida de ping-pong en el salón de Parasitología de la Facultad. Participarán profesores y alumnos. La inscripción está abierta en la Secretaría de la Facultad para este campeonato hasta el Sábado 8 a las 12 m.
17. Dentro de los actos deportivos que se efectuarán durante las Jornadas Universitarias, figura una partida de foot-ball en la que se enfrentarán

un equipo integrado por Profesores de la Facultad de Medicina y el otro constituido por alumnos del mismo plantel. El día para este evento se avisará oportunamente.

18. Se ha fijado en las carteleras la lista completa del personal docente de la Facultad con sus respectivas posiciones académicas, después de haberla dado a conocer a todo interesado por si alguna reclamación tenía que hacer. Ojalá y se den cuenta de esta lista definitiva.
19. Desde el 1º de Octubre está desempeñando el cargo de Director de la Biblioteca Médica el Sr. Gerardo C. Paredes Fandiño, quien hizo estudios especializados de Bibliotecología en The Graduate School in Library Science, University of Wisconsin, Madison U. S. A. y obtuvo el título de Master Degree, y más tarde en Latin American Intership en la Biblioteca Central de la Universidad de la Florida, Gainesville, Fla. Estados Unidos. Ultimamente desempeñaba el cargo de Director de la Biblioteca Central de la Universidad del Cauca. La labor que viene desarrollando en nuestra Biblioteca Médica es muy satisfactoria, y la Universidad de Antioquia también le ha dedicado dentro de sus funciones colaborar en la Biblioteca General y en las de otras dependencias universitarias. Este Decanato saluda atentamente al Sr. Paredes y le desea éxitos en su labor.
20. Las clases, clínicas, laboratorios y en general las actividades docentes en la Facultad no se suspenderán hasta el 31 de Octubre. Por lo tanto es deber de los Profesores y alumnos cumplir con sus obligaciones hasta la fecha indicada, pues en el mes de Noviembre se hará la presentación de los exámenes finales.
21. Se recuerda a los estudiantes del último curso, que antes de ingresar al Internado deben presentar al Decanato el tema de tesis que van a desarrollar y el plan correspondiente, previa aceptación del Presidente que para la dirección del trabajo ha de enviar una nota en que se hace responsable, según la nueva reglamentación de tesis de grado.
22. Se advierte a los interesados a optar al título de Dr. en Medicina y Cirugía que sólo es tiempo hábil para hacerlo hasta el 30 de Noviembre, pues de esta fecha al 1º de Febrero de 1956 la Universidad de Antioquia no conferirá ningún título.
23. **SOBRE EL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL:**

**SEMANA PRO-HOSPITAL:** La H. Junta Directiva del Hospital ha venido estudiando las distintas festividades que se celebrarán con motivo de la Semana Pro-hospital, la cual se efectuará entre el 29 de Octubre y el 6 de Noviembre. Se iniciará la Semana con una suntuosa fiesta de gala, la de "LAS CAMAS BLANCAS", en los salones del Club Unión. Estarán presentes en esta fiesta las candidatas al Reinado de Belleza elegidas por cada

departamento. El programa de Semana Pro-hospital comprende, además, la publicación de un número de un periódico dedicado al Hospital, en el que colaborarán destacadas personalidades médicas de la ciudad. Se efectuará también una partida de foot-ball a beneficio del Hospital.

24. **HOJA PARA CONSULTAS:** El Hospital acaba de adoptar una hoja para que los distintos servicios médicos se consulten entre sí. Para distinguirla se utilizó papel rosado. La hoja está diseñada para hacer el pedido de la consulta en la parte posterior y para rendir el informe y hacer las recomendaciones relativas a la consulta, en la parte inferior de la misma. El Hospital ha adoptado esta hoja con el fin de facilitar al cuerpo médico el pedido de consultas, en la esperanza de que ellas se aumentarán considerablemente en beneficio del cuidado a los pacientes.

25. Durante el mes de Octubre los estudiantes de Higiene realizarán las siguientes visitas:

**Del 3 al 7 de Octubre:** Escuela de Parteras y Centro Materno-infantil de Bello.

**Semana del 17 al 21 de Octubre, así:**

Lunes: Fábrica de Gaseosas Tamayo. —Martes: Panaderías Medellín y Coro. Miércoles: Fabricato— Bello. Jueves: Fábrica de licores. Viernes: Plano Regulador.

**Semana del 24 al 28 de Octubre:** Escuela de Servicio Social, en turno general.

26. La Facultad de Medicina, el Claustro y este Decanato, registran con verdadera complacencia como un hecho de grande importancia la llegada al Nº 1.000 de las necropsias que se han realizado en el Instituto de Anatomía Patológica, acertadamente dirigido por el Profesor Titular de la Cátedra Dr. Alfredo Correa Henao, en colaboración con los Profesores Agregados de la misma, Dres. Oscar Duque Hernández y Emilio Bojanini.

A esta etapa se llegó en el mes de Septiembre del presente año, de acuerdo con los siguientes datos:

Año de 1944	.. . . .	55 autopsias	Año de 1950	.. . . .	65 autopsias
" "	1945	.. . . . 36 "	" "	1951	.. . . . 51 "
" "	1946	.. . . . 33 "	" "	1952	.. . . . 90 "
" "	1947	.. . . . 64 "	" "	1953	.. . . . 147 "
" "	1948	.. . . . 51 "	" "	1954	.. . . . 179 "
" "	1949	.. . . . 60 "	" "	1955	.. . . . 175 "

TOTAL . . . . . 1.006 autopsias

27. Actualmente el Profesor de la cátedra de Histología, Dr. Tomás Camuzano, tiene listas 25 preparaciones histológicas para el uso de sus a-

lumnos en las prácticas personales que efectúan en sus residencias. Ojalá que todo estudiante hiciese uso de ellas, de acuerdo con las condiciones estipuladas para el préstamo que la Facultad de Medicina hace de estas placas en su respectiva caja.

Este es un medio de práctica admirable del que disfrutaban en pocas Facultades. Como se anunció en el Boletín anterior, en el año entrante estará la Facultad en condiciones de suministrar desde los comienzos del año lectivo, el material de placas histológicas que necesite cada alumno para el desarrollo de todo el programa, gracias al laudable esfuerzo que el Profesor Dr. Campuzano viene desplegando en la preparación de este material práctico de enseñanza.

28. En los comienzos del mes de Diciembre se efectuará en la ciudad de Cali el Primer Seminario de Educación Médica, auspiciado por las Universidades Nacional y del Valle del Cauca. De esta Facultad irá una delegación integrada por veinte unidades, y cada uno presentará las ponencias que le ha encomendado.
29. Este Decanato autoriza a los distintos Cursos de la Facultad la presentación de un plan de distribución de exámenes durante el mes de Noviembre, el que debe ser entregado antes del 22 de Octubre, con el fin de analizar debidamente cada uno de ellos y dictar la Resolución sobre exámenes finales.
30. El baile tradicional de los estudiantes de la Facultad de Medicina se efectuará en el Club de Profesionales el Sábado 8, a las 9 p.m. Este Decanato se permite encarecer a todos un gran derroche de caballerosidad.

---

## BOLETIN No 49

Mes de Noviembre de 1955.

### INFORMACIONES

#### DEL

#### DECANATO DE LA FACULTAD DE

#### MEDICINA

1. Durante el mes de Octubre la Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía a los siguientes señores:  
Dr. JORGE ALBERTO ARBOLEDA R . Título de la tesis: "Contribución al estudio médico social del Mpio. de Cañasgordas".

- Dr. WILLIAM ROJAS MONTOYA . **Título de la tesis:** "El influjo del Bal en la carcinogénesis inducida químicamente". A esta tesis le fue concedido el título de TESIS LAUREADA
- Dr. GUILLERMO RESTREPO . **Título de la tesis:** "Anomalías labiopalatinas y su tratamiento".
- Dr. LUIS AURELIO VIVES ECHEVERRIA. **Título de la tesis:** "Breves apuntes sobre el uso de Diamox en oftalmología".
- Dr. GUILLERMO URIBE RESTREPO . **Título de la tesis:** "Medicatura Rural en el Municipio de El Jardín".
- Dr. LACIDES ARRIETA SOCARRAS . **Título de la tesis:** "Valoración clínica sobre pruebas funcionales e imagen radiológica en enfermedades tuberculosas".
- Dr. JAIME RODRIGO VELEZ VELEZ . **Título de la tesis:** "Monografía médico - social del Municipio de Titiribí".
- Dr. MISAEL CANO RESTREPO . **Título de la tesis:** "Cáncer Gástrico".
- Dr. JOSE IGNACIO BLANDON H. . **Título de la tesis:** "Estudio médico-social del Municipio de Cáceres".
- Dr. JAIME PARDO CABALLERO . **Título de la tesis:** "Estudio médico-social del Municipio de Tarso".
- Dr. HUMBERTO LAINO LEON . **Título de la tesis:** "Labor médico-social desarrollada en el Municipio de Betania. Tratamiento de 10 casos de bocio endémico con tiroides desecado".
- Dr. EDUARDO BOTERO CARDENAS . **Título de la tesis:** "Prótesis de cadera en fracturas del cuello femoral".
- Dr. JOAQUIN VARON BARRERA . **Título de la tesis:** "Un año de Medicatura Rural en el Municipio de Dolores-Tolima".

EN EL TRANSCURSO DEL AÑO LECTIVO DE 1955 SE DESARROLLARON EN LA FACULTAD DE MEDICINA ESTAS ACTIVIDADES ESPECIALES:

2. **Viernes 28 de Enero:** Inauguración de los audífonos en el auditorio de la Facultad para la traducción simultánea de las conferencias o exposiciones hechas en idiomas extranjeros. Para el efecto la conferencia inaugural estuvo a cargo del Dr. Walter Williams, Profesor de Ginecología de la Universidad de Spring Fiel-Massachuset, e hizo la versión del Inglés al Castellano el Dr. Emilio Bojanini, Profesor de Anatomía Patológica de la Facultad.
3. **Viernes 25 de Febrero:** En acto solemne realizado en el Paraninfo de la Universidad se llevó a cabo la segunda graduación de Enfermeras. Terminaron estudios 37 alumnas: 12 religiosas y 25 señoritas.  
En el año de 1956 la Escuela de Enfermeras ocupará el nuevo edificio para el correcto desempeño de sus funciones y dispondrá de alojamiento adecuado para sus alumnas.
4. **Sábado 5 de Marzo:** Se inició un ciclo de conferencias sobre CULTURA MUSICAL bajo la Dirección del Rvdo. Padre Benedictino David Pujol en el auditorio de la Facultad, con el tema de "ORQUESTA SINFONICA". Este ciclo se continuó todos los sábados hasta el mes de Junio.
5. **Viernes 18 de Marzo:** Dictó una conferencia en el auditorio de la Facultad el Dr. Sidney C. Werner, Director del Colegio de Médicos y Cirujanos de Columbia University y expuso como tema "ALGUNOS ASPECTOS DEL TIROIDES, SU FISIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO".
6. **Lunes 21 a Miérc. 23 de Marzo:** Tuvimos el placer de la visita científica del Dr. H. Marvin Pollard, actual Profesor de Medicina Interna de la Universidad de Michigan. Dedicó su tiempo en prácticas de Medicina Interna durante la mañana en el Hospital de San Vicente de Paúl, y por la tarde en conferencias en el auditorio de la Facultad. El Dr. Pollard dejó magníficas impresiones sobre el dominio de la Medicina Interna y sus cualidades didácticas.
7. **Viernes 10. de Abril:** En este día la Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía, en grado colectivo, después de la presentación de los exámenes preparatorios en uno solo global en virtud de la Resolución No. 5 del 12 de Febrero del año en curso, a los siguientes señores:  
Dres. Octavio Adarve C., Francisco Agudelo G., Emilio Angel C., Abelardo Arango A., Gustavo Aristizábal T., Angel Betancur L., Gabriel Betancur G., Alfonso Castrillón, 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., Victoriano Toro Echeverri y Libardo Villa V.

8. **Lunes 18 de Abril a Lunes 25:** Se llevó a cabo en el auditorio de la Facultad un interesante SEMINARIO DE DERMATOLOGIA, con la colaboración de la cátedra de Anatomía Patológica y de la cátedra de Dermatología. En este Seminario se estrenó el abundante material dermatológico de 1.000 "slides" traídos de Estados Unidos y preparaciones microscópicas del Instituto de Anatomía Patológica de esta Facultad. Colaboraron en este Seminario los Dres. José Posada Trujillo, Oscar Duque Hernández, Gonzalo Calle Vélez, Emilio Bojanini, Jorge López de Mesa y Fabio Uribe Jaramillo.
9. **Sábado 12 de Marzo:** Expuso el Dr. Kalman Mezey su anunciada conferencia para este día, como colaboración de la Academia de Medicina de Medellín.
10. El VI Congreso Latinoamericano de Neurocirugía celebrado en Montevideo durante el mes de Marzo, resolvió definitivamente fijar como sede para el VII Congreso la ciudad de Medellín, auspiciado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, el que ha de celebrarse en el año de 1957. Designó como Secretario General a nuestro Profesor de Neurocirugía Dr. Ernesto Bustamante Zuleta hasta el momento de las sesiones en que le corresponderá ser el Presidente. Actualmente se adelantan todas las gestiones para que este Congreso resulte con la importancia que merece, pues vendrán delegaciones de todos los países latinoamericanos y de otros lugares.
11. **Jueves 21 de Abril:** El Dr. Myron E. Wegman, Jefe de Enseñanza y de la Organización Mundial de la Salud, dictó a la Sociedad de Pediatría una conferencia sobre "VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA Y LA ENSEÑANZA MEDICA" en el salón de la Academia de Medicina.
12. **Lunes 9 de Mayo:** Arribó a esta ciudad el Dr. John M. Weir, Director Asistente de la Rockefeller Foundation, con el objeto de ponerse en contacto con las autoridades universitarias y adelantar las gestiones para intercambio de profesores de esta Facultad y otros de Estados Unidos.
13. **Jueves 2 de Junio a Miérc. 8:** Se llevó a efecto en la Facultad de Medicina la Semana de Información Médica sobre temas de Medicina Interna. Resultó ser un certamen científico-médico de grande importancia. El Profesorado cumplió a cabalidad la programación práctica y teórica que se anunció y supo colocar a la Facultad en la cultura que merece.
14. **Jueves 21 de Julio:** El Decano de la Facultad de Medicina anunció con grande complacencia en Boletín extraordinario la culminación de las gestiones por medio de las cuales la Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor, había aceptado el plan de intercambio y colaboración con nuestra Facultad.

15. **Lunes 11 a 16 de Julio:** Se efectuó en Bogotá el Seminario Interamericano de Hospitales y tanto esta Facultad como la Escuela de Enfermería y el Hospital de San Vicente de Paúl enviaron sus delegaciones, las que regresaron muy satisfechas de las labores realizadas y del éxito obtenido.
16. **Martes 16 a Miérc. 24 de Agosto:** Se desarrolló en el auditorio de la Facultad un interesante Cursillo sobre el "DEPARTAMENTO DE HISTORIAS MEDICAS", a cargo del Sr. Dn. Humberto Echeverri Villegas.
17. **Miérc. 17 a Martes 23 de Agosto:** Se realizó un ciclo de conferencias sobre "HEMATOLOGIA", a cargo del Dr. William Dameshek, Director del Laboratorio de Investigación Sanguínea del New Englad Center Hospital.
18. **Lunes 29 a Miér. 31 de Agosto:** El Dr. Moisés Polak llevó a cabo un Cursillo de HISTOPATOLOGIA. El Dr. Polak es Director del Laboratorio de Investigaciones Histológicas e Histopatológicas "Del Río Ortega" en Buenos Aires, y lleva el título de encargado del Registro y Clasificación Latinoamericana de Tumores del Sistema Nervioso y su clasificación es la aceptada universalmente.
19. **Viernes 2 de Septiembre:** Se efectuó la Imposición de Tocas a 39 alumnas del Primer Curso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
20. El H Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia le otorgó la MEDALLA DEL MERITO al Dr. Benjamín G. Horning, Director de la W. K. Kellogg Foundation en Michigan, por los valiosos servicios que le ha prestado a la Facultad de Medicina a través de esta Fundación por medio de becas para la especialización en diversas ramas de la Medicina.
21. **Jueves 15 a Miérc. 28 de Septiembre:** Se efectuó un CURSO INTENSIVO DE OTO-RINOLARINGOLOGIA PARA ESPECIALISTAS en el auditorio de la Facultad y en el Hospital de San Vicente de Paúl, bajo los auspicios culturales de la Universidad de Antioquia, el que fue planeado por el Personal de Clínica Organos de los Sentidos de esta Facultad. El curso estuvo bajo la Dirección del Profesor Dr. Juan Manuel Tato, Jefe de la Cátedra de Post-graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y Presidente de la Sociedad Panamericana de Oto-rino-laringología; y por el Dr. José Bello, Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra del Hospital Rawnsom. Colaboraron también las señoritas Fonoaudiologistas Irene Arcella y María de Fuentes.
22. El Dr. J. M. Ortiz Picón dictó en el transcurso del mes de Septiembre conferencias sobre Anatomía Patológica e Histología e hizo demostraciones prácticas. El Dr. Ortiz Picón fue catedrático de la Universidad de Madrid y actualmente está encargado de la Cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad del Cauca.

23. **Viernes 23 de Septiembre:** En esta fecha el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad llegó al No. 1.000 de las necropsias que se han realizado desde el año 1944 hasta este día.
24. **Lunes 10 a Sábado 15 de Octubre:** Con gran pompa y solemnidad se celebraron las Jornadas Universitarias en estos días. Todos los actos programados se cumplieron estrictamente, y el Sr. Rector y el H. Consejo Directivo demostraron grande interés porque la Universidad llene la ambición de construir el edificio para el funcionamiento correcto del Liceo Antioqueño. Asimismo excitaron a todos los hijos del Alma Mater y a la sociedad en general a luchar por el bienestar y prosperidad de la Universidad que ha engrandecido a la patria. De manera especial esperan las Directivas Universitarias de las esferas oficiales los aumentos de los auxilios y las partidas especiales para llevar a cabo el magno proyecto del plan de construcciones de la Universidad de Antioquia y para atender debidamente las necesidades docentes.
25. **Lunes 17 a Viernes 23 de Octubre:** Se realizó un CURSILLO SOBRE TEMAS PEDIATRICOS, bajo la Dirección de la Facultad de Medicina y la Sociedad Antioqueña de Pediatría, a cargo de los distinguidos Profesores Teodosio Valledor Guerra, de la Habana-Cuba, y Alfredo Ramón Guerra, de Montevideo-Uruguay.
26. **Lunes 24 a Miérc. 26 de Octubre:** El Dr. William T. Green, Cirujano del Departamento de Ortopedia del Children's Medical Hospital de Boston, desarrolló un importante Curso de Ortopedia práctica.
27. **Jueves 23 de Octubre:** En acto solemne celebrado en el Decanato de la Facultad de Medicina se colocó el óleo del ilustre Ex-decano desaparecido recientemente, Dr. Alonso Restrepo Moreno. A la ceremonia asistieron los familiares del Dr. Restrepo Moreno, Profesores y estudiantes, y llevó la palabra el Dr. Alfredo Correa Henao.
28. **Lunes 7 a Miérc. 9 de Noviembre:** Se llevó a efecto el SEMINARIO DE PROTECCION INFANTIL en el auditorio de la Facultad y en el salón de la Academia de Medicina, bajo los auspicios de la Universidad de Antioquia. La Dirección de este Seminario estuvo a cargo de los Delegados para Colombia ilustre Profesora Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez y el Dr. Luis Germán Arbeláez Madrid, Profesor de Pediatría de esta Facultad y Presidente de la Sociedad Antioqueña de Pediatría.
29. **Viernes 18 y Sábado de Noviembre:** Celebrarán el XXV aniversario los médicos que terminaron estudios en 1930, con el siguiente programa:  
**Noviembre 18:** Banquete con los Profesores de esa época.  
**Noviembre 19:** 8 a.m. Santa Misa en el Oratorio de la Facultad de Medicina.  
 Colocación de una placa de mármol en el claustro de la Facultad.  
 Visita al cementerio de San Pedro y colocación de flores en las tumbas

de los compañeros desaparecidos.  
Comida con los familiares.

**NOTA:** En 1930 la clase estaba compuesta por los Dres. Alberto Alvarez Uribe, Alfonso Arango Vieira, Gonzalo Botero Díaz, Alfredo Correa Henao, Roberto Correa M., Roberto Dávila, Gilberto Gómez (muerto), José Manuel Garrido G., Jorge Henao Echavarría, Alfonso Mejía Cálad, Rafael J. Mejía C., Luis Carlos Montoya R., Rubén Moreno Monroy (muerto), Elkin Rodríguez Arango, Rafael Villa Restrepo, Guillermo Orozco O., Hernando Orozco O., Bernardo Ramírez G., Gonzalo Salgado R., José M<sup>a</sup> Trujillo (muerto), Alfonso Tobón Valverde (muerto) y Rubén Uribe Arcila.

30. En atención al intercambio de Profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia con la Universidad de Michigan, en el presente año correspondió dirigirse a Estados Unidos a los Dres. Bernardo Jiménez C., Profesor Titular de la Cátedra de Microbiología; Jesús Peláez Botero, Profesor Titular de la Cátedra de Bioquímica; y Alberto Gómez Arango, Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Quirúrgica, quienes actualmente se hallan en la Universidad de Michigan, en Ann Arbor.
31. En el presente año llegaron de realizar estudios de especialización en el exterior los Dres. Mario Montoya Toro, Alvaro Toro Mejía, Hernando Echeverri Mejía, Gabriel Vélez Restrepo, Gonzalo Vásquez, Absalón Guzmán Arroyave, Iván Molina Vélez y Dn Humberto Echeverri Villegas.
32. En el transcurso del año salieron a realizar estudios de especialización en colaboración con la Facultad y en el exterior, los Dres. Fernando Cardona Arango, Jesús Botero Angel, David Botero Ramos, Alberto Villegas Hernández, Juan C. Aguilar A. y Rodrigo Solórzano Solórzano
33. Durante los días 7, 8 y 9 de Diciembre del año en curso se celebrará en Cali el Primer Seminario de Educación Médica Nacional. Asistirán Delegados de todas las Facultades de Medicina del País e ilustres personalidades extranjeras como el Dr. Edwar H. Leveroos, Director de American Medical Association de Chicago; Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud en Washington; Dr. Oswaldo José Da Silva, Representante de la Zona IV de la Oficina Sanitaria Panamericana en Lima; Dr. Guy S. Reyes, Representante de la Fundación Rockefeller en Méjico; Dr. John M. Weir, Director Asociado del Departamento de Educación Médica de la Rockefeller; Dr. Benjamín G. Horning, Director Asociado de la W. K. Kellogg Foundation; probablemente concurrirán también el Dr. Maxwell E. Lapham, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane en New Orleans; Dr. Juan B. Ibáñez Gómez, Director del Centro de Cooperación Científica para América Latina, UNESCO; Dr. M. G. Dandau, Director General de la Organización

Mundial de la Salud en Ginebra; Dr. Louis H. Bauer, Secretario General de la Asociación Médica Mundial, y otros.

De la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia asistirán como Delegados, Presididos por el Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de esta Facultad, los siguientes Dres. Oriol Arango Mejía, Luis Germán Arbeláez, Víctor Julio Betancur, Emilio Bojanini, Pedro Nel Cardona, Alfredo Correa Henao, Oscar Duque Hernández, Sr. Humberto Echeverri Villegas, Benicio Gaviria G., Jorge Henao Posada, Guillermo Latorre R., Alvaro Londoño Mejía, Alfonso Mejía Isaza, Benjamín Mejía Cálad, Arturo Pineda Giraldo, Antonio Ramírez G., Alvaro Toro Mejía, Miguel Roberto Téllez, Pablo Pérez U., Eugenio Villa Haeusler, Hernando Villegas R.

La Facultad de Medicina, este Decanato y el Claustro brindan por el éxito completo en las labores que se han de desarrollar en este Primer Seminario de Educación Médica que se celebra en Colombia.

34. Los estudiantes de la Facultad antes de partir a sus vacaciones deben dejar lista su matrícula en la Secretaría, y en el mes de enero, de acuerdo con la distribución de trabajo fijada en las carteleras, la completarán con el recibo de pago de la cuota anual y de los certificados de salud y los otros exigidos.
35. En la Secretaría se están atendiendo las solicitudes de admisión, y para el efecto se entregan a los aspirantes las planillas que deben llenar y dos hojas más con las normas que se deben seguir en los exámenes de admisión y en la matrícula, y la distribución de trabajo para el mes de Enero de 1956. Se atienden solicitudes de admisión únicamente hasta el 15 de Diciembre del que cursa, y se advierte a los bachilleres Subtenientes de Reserva que también deben llenar la planilla de solicitud de admisión y entregarla en la Secretaría antes de la fecha dicha.
36. En las carteleras de la Facultad y en las del Hospital de San Vicente se halla fijado el Calendario que se ha de seguir para las actividades de la Facultad en el año de 1956. Se ruega a todos los Profesores y estudiantes informarse de este Calendario para el proceso que deben seguir en las diversas cátedras, como también darse cuenta de la distribución de trabajo para el mes de Enero en que están determinadas las fechas para exámenes de admisión, supletorios y de habilitación, y los días en que cada Curso debe proceder a completar su matrícula.
37. El H. Consejo Académico de la Facultad en la sesión celebrada el 10 de los corrientes, después de varios debates sucesivos, aprobó definitivamente el pênsum y horario para el año de 1956, el que se halla fijado en las carteleras. En esta misma sesión creó la MEDALLA DEL INTERNADO para concederla anualmente al mejor Interno en acto solemne que se efectuará durante la Semana Universitaria. Sólo falta la aprobación del H. Consejo Directivo.
38. En el presente año la Universidad de Antioquia confirió el título de LAUREADOS DE LA UNIVERSIDAD a los Dres. Alberto Villegas

Hernández y William Rojas Montoya. El primero presentó como tesis de grado "LA CONSERVACION Y EL TRASPLANTE DE LOS INJERTOS ARTERIALES" y el segundo "INFLUJO DEL BAL EN LA CARCINOGENESIS INDUCIDA QUIMICAMENTE". Ambos se hallan haciendo estudios de especialización en el exterior.

40. En este año funcionaron debidamente los seminarios correspondientes a Fisiología, Psiquiatría, Higiene y Anestesiología, y se fundó el Club de Revistas en Policlínica.
42. El Dr. Alfredo Correa Henao asistirá como Delegado al Primer Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica que se reunirá en México del 11 al 17 de Diciembre.
43. **Jueves 24 de Nvbre:** 6 p.m. El Profesor Alfonso Lafuente, Catedrático de Cirugía de la Universidad de Madrid, dictará en el auditorio interesante conferencia.
44. **Novbre. 25.** El Dr. Francisco Gómez Mont, Profesor de la Clínica de Endocrinología de México, dictará un ciclo de conferencias de esta fecha en adelante.

**Dr. IGNACIO VELEZ ESCOBAR**

Decano, Facultad de Medicina,

Universidad de Antioquia.