

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 6 — MEDELLIN, AGOSTO DE 1956 — NUMERO 7

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. Oriol Arango Mejía
Presidente de la
Academia

REDACTORES JEFES:

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

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

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Dr. Héctor Abad G.
Sr. Alberto Restrepo
Sr. Jorge E. Restrepo
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

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

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

SUMARIO:

EDITORIAL

Discurso del Santo Padre al II Congreso Mundial de la Fecundidad y Esterilidad	407
--	-----

TRABAJOS ORIGINALES

Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Irreductible. - Dr. Antonio Escobar E.	415
---	-----

El Aborto Terapéutico. - Dr. José del Carmen Acosta	428
---	-----

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Palabras del Sr. Presidente Dr. Oriol Arango en la sesión solemne con motivo del aniversario de la Fundación de la Academia	438
---	-----

Palabras del Dr. Emilio Robledo con motivo de la celebración del Sexagésimo nono aniversario de la Academia	441
---	-----

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 55	444
-------------------------	-----

NOTICIAS:

Reglamentación de Uniformes en Enfermería	456
---	-----

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

VOLUMEN 6 — MEDELLIN, AGOSTO DE 1956 — NUMERO 7

EDITORIAL

DISCURSO DEL SANTO PADRE AL II CONGRESO MUNDIAL DE LA FECUNDIDAD Y ESTERILIDAD

19 de Mayo de 1956.

Nos habéis manifestado, Señores, el deseo de venir a presentarnos vuestro homenaje con ocasión del Segundo Congreso Mundial de la Fecundidad y de la Esterilidad, que estáis celebrando en Nápoles. Nos, respondiendo con prontitud a vuestro deseo, os expresamos el gozo particularísimo que sentimos al recibir este grupo imponente de investigadores y profesionales de tan diversas naciones. Os disponéis a estudiar un tema difícil y delicado, por el hecho de referirse a una de las funciones principales del cuerpo humano y porque los resultados de vuestros trabajos pueden llevar a consecuencias de un grave importancia para la vida de muchos hombres y la evolución de las sociedades.

La esterilidad conyugal involuntaria, a la cual os proponéis poner remedio, constituye un obstáculo para la consecución del fin principal del matrimonio y provoca en los cónyuges, un malestar profundo, velado muchas veces por un instintivo pudor, pero que es peligroso para la estabilidad del matrimonio mismo. Por esta razón, ante la impotencia de la medicina actual para tratar con éxito muchos casos de este género, fundastéis en 1951 esta "Asociación Internacional de la Fecundidad", cuyo primer Congreso, celebrado en Nueva York en 1953, proponía en su plan de trabajo tres resoluciones principales:

ayudar por todos los medios posibles al estudio e investigación de cuanto se refiere a la fecundidad; promover y dar a conocer esta especialidad entre los médicos para que un número suficiente de ellos pueda ayudar eficazmente a los cónyuges estériles; insistir para que se creen en los hospitales clínicas, servicios y centros de fecundidad, bajo la dirección de personal competente. El presente Congreso, responde, como el anterior, al deseo de desarrollar lo más posible los conocimientos que se poseen, divulgarlos entre los médicos de todas las partes del mundo, determinar también una coordinación de los trabajos sobre ciertos puntos en los cuales la convergencia de esfuerzos hará posible que se alcancen resultados más significativos. Váis a oír un número respetable de comunicaciones y de relaciones que examinarán los factores endócrinos y metabólicos de la fecundidad y de la esterilidad, sus factores profesionales y tóxicos, los métodos nuevos de diagnóstico y terapia de la esterilidad masculina y femenina, el diagnóstico de la ovulación y de la espermatogénesis, el tratamiento de sus desórdenes, la cirugía de la esterilidad. Una serie de memorias tomarán también en consideración las investigaciones experimentales llevadas a cabo en esa materia y los problemas relativos a una de las principales funciones del hombre. Ese conjunto de estudios muestra brillantemente el interés que este Congreso suscita, poniendo también de manifiesto cómo, de todas partes, eminentes especialistas han querido aportar su colaboración al esfuerzo común.

No Nos toca dar un juicio sobre los aspectos propiamente técnicos de vuestros trabajos; Nós quisiéramos por el contrario ocuparnos brevemente de ciertos aspectos morales de las cuestiones, que vosotros abordáis desde el punto de vista científico.

Vuestro Congreso precedente hacía notar en su moción final que la esterilidad conyugal involuntaria suscita un problema económico y social de gran importancia y que contribuye al descenso del índice de fecundidad de la población y puede por esto influir en la vida y el destino de las naciones. Sucede a veces que se fija la atención mayormente en este punto de vista, más visible y de más fácil control. Se dirá, por consiguiente, que es necesario promover la natalidad para asegurar la vitalidad de una nación y su expansión en todos los campos. Es verdad que una natalidad elevada manifiesta las energías creadoras de un pueblo o de una familia; demuestra el valor de los hombres ante la vida, con sus riesgos y dificultades; pone de relieve su voluntad de contruir y de progresar. Se observa con razón que la imposibilidad física de ejercer la paternidad y la mater-

nidad se convierten fácilmente en motivo de abatimiento y de repliegue sobre uno mismo. La vida, que suspiraba ardientemente por prolongarse, por perdurar, se cierra, por decirlo así, en sí misma y muchos hogares, por desgracia, sucumben ante esta prueba.

Con satisfacción quisiéramos hacer constar aquí una consideración que vosotros mismos habéis hecho resaltar. Es absolutamente cierto que vuestro celo en perseguir y mantener las investigaciones sobre la esterilidad matrimonial y sobre los medios para vencerla, si bien por una parte presenta un aspecto científico digno de atención, comporta también altos valores espirituales y éticos, que deberían tenerse en cuenta. Nos los hemos indicado ya anteriormente. Es muy humano, que los esposos vean y encuentren en el hijo la expresión verdadera y plena de su amor recíproco y de su donación mutua. No es difícil comprender por qué el deseo no satisfecho de la paternidad o de la maternidad se siente como un sacrificio penoso y doloroso para los padres animados de sentimientos nobles y sanos. Todavía más, la esterilidad involuntaria del matrimonio puede llegar a ser un peligro serio para la unión y la estabilidad de la familia.

Pero, este aspecto social, en verdad, no hace sino encubrir una realidad más íntima y más grave. El matrimonio, en efecto, une dos personas, con una comunidad de destino, en su marcha hacia la realización de un ideal que implica, no la plenitud de una felicidad terrena, sino la conquista de valores espirituales de un orden trascendente, que la revelación cristiana especialmente propone en toda su grandeza. Los esposos, unidos, persiguen este ideal, consagrándose a la prosecución del fin primario del matrimonio, la generación y la educación de los hijos.

Varias veces ya, Nós hemos creído necesario recordar cómo las intenciones particulares de los cónyuges, su vida común, su perfeccionamiento personal, no se pueden concebir sino subordinadas al fin que los supera, la paternidad y la maternidad. "No sólo la actividad común de la vida externa, decíamos en una alocución a las Comadronas el 29 de octubre 1951, sino también todo el enriquecimiento personal, el mismo enriquecimiento intelectual y espiritual, y hasta todo lo que hay de más espiritual y profundo en el amor conyugal como tal, ha sido puesto, por voluntad de la naturaleza y del Creador, al servicio de la descendencia". (Discorsi e Radiomessaggi, vol. XIII, p. 348-349). Tal es la enseñanza constante de la Iglesia; ella ha rechazado cualquier concepción del matrimonio que amenazase el reple-

garse sobre sí mismo, haciendo de él una búsqueda egoísta de satisfacciones afectivas y físicas solamente en interés de los esposos.

Pero la Iglesia ha descartado también la actitud opuesta que pretende separar, en la generación, la actividad biológica de la relación personal de los cónyuges. El hijo es el fruto de la unión conyugal, cuando ella se manifiesta plenamente por la acción de las funciones orgánicas, de las emociones sensibles que van unidas a ellas, del amor espiritual y desinteresado que las anima; en la unidad de este acto humano es donde deben ponerse las condiciones biológicas de la generación. No está permitido separar jamás estos diversos aspectos hasta el punto de excluir positivamente, ya la intención procreadora, ya el trato conyugal. La relación que une al padre y a la madre con el hijo radica en el hecho orgánico y más aún en la resolución deliberada de los esposos que se entregan el uno al otro y en los cuales la voluntad de esta donación se manifiesta y culmina verdaderamente en el ser que dan al mundo. Solamente, por otra parte, esta consagración de sí mismos, generosa en su principio y ardua en su realización por la aceptación consciente de las responsabilidades que comporta, puede garantizar que la obra de educación de los hijos será llevada a cabo con todo el cuidado, el valor y la paciencia que exige. Se puede por tanto afirmar que la fecundidad humana, considerada por encima de su aspecto físico, reviste aspectos morales esenciales que es necesario tener en cuenta, aún cuando se trate al asunto desde el punto de vista médico.

Es evidente que el investigador y el médico cuando abordan un problema de su especialidad tienen el derecho de concentrar su atención sobre los elementos propiamente científicos y de resolverlo sólo en función de estos datos. Pero cuando se entra en el campo de las aplicaciones prácticas con respecto al hombre, es imposible no tener en cuenta las repercusiones que los métodos propuestos alcanzarán sobre la persona y su destino. La grandeza del acto humano consiste precisamente en sobrepasar el momento en que se realiza para dar orientación a una vida, para llevarla a enfrentarse con lo absoluto. Si esto es verdad refiriéndose a la actividad cotidiana, con mayor razón lo será respecto a un acto que entraña, a la vez que el amor recíproco de los esposos, su porvenir y el de su descendencia.

También creemos que es capital para vosotros, Señores, no despreciar esta perspectiva, cuando consideréis los métodos de la fecundación artificial. El medio por el cual se tiende a la producción de una nueva vida toma un significado humano esencial, inseparable del fin

que se persigue y capaz de causar un grave daño a este mismo fin, si no es conforme a la realidad de las cosas y a las leyes grabadas en la naturaleza de los seres.

Sobre este punto igualmente se Nos ha pedido dar algunas orientaciones. En relación a las tentativas de fecundación artificial humana "in vitro", bástenos observar que es necesario rechazarlas como inmorales y absolutamente ilícitas. Sobre los diversos problemas de moral que se presentan a propósito de la fecundación artificial en el sentido ordinario de la palabra o sea la "inseminación artificial", Nos hemos expresado ya nuestro pensamiento en un Discurso dirigido a los Médicos el 29 de Septiembre de 1949 (Discorsi e Radiomessaggi, vol. XI, págs. 221 y sig.); en cuanto a detalles Nos remitimos también a lo que dijimos entonces y nos limitamos aquí a repetir el juicio dado para concluir: "En lo que toca a la fecundación artificial no sólo hay que ser extraordinariamente reservado sino que hay que descartarla absolutamente. Al hablar así no se proscribire necesariamente el empleo de ciertos medios artificiales destinados únicamente, sea a facilitar el acto natural, sea a hacer llegar a su fin el acto natural normalmente llevado a cabo". Pero dado que el uso de la fecundación artificial se extiende más y más, con el fin de corregir algunas opiniones erróneas que se difunden, a propósito de lo que Nos hemos enseñado, añadimos lo siguiente:

La fecundación artificial rebasa los límites del derecho que los esposos han adquirido por el contrato matrimonial, a saber, el de ejercer plenamente su capacidad sexual natural en la realización natural del acto matrimonial. El contrato en cuestión no les confiere derecho a la fecundación artificial, porque tal derecho no está de ninguna manera expresado en el derecho al acto conyugal natural y no podría deducirse de él. Todavía menos se puede hacerle derivar del derecho al "hijo", "fin" primero del matrimonio. El contrato matrimonial no da este derecho porque tiene por objeto no el "hijo" sino los actos naturales que son capaces de engendar una nueva vida y conducentes a ello. Por lo tanto debe decirse de la fecundación artificial que viola la ley natural y que es contraria al derecho y a la moral.

Aquí viene ahora otra cuestión para tratar la cual es más conveniente usar el latín.

De la misma forma que la razón natural se opone a la inseminación artificial, así también la misma razón ética, según la cual hay que obrar, prohíbe igualmente que el semen humano se obtenga por

medio de la masturbación con el fin de que pueda ser examinado por los peritos.

Ya tocamos esta cuestión en Nuestro discurso al Congreso de Urólogos el día 8 de octubre de 1953 en el que dijimos estas palabras: "Por lo demás, el Santo Oficio respondió ya el 2 de agosto de 1929 (Acta Ap. Sedis, vol. XII, a. 1929, p. 490, II) que "la masturbación procurada directamente para obtener esperma" no es lícita, sea cual fuere el objeto del examen" (Discorsi e Radiomessaggi, vol. XV, pág. 378). Como quiera que se N6s ha hecho saber que esta mala costumbre se extiende por muchos sitios, hemos juzgado oportuno inculcar de nuevo lo que entonces advertimos.

Si semejantes actos se ejecutan para saciar el placer sensual hasta el mismo sentido natural del hombre los repudia espontáneamente y más aún la razón cuando considera esto diligente y rectamente. Los mismos actos sin embargo han de ser rechazados igualmente aún cuando razones graves parezcan eximirlos de culpa, como somcurar a los que sufren de agotamiento nervioso o de perturbaciones espasmódicas; examen médico microscópico del esperma para descubrir infecciones venéreas o de otro género; examen de los varios elementos vitales de que consta el semen para conocer su número, cantidad, forma, fuerza, estado y otras características.

Semejante modo de obtener el semen humano, por medio de la masturbación, no tiende directamente sino al ejercicio pleno de la facultad generativa en el hombre; ejercicio pleno que realizado fuera de la copula conyugal lleva consigo un uso directo e indebido de la misma facultad. En este uso indebido de dicha facultad propiamente está la violación intrínseca de la ley moral. Pues el hombre, no por el mero hecho de haber recibido de la naturaleza la mencionada facultad sexual, tiene ya por eso mismo el derecho a ejercitarla. Ya que al hombre (contrariamente a lo que sucede en los demás animales carentes del uso de la razón) sólo en el matrimonio contraído válidamente se le concede el derecho y el poder de usar y ejercitar dicha facultad y en el derecho matrimonial se contiene, lo que en las bodas mismas se entrega y se acepta. De ahí se deduce que el hombre, por sólo el motivo de haber recibido de la naturaleza la facultad sexual, no tiene sino el poder y el derecho de contraer matrimonio. Este derecho sin embargo, por lo que se refiere al objeto y al ámbito, se determina por ley de la naturaleza, no por voluntad de los hombres; en virtud de esta ley de la naturaleza, no compete al hombre el derecho y la potestad al pleno ejercicio de la facultad sexual, buscado directa-

mente, si no es cuando lleva a cabo la cópula conyugal según las normas determinadas y definidas a su vez por la naturaleza misma. Fuera de este acto natural, ni siquiera en el matrimonio mismo se da derecho a gozar de esta facultad sexual. Tales son los límites dentro de los cuales el derecho, de que antes hablamos, y el ejercicio del mismo están determinados por la naturaleza. Por el hecho de que el pleno ejercicio de la facultad sexual se circunscribe dentro de este límite absoluto de la cópula conyugal, la misma facultad se hace apta intrínsecamente para conseguir el fin natural pleno del matrimonio (que no es solamente la generación, sino también la educación de la prole) y el ejercicio de la misma se relaciona con dicho fin. Siendo esto así, la masturbación está totalmente fuera de la mencionada aptitud natural para el ejercicio pleno de la facultad sexual, y por consiguiente fuera también de su ordenación al fin determinado por la naturaleza; por lo tanto nada la legítima y es contraria a las leyes de la naturaleza y de la ética, aunque pretenda servir para fines útiles de suyo justos y no reprobables.

Cuanto hasta ahora se ha dicho acerca de la malicia intrínseca de cualquier uso completo de la potencia de engendrar fuera de la cópula natural conyugal vale lo mismo para los casados que para los no casados, ya se haga por el varón o por la mujer, o por ambos juntamente, un pleno uso del aparato genital; bien lo sea por tocamientos de manos bien por interrupción de la cópula conyugal; puesto que éste es siempre un acto contra la naturaleza e intrínsecamente malo.

Si la fecundidad responde a ciertas exigencias del organismo y satisface instintos poderosos, ella supone inmediatamente, como ya hemos dicho, el aspecto psicológico y moral. La obra de la educación sobrepasa aún, por su alcance y por sus consecuencias, la de la generación. Las relaciones de alma a alma que se llevan a cabo entre los padres y los hijos, con toda la seriedad, la delicadeza y el olvido de sí que se requiere, obligan rápidamente a los padres a sobreponerse a la época de posesión afectiva para ocuparse del destino principal de aquellos que les han sido confiados. Lo más corriente es que cuando se aproxima la edad adulta, los hijos abandonan la familia, alejándose para hacer frente a las necesidades de la vida o al llamamiento de una vocación más alta. La consideración de esta separación normal, por muy costosa que sea para ellos, debe ayudar a los padres a elevarse hacia una visión más noble del significado de su misión hacia una visión más pura del significado de sus esfuerzos. Bajo pena de fracaso al menos parcial, la familia está llamada a integrarse en la so-

ciudad, o extender el círculo de afectos e intereses, a orientar a sus miembros hacia horizontes más vastos para pensar no solamente en ellos mismos, sino en planes de servicio social.

La Iglesia católica en fin, depositaria de las enseñanzas divinas, muestra la fecundidad superior de las vidas enteramente consagradas a Dios y al prójimo. Aquí la renuncia completa a la familia debe permitir la acción espiritual desinteresada y que procede no de temor alguno a la vida y a sus responsabilidades, sino de la percepción de los verdaderos destinos del hombre, creado a imagen de Dios y en busca de un amor universal que ningún apego carnal viene a limitar. Esa es la unión más sublime y la más envidiable fecundidad que el hombre puede desear, la que trasciende el orden biológico para entrar de lleno en el del espíritu.

No hemos querido, Señores, concluir esta alocución sin abrir estas perspectivas. A algunos podrán parecer demasiado alejadas de las cuestiones que ahora os ocupan. Sin embargo no lo son. Ellas, en efecto, son las únicas que permiten situar vuestros trabajos en el lugar que les corresponde y percibir su valor. Lo que os proponéis no es solamente aumentar el número de los hombres, sino elevar el nivel moral de la humanidad, sus fuerzas bienhechoras, su voluntad de crecer física y espiritualmente. Vosotros queréis dar un nuevo fervor al afecto de tantos esposos a los que entrístece un hogar vacío; lejos de impedir su plena efusión, ambicionáis poner a su servicio todo vuestro saber para que en ellos se despierten esos recursos admirables que Dios ha escondido en el corazón de los padres y de las madres para ayudarles a subir hacia El, tanto ellos mismos como toda su familia.

Conscientes de esa responsabilidad continuaréis con creciente ardor — Nos así lo esperamos — vuestro trabajo científico y las realizaciones prácticas que os proponéis. Al invocar sobre vosotros, sobre vuestras familias y sobre todos vuestros seres queridos los más abundantes favores divinos, os otorgamos de todo corazón Nuestra Bendición Apostólica.

(Traducción hecha por cuenta de la Oficina de Prensa del Vaticano).



TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA IRREDUCTIBLE

Dr. Antonio Escobar E.
Profesor Agregado de Cardiología

Se dice que existe I. C. I. (insuficiencia cardíaca irreductible) cuando a pesar de una correcta aplicación de todas las medidas terapéuticas de uso corriente la insuficiencia persiste igual o empeora.

Es muy frecuente que se tengan como insuficiencia cardíaca irreductible, entidades que semejan por algunas de sus manifestaciones, la insuficiencia congestiva: la pericarditis constrictiva, los edemas ocasionados por várices, la linfangitis crónica, la compresión de la vena cava inferior, la hipoproteinemia, el beriberi, son frecuentes causas de error, que llevan al médico a un tratamiento equivocado y a calificar como insuficiencia cardíaca congestiva irreductible entidades que nada tienen que ver con patología cardíaca. Para definir la existencia de insuficiencia cardíaca congestiva hay que comprobar por lo menos, algunas de las siguientes manifestaciones: daño miocárdico, hipertensión venosa, disnea, ortopnea, galope diástolico, disnea paroxística nocturna, edema agudo del pulmón, edemas, hepatomegalia. Todo diagnóstico es una integración de datos; una selección de síntomas o signos congruentes con una idea diagnóstica; un solo dato, puede ser compatible con la existencia de una entidad determinada, pero generalmente, habrá que buscar otras manifestaciones de la enfermedad cuya existencia se investiga.

Insuficiencias cardíacas que requieren tratamiento adicional diferente del método clásico:

Fibroelastosis endocárdica: Se presenta en los niños antes de dos años, evoluciona por brotes, el mecanismo hemodinámico consiste en reducción de la capacidad de las cavidades cardíacas por proliferación fibroelástica del endocardio. La digital y los mercuriales son inútiles: el tratamiento es la cortisona.

Carditis reumática aguda: Da manifestaciones de insuficiencia cardíaca congestiva, de tipo irreductible. La digital y los mercuriales tienen generalmente poca utilidad. El empleo de los digitálicos pue-

de estar indicado, pero su uso está lleno de complicaciones. Generalmente el tratamiento consiste en reposo y en hormonas (Cortisona, ACTH y similares). A pesar de la tendencia a producir edemas que tienen las hormonas, los pacientes se desinfiltran, la disnea mejora y la hepatomegalia se reduce. En términos generales el tratamiento de la carditis reumática aguda, acompañada de insuficiencia cardíaca congestiva, será iniciado con Cortisona y solamente en algunos casos se impone la necesidad de usar digital.

Enfermedades congénitas con corrección quirúrgica posible:

Algunos padecimientos congénitos sino son operados a tiempo llevan el paciente a la insuficiencia cardíaca. Muchos autores creen que esta complicación es una contraindicación de la terapéutica quirúrgica, teniendo en cuenta la mortalidad tan elevada que ocasiona la corrección de los defectos congénitos en los pacientes en insuficiencia. Otros, con criterio diferente y teniendo en cuenta que la digital y los mercuriales tienen poco efecto en este tipo de insuficiencias opinan que los pacientes se deben operar, siempre que se logre colocarlos en un equilibrio circulatorio aceptable, antes de la operación. Se deben operar, según el criterio de estos últimos: el canal arterial, la coartación de la aorta, las fístulas aorto pulmonares, el Fallot, la comunicación interauricular, la comunicación interventricular, algunos arcos aórticos dobles, la estenosis aislada de la pulmonar. En las cardiopatías congénitas cianógenas, el oxígeno y la morfina y aun verdaderas curas de sueño prolongado, son medidas terapéuticas generalmente superiores a la digital.

Corazón pulmonar en insuficiencia cardíaca irreductible:

Para afirmar que un paciente que sufre corazón pulmonar crónico ha llegado a la insuficiencia cardíaca irreductible, es necesario probar la existencia de: aumento franco y permanente de la presión venosa por encima de 180 mlts. de agua; ritmo de galope diastólico, y signos de insuficiencia tricuspídea. Estos pacientes tienen con frecuencia: hígado basculado y descendido, taquicardia, edemas, disnea, cianosis, signos de sobrecarga derecha, galope sistólico y sin embargo no están en I. C. C.; el uso de la digital y los diuréticos no da resultado y con frecuencia se estima que han llegado a la etapa de insuficiencia irreductible cuando solamente se trata de un corazón pulmonar no complicado. Los enfermos de corazón pulmonar crónico

que no tienen hipoxemia, lo mismo que los que tienen compensación hemática adecuada, muy rara vez llegan a la insuficiencia cardíaca. Si realmente se prueba que están en insuficiencia cardíaca irreductible, el tratamiento será el O₂, en dosis progresivas; los antibióticos para combatir los padecimientos asociados del árbol bronquial, los broncodilatadores, etc. Los aerosoles con Pentapirrodilina o cualquiera de los derivados del Metonio. Son utilizables también todos los procedimientos empleados de manera general en las insuficiencias cardíacas irreductibles.

Insuficiencia cardíaca irreductible con asociación de otros padecimientos:

A) I. C. C. irreductible e hipertiroidismo: Cuando existe asociación de fibrilación auricular hay que tener en cuenta que estos pacientes necesitan dosis enormes de digitálicos para lograr reducir la frecuencia ventricular; ocasionalmente debe llegarse hasta 3,0 de digitoxina en las 24 horas.

Cuando el ritmo es sinusal, casi nunca se logra reducir la frecuencia cardíaca con digitálicos. Se deben tratar con Propilthiouracilo o con Tapazole. Como en la insuficiencia cardíaca congestiva el metabolismo generalmente está elevado, este método no es el más fiel para definir el estado de la función tiroidea. El propilthiouracilo se administra en dosis de 50 miligramos, una a 4 veces por día. El Tapazole se da en dosis diaria inicial de 30 miligramos. En ambos medicamentos las dosis deben reducirse aproximadamente a la sexta parte cuando un estado de hipofunción tiroidea se logra. Como guía se puede tener la elevación de las cifras de colesterol, las cuales deben ser comparadas periódicamente con las que se obtengan antes de iniciar la medicación.

Con frecuencia se deben practicar leucogramas para despistar la aparición de agranulocitosis: la baja total del número de glóbulos blancos y especialmente la reducción notable de los granulocitos es una indicación para discontinuar la droga. Dicha droga se debe administrar por tiempo indefinido hasta que el paciente pueda ser operado; ocasionalmente hay remisiones que persisten después de que la medicación ha sido discontinuada. Cuando estas drogas son administradas a los pacientes Eutiroides en insuficiencia cardíaca irreductible, con el fin de reducir las exigencias de oxígeno y lograr la recuperación, hay que tener en cuenta que a veces son necesarios muchos días o semanas antes de lograr una reducción del me-

tabolismo; la droga no afecta la hormona tiroidea ya formada y solamente bloquea su formación; puede existir suficiente hormona para un tiempo largo. Un resultado semejante se puede lograr con el uso del Yodo Radioactivo (I 131). Como el yodo tiene afinidad por el cuerpo tiroides, se acumula de manera preferente en la glándula y se puede hacer irradiación selectiva de las células con este isotopo. Su uso está limitado a los especialistas. En la actualidad ha reducido el número de operaciones y se estima más económico y seguro. Los pacientes con insuficiencia cardíaca irreductibles, ya se trate de hiper o de eutiroides, se deben tratar por este procedimiento de preferencia a la cirugía que da una gran mortalidad. Tiene indicación también cuando fracasa la cirugía o cuando no se logra reducir el metabolismo con medicación antitiroidea. Aunque la dosis que se debe administrar puede ser calculada con bastante precisión, de manera ocasional puede resultar una dosificación muy alta y venir una baja del metabolismo mayor que la esperada. Además tiene el inconveniente de que tarda entre ocho y doce semanas para producir su efecto—y de que inicialmente una gran cantidad de hormona tiroidea es liberada y teóricamente la insuficiencia cardíaca irreductible puede agravarse de manera temporal. Estos dos últimos inconvenientes se pueden evitar dando Propilthiouracilo con anterioridad al uso del yodo radioactivo. La dosis varía entre 8 y 12 millicuries y se administra por vía oral en una sola dosis. En los pacientes eutiroides se usa solamente cuando han fallado todas las medidas de uso corriente en la insuficiencia cardíaca congestiva.

Si los pacientes responden bien al tratamiento con drogas antitiroideas y sino puede usarse el yodo radioactivo, se plantea la cuestión de una solución quirúrgica. Si el paciente ha logrado una recuperación aceptable la operación no dá una gran mortalidad.

En general los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva irreductible, en los cuales no se logra una reducción de la frecuencia cardíaca con los digitálicos o en los que aparece fibrilación auricular que resiste a la digitalización se debe sospechar siempre un hipertiroidismo larvado y no se debe esperar a tener pruebas de laboratorio que indiquen la hiperfunción del tiroides; se debe intentar el tratamiento antitiroideo, por lo menos de manera temporal, con una cualquiera de las drogas que deprimen la función de la glándula.

En los cardíacos reumáticos se puede sospechar la iniciación del hipertiroidismo cuando: a): hay un cambio brusco en la marcha de su enfermedad sin que exista causa satisfactoria que explique el

cambio desfavorable. b): cuando la fibrilación auricular que se venía controlando de manera satisfactoria con dosis normales de digital, empeora sin causa conocida y, c): cuando el aumento de la digital en presencia de una fibrilación no logra reducir la frecuencia ventricular. El hipertiroidismo es un poco más frecuente en los cardíacos reumáticos que en los de otra etiología.

Insuficiencia cardíaca irreductible e hipertensión arterial.

En este caso, si la función renal está intacta, con cifras de azohemia normales o muy poco elevadas se puede intentar un tratamiento hipotensor a base de Hypex (Hexametonio o Hidrazinoptalazina) o de Pentapirrolidina (MB2050). Si se tiene la oportunidad de tomar con frecuencia balistocardiogramas, la magnitud del segmento IJ indica la mejoría del débito cardíaco. Se dice que hay un punto crítico de presiones para cada tipo de pacientes y que una disminución del débito demostrada por el trazado balistocardiográfico, indica la necesidad de moderar la dosificación de las drogas hipotensoras. La Pentapirrolidina se puede asociar a la Apresolina, pero nunca se debe iniciar el tratamiento con ambas drogas; siempre se dá primero la Pentapirrolidina y 6 u 8 días más tarde se empieza a administrar la Apresolina. En todos los pacientes se empieza por una dosis de 20 miligramos de Pentapirrolidina a mañana y tarde y se va aumentando de manera progresiva. Smirk, que es el autor del método, ha llegado a administrar 700 miligramos al día fraccionados en dos o tres dosis. La droga se administra lejos de las comidas con medio vaso de agua. Hasta hace pocos años se usaba la simpatectomía dorso-lumbar, pero la aparición de los bloqueadores de impulsos simpáticos, derivados del metonio, hacen cada vez más raras las indicaciones de este tipo de operaciones.

Insuficiencia cardíaca congestiva irreductible asociada con avitaminosis B.

Unas veces se trata de manifestaciones típicas de Beriberi y en otras la avitaminosis B se va agregando lentamente y es causa de insuficiencia cardíaca irreductible. Se debe pensar en la posibilidad de una avitaminosis B en: los alcohólicos crónicos mal alimentados; en los pacientes que toman por largo tiempo aceite mineral como laxante; cuando exista un defecto alimenticio o un padecimiento digestivo de más de tres meses de duración; cuando se pruebe la existencia de

hipertiroidismo agregado a la cardiopatía y en algunas infecciones prolongadas que ocasionan consumo aumentado de esta vitamina. La tiamina debe ser administrada por vía intramuscular (ocasionalmente por vía intravenosa) y asociarse a la administración de los otros factores del complejo B, porque generalmente la privación es múltiple. La respuesta es habitualmente rápida: la frecuencia cardíaca baja, se inicia la reabsorción de edemas, hay caída de la presión venosa.

Insuficiencia cardíaca irreductible con infarto múltiple del pulmón.

Los pequeños infartos pulmonares, que se suceden sin una sintomatología dramática, durante la insuficiencia cardíaca congestiva, son la causa más frecuente de irreductibilidad. No se diagnostican, porque se piensa siempre en el cuadro agudo del infarto pulmonar con manifestaciones graves. En los insuficientes cardíacos, una agravación no explicada de su padecimiento, con tos, con disnea de agravación periódica, con un empeoramiento del estado circulatorio que aparece con frecuencia inexplicable, deben hacer pensar en la existencia de infartos múltiples del pulmón, como causa de la irreductibilidad de la insuficiencia. La agravación progresiva "por brotes", es típica de esta complicación en la insuficiencia congestiva. En esta eventualidad la terapéutica anticoagulante está indicada y se puede intentar, sea con heparina o con los demás anticoagulantes (dicumarol, Tromexan, Paritol, etc.). En los casos urgentes se usa la heparina, que hace protección inmediata, mientras se obtiene una baja aceptable del tiempo de Protrombina con Dicumarol o similares que tiene un período de latencia para producir efecto anticoagulante. Los trombos pueden tener origen en: la lentitud de la circulación, en la compresión de las venas por el edema; trombos murales se pueden formar en las aurículas muy grandes especialmente cuando hay fibrilación auricular en los pacientes con estenosis mitral. En los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva se requieren en general dosis menores de Dicumarol para bajar el tiempo de protrombina a niveles de protección. Se dice que un 22% de los pacientes en I. C. C. irreductible tienen infartos múltiples del pulmón y con la terapéutica anticoagulante, la frecuencia se reduce a 6,5 por ciento.

I. C. C. irreductible complicada con mixedema:

El mixedema puede dar un cuadro semejante al de la insuficiencia cardíaca; o complicarse con ésta o ser a su vez complicación

agregada que hace irreductible la insuficiencia. La asociación de ambas entidades se puede sospechar cuando en un paciente en I. C. C. intratable se observan los signos de hipotiroidismo. El metabolismo no es una guía aceptable que oriente al diagnóstico, y la estimación clínica es superior, si otros medios de investigación no son posibles para valorar el funcionamiento de la glándula. La administración de tiroides debe ser vigilada estrechamente.

I. C. C. Irreductibles causadas por regímenes inadecuados o por la mercurial.

La mitad de los pacientes en insuficiencia que usan diuréticos, presentan en el transcurso de la vida manifestaciones de desequilibrio iónico que los lleva a tipos especiales de insuficiencia ocasionados por el fracaso de la medicación mercurial; por el régimen hiposódico; por la inadecuada ingestión de líquidos o por un balance proteico negativo.

En la insuficiencia cardíaca los riñones sufren una merma en el aporte sanguíneo, el cual baja, de un 25% del débito cardíaco a un 10%. El ejercicio empeora la circulación renal, al ocasionar una disminución del débito cardíaco; de allí la importancia del reposo absoluto para mejorar ciertas formas de insuficiencia.

Deshidratación hipertónica: Se presenta cuando el enfermo toma pocos líquidos y es causa muy frecuente de irreductibilidad; suben la urea, el Na. y los cloruros en sangre; la orina aumenta de densidad, aparecen cilindros y hematíes. El tratamiento consiste en dar líquidos en abundancia especialmente cuando hay crisis de sudor o cuando aumenta la temperatura ambiente.

Deshidratación Hipotónica: Se presenta especialmente en algunos pacientes renales que pierden fácilmente su sodio endógeno. Produce un síndrome semejante al de Adinson, del cual se diferencia porque no obran los extractos cortico-suprarrenales. El tratamiento consiste en dar cloruro de sodio.

Hipoproteinemia: Se presenta porque la dieta contenga pocas proteínas, o por exceso de pérdidas o por disfunción hepática. Existe una hipoproteinemia relativa por aumento del volumen sanguíneo. La baja de proteínas causa una caída de la presión osmótica intravascular que permite la acumulación de fluidos y electrolitos en el espacio intersticial, con aumento del sodio intracelular y baja del potasio en la célula. Es importante despistar de manera oportuna la hipoproteinemia, porque cuando llega a un grado avanzado, la insufi-

ciencia se hace definitivamente irreductible, aunque se usen plasma, sangre, amigen, etc, para tratar de corregir la caída de la cifra de proteínas sanguíneas.

Cuando se requiere una dieta proteica equilibrada que contenga menos de 2 gramos de Na Cl por día, no se puede usar la carne como fuente principal de aporte de proteínas por su gran contenido de cloruro de sodio y se debe recurrir a sustitutos del tipo de Lanolac, que no tiene sal.

Falta de respuesta a los diuréticos: Cuando el paciente no responde a los diuréticos la mejor manera de potencializar la acción es colocarlo en reposo en cama 6 a 8 horas antes y 12 a 15 horas después de la inyección. La aminofilina aplicada una hora después de la inyección del diurético aumenta la filtración glomerular.

Un paciente puede responder a la administración de diuréticos mercuriales con formas diferentes de diuresis que se pueden clasificar en cuatro categorías:

a). Diuresis fisiológica, que es semejante a la que se obtiene con el reposo, en la cual sodio y cloruros se eliminan en concentración semejante a la que tienen los iones en el plasma. Es la diuresis ideal que no presenta problemas.

b). El enfermo pierde cloruros en abundancia, el sodio permanece normal y sobreviene la alcalosis hipoclorémicas; — por el aumento de CO₂ para mantener el equilibrio anión-cación. — Si no se corrige sobreviene la hipokalemia y la muerte. Cuando hay un balance adecuado de agua, el potasio se desplaza de su posición intracelular al líquido extracelular y se elimina por la orina, siendo reemplazado por el sodio en la célula. Por lo tanto, todo tratamiento que se haga en una etapa avanzada, reemplazando solamente el sodio y los cloruros, sinó incluye potasio, no logra corregir la alcalosis.

Cuando los cloruros del plasma están entre 85 y 90 miliequivalentes por litros, los diuréticos no obran y la insuficiencia se hace irreductible. Estimando el PH urinario se puede descubrir el síndrome en sus primeras etapas: si el PH está entre 5, 6 y 6,5 se sabe que se está eliminando más cloruro que sodio; cuando hay mayor pérdida de sodio que de cloruros, el PH estará entre 7.5 y 8,5. Entre 6,5 y 7,5 es difícil definir la situación y dosificación de Sodio, cloruros y estimación de reserva alcalina en la sangre son necesarios.

En las primeras etapas el problema del tratamiento se resuelve con dar cloruro de amonio por vía oral. Por muchos años se dijo que dicho cloruro de amonio potencializaba los mercuriales cuando ago-

taban su acción; es posible que su modo de obrar sea diferente y que solamente logre la normalización de los cloruros del plasma convirtiendo una insuficiencia irreductible en una tratable.

En este caso la insuficiencia se hace irreductible como un mecanismo de defensa que previene al paciente contra nuevas pérdidas de cloruros y alcalosis progresiva.

c). En la tercera modalidad de diuresis normal, hay de preferencia pérdida de potasio y de cloruros hasta que viene la alcalosis metabólica. Como las pérdidas de cloruros y de potasio se hacen en proporción semejante, el PH urinario se altera muy poco y hay que recurrir a los datos de la química sanguínea para hacer el diagnóstico. La primera manifestación es la astenia, acompañada de hipotonicidad muscular; aparecen extrasístoles, los reflejos están disminuidos y más tarde abolidos; luego aparece una respiración de tipo especial que se hace solamente con la parte superior del tórax, con disnea extrema; la distensión abdominal se agrega para complicar el cuadro y tiene como característica no responder a los métodos habituales de tratamiento como la intubación y la prostigmina. El cuadro semeja una insuficiencia cardíaca irreductible, pero generalmente no se encuentran estertores pulmonares. El tratamiento es cloruro de potasio por vía oral en la fase inicial, o por vía parenteral en las situaciones más críticas.

d). **Síndrome de sodio bajo:** Es el más grave y el más difícil de hacer regresar, se presenta con frecuencia en ciertos renales y constituye un tipo especial de deshidratación hipotónica. También tiene más probabilidades de producirse cuando se dan grandes cantidades de cloruro de amonio y de agua, a un paciente que recibe mercuriales con frecuencia. La administración de agua en abundancia a este tipo de pacientes, hace más grave la hipotonicidad y empeora y hace más rebelde al tratamiento la insuficiencia cardíaca.

Con la administración de cloruro de sodio, la diuresis aumenta y el paciente mejora. Si el cuadro progresa, la sintomatología es la del Shock: el organismo sacrifica la tonicidad para mantener el volumen sanguíneo y por eso sobreviene la deshidratación hipotónica. Si la hiponatremia no se corrige oportunamente, se agrega la hipokalemia haciendo más grave el síndrome. En la etapa inicial el paciente se queja de sed, intranquilidad, cansancio; puede presentar vómito, lo que agrava la situación. La administración del cloruro de sodio cuando se inicia esta sintomatología, produce mejoría rápida; muchas veces es preferible que el paciente empeore un poco de su

insuficiencia que exponerlo a morir por una anomalía de los electrolitos. La administración de cloruro de sodio por vía intravenosa debe hacerse en forma de solución hipertónica; no se deben dar soluciones isotónicas que agravan el desequilibrio.

Según el Dr. Leiter en un caso dado, aun con buenos datos de laboratorio, es difícil saber si un enfermo está sufriendo de un síndrome de depleción de sodio o de dilución de sodio: Piensa Leiter que si se encuentran cifras bajas de sodio en un paciente que ha perdido edemas muy rápidamente y hay trastornos psíquicos, signos de colapso y signos gastrointestinales, es casi seguro que se trata de un síndrome de depleción de sodio; en cambio, bajos niveles de sodio, en un paciente que empeora de manera progresiva su insuficiencia, con escasa respuesta a los mercuriales, es muy sugestivo de hiponatremia de dilución. Para Leiter la hiponatremia de dilución representa una actividad desproporcionada de la hormona antidiurética y él cree que no se debe tratar con soluciones concentradas de cloruro de sodio, sino que se debe atender de preferencia la hipokalemia que impide la digitalización adecuada; la estima como manifestación de que se han copado en parte los mecanismos cardíacos de adaptación. En caso de duda entre un síndrome de depleción de sodio y una de dilución, se puede administrar lentamente una solución hipertónica de cloruro de sodio por vía intravenosa la cual mejora al paciente en caso de depleción y empeora muy poco en caso de dilución. Estas ideas, no son aceptadas por todos los autores, pues muchos piensan en que todos los casos de hiponatremia, las soluciones salinas hipertónicas de cloruro de sodio al 5% están indicadas.

Tratamientos de las insuficiencias cardíacas irreductibles en las cuales no se encuentra la causa de la irreductibilidad.

Muchas veces el paciente llega a un estado de insuficiencia cardíaca irreductible, a pesar de una revisión cuidadosa, y no se encuentra una causa especial que motive el fracaso de la terapéutica: no hay evidencia de hipertiroidismo, se ha dado vitamina B en abundancia, se revisa su equilibrio iónico y se encuentra normal, se hace medicación anticoagulante para evitar los infartos múltiples, se corrigen las infecciones conocidas, etc, etc, y a pesar de todo el estado permanece estacionario o empeora. En presencia de un cuadro semejante, se aconsejan alguno o algunos de los siguientes procedimientos:

Revisión del régimen hiposódico: Cuando el régimen hiposódico que se indica al paciente se limita a suprimir la sal que se agrega

a los alimentos, sin seleccionarlos, el enfermo tendrá una ingestión de sal que varía entre 3 y 5 gramos por día. Para la mayoría de los pacientes esta alimentación es insuficiente y son necesarios regímenes especiales, que contengan menos de 2 gramos por día; lo cual es imposible de lograr si el enfermo toma leche libremnete y como carne. Si se sustituyen la carne y la leche por Lanolac y se dan vegetales pobres en cloruro de sodio, se pueden hacer regimenes que contengan menos de un gramo de cloruro de sodio en la dieta de 24 horas. Se ha probado que dando sodio radioactivo a individuos normales, éste tarda 15 días en eliminar la mitad del sodio y que los pacientes en I. C .C. tardan 40 días para excretar igual cantidad. Si se quiere extremar la reducción se deben imponer por algunos días, dietas semejantes de la de Kempner; que tienen menos de 5 gramos de grasa; 20 gramos de proteínas, 200 mlgrs de cloruros y 150 mlgrs de sodio; proporcionan aproximadamente 2.000 calorías. Consisten en 250 a 350 gramos de arroz seco, hervido en agua (a veces es necesario usar agua destilada para evitar el alto contenido de sodio que tienen las aguas de algunas ciudades). Se permiten toda clase de jugos de frutas, con excepción de nueces, dátiles, aguacates y las frutas que vienen preparadas en latas; azúcar y dextrosa se dan a voluntad; no se permite tomar agua; la ingestión líquida se limita a 700 o 1.000 c.c. de jugos de frutas. Un complemento vitamínico es necesario (5.000 unidades de vitamina A, 1.000 unidades de vitamina D, 5 mlgrs de Tiamina, 5 mlgrs de Riboflavina, 25 mlgrs de Niacinamida, Pantotenato de calcio 2 mlgrs).

Revisión de la digitalización: El paciente puede estar en insuficiencia irreductible, por falta o por exceso de digital. La sobre-digitalización es una de las más frecuentes causas de irreductibilidad especialmente cuando se complica con hipokalemia. La estimación de sobredigitalización se debe hacer habitualmente por la clínica, nó por el electrocardiograma; el paciente puede presentar trazados que indiquen acción digitálica intensa y sin embargo la clínica puede estimar que la digitalización es adecuada. Se sospechará una sobredigitalización si ocurren alguna o algunas de las siguientes manifestaciones: somnolencia, falta de apetito, vómitos, diarrea, visión amarilla, bradicardia, extrasístoles (cuya existencia no se hubiera comprobado anteriormente) taquicardia ventricular paroxística, bloqueo aurículo ventricular completo. Ocasionalmente la aparición de fibrilación auricular puede sugerir también un exceso de droga.

El aumento de los eosinófilos no es constante en la intoxicación

ción, pero cuando aparece es un buen signo de sobredosificación. La aparición de púrpura trombocitopénica en los pacientes que usan digítóxina indica sensibilidad a la droga, pero no es signo de saturación digitálica. La llamada intoxicación digitálica por rápida eliminación de edemas, es posible que sea un síndrome producido por un brusco descenso del Na. y del K sanguíneo o por toxicidad protoplasmática del ion mercurio; no se cree en la actualidad que se deba a la puesta en circulación de la digital acumulada en los tejidos.

Utilización del fenómeno de "Sump". Schesman y Cámara han observado en algunos pacientes que presentan edemas rebeldes que si se hacen punciones repetidas de su hidrotórax o su ascitis, no disminuye el peso comparado con el que tenían después de la punción, en los tres o cuatro días siguientes, a pesar de que los edemas de extremidades inferiores tienen mejoría indudable; concluyen los autores que el líquido tiende a acumularse en el tórax o en el peritoneo y que se puede desaguar estos pacientes y librarlos de los edemas, por punciones repetidas. No observan signos de hiponatremia o de hipoproteïnemia. Dicen que no hay hipoproteïnemia, porque en estos pacientes la mayoría de las veces la síntesis de las proteínas por el hígado se conserva intacta; no hay hiponatremia, porque el líquido extraído es isotónico con el líquido extracelular. Usan penicilina la víspera y el día de la punción para prevenir la infección.

Procedimientos de Cherkasky y Hellman: Aplican la técnica de diálisis que es usada por Darrow y Yannet. Retiran todo el líquido del peritoneo y lo sustituyen por solución de glucosa al 5%. Dejan que la solución glucosada logre equilibrio con la sangre por espacio de 3 a 4 horas al cabo de las cuales retiran, la solución que tiene un alto contenido de cloruro de sodio. No es un procedimiento práctico, pero sí puede utilizarse en las I. C. I. que no ceden con ninguna de las medidas terapéuticas descritas.

Flebotomía. Se usa de manera ocasional en pacientes con gran hipertensión venosa, hiperglobúlicos y cianóticos. Se debe extraer un mínimo de 300 a 500 c.c. en el menor tiempo posible. Las sangrías lentas no mejoran el débito cardíaco. Un beneficio semejante al que se logra con la sangría se puede obtener de manera ocasional con la aplicación de ligaduras en las cuatro extremidades.

Tubos de Southey: Constituyen una forma muy incómoda de tratamiento, que se puede utilizar en algunos casos. Una aguja larga de flebotomía, con agujeros laterales, se inserta profundo en el tejido edematoso y se conecta a un tubo de polietileno que sirve para

derivar el líquido hacia un recipiente. En general varias agujas son necesarias para remover una cantidad importante de líquido.

Ligadura de la vena cava: Esta operación fue propuesta originalmente por Cossio y Perianes y los resultados de las primeras operaciones presentados en el Congreso inter-americano de Chicago en el año de 1948. La ligadura de la vena cava por debajo de las venas renales, en la I. C. C. irreductible, produce, según los A. A., una baja de la presión de la sangre en las cavidades derechas lo mismo que en las venas de las extremidades superiores; sin que la presión aumente cuando se elevan las extremidades inferiores. La operación va seguida de una mejoría inmediata y a veces dramática de la disnea y de los edemas. Ocasionalmente observan un aumento temporal de los edemas, los cuales son dolorosos.

En los últimos los autores del método, han creído encontrar una explicación más satisfactoria de la mejoría que experimentan los pacientes con la operación: piensan que la ligadura mejora el drenaje linfático de las extremidades inferiores, como consecuencia de la caída de la presión venosa en las extremidades superiores la cual produce a su vez una mejoría en el débito cardíaco. En los primeros veinte pacientes que fueron sometidos a operación, los resultados obtenidos fueron los siguientes: 5 murieron en el postoperatorio inmediato y los 15 restantes tuvieron una recuperación aceptable y murieron la mayoría en un plazo de tres años, por accidentes varios unos, por insuficiencia cardíaca otros. Esta mortalidad inicial de 25%, fue reducida a 6% en los 60 pacientes operados a partir de 1950. En ambas series, aproximadamente un 20% de los enfermos soportó bien el acto quirúrgico, pero no derivaron ningún beneficio del procedimiento. Un 56% de los enfermos que sobrevivieron a la operación presentaron mejoría que persistió por algunos meses y aun por años. Los pacientes que presentaron una mejoría inmediata fueron los que tuvieron sobrevida más larga. Sobra decir que la operación, aun en el mejor de los casos, no redime al paciente del tratamiento con digital, diuréticos, dieta pobre en sal, etc.

Para concluir: las posibilidades de vida están condicionadas en estos pacientes, por fuerzas en su mayor parte desconocidas ahora y que quizá no vamos a conocer jamás. Todos los procedimientos descritos están justificados si se aplican con reflexión y de manera oportuna y el médico no debe vacilar en emplearlos.

Medellín, Junio 14 de 1956.

EL ABORTO TERAPEUTICO

Ponencia en la sesión solemne de la Academia de Medicina con motivo del Sexagésimo nono aniversario de su fundación.

Dr. José del Carmen Acosta

No es tarea fácil ocupar esta cátedra de la ilustre Academia de Medicina de Antioquia y de allí el que al recibir la amable invitación de ella para que participara en su fiesta jubilar, a la vez que agradecido por el grande honor que para mí representaba, me sobrecogiera un inmeso temor para aceptarlo; porque al tender la vista queriendo captar el panorama pude apreciar que esta tribuna está celosamente guardada por una pléyade de hombres ilustres que dieron brillo no sólo a la medicina de la montaña, sino a la medicina nacional: unos ya idos pero entre los que se destacaron con recios lineamientos las sombras beneméritas de Uribe Angel, Montoya y Flórez, de Mejía, de Henao, de Toro Villa, de Restrepo y de tantos otros que por aquí han pasado; y otros como Emilio Robledo, Miguel María Calle, Pedro Nel Cardona y todo ese brillantísimo grupo de jóvenes que para bien de la humanidad y ejemplo de las nuevas generaciones médicas todavía nos acompañan.

Pero si bien el temor me agobiaba, fue mayor mi decisión para cumplir el deseo de rendir un tributo de admiración a tan destacada Corporación y contribuir con mi pobre presente a la celebración de esta grata efemérides.

En apoyo de tal deseo encontré que ya llegó la hora de que de una manera franca y definitiva se tome una resolución acorde con la moral y con la ciencia, sobre un tema que si prácticamente ya está agotado en su estudio, no han sido sentadas las conclusiones finales para que se lleven a la práctica universal y evitar así vacilaciones y dudas que pudieran inducir a la adopción de procederes errados y perjudiciales; quiero referirme al llamado Aborto terapéutico.

Estas son las razones que me han traído a presentarme ante vosotros, con la confianza de que el sexagésimo nono aniversario de la Academia de Medellín se destaque en la historia de la Medicina por una declaración tan trascendental como la que de aquí puede salir.

La Medicina, como ciencia experimental que es, se encuentra perennemente sometida al movimiento de progreso y de cambio consiguiente al resultado de las nuevas investigaciones y estudios; y lo que ayer se consideró como un acierto y una ley general, hoy carece de verdad y es sustituido por nuevas maneras de pensar y de proceder, que mañana quizá serán desechadas por inútiles o erróneas.

Quién en las actuales generaciones médicas, querría revivir el auge de la sangría y de las Moscas de Milán?, quién aspiraría hoy a curar un esguince, una luxación o una ruptura muscular con el famoso unguento de la Madre Tecla? Quién osaría emplear la Triaca, famosa preparación galénica, que con sus setenta componentes se decía que era el antídoto infalible para las mordeduras de animales ponzoñosos y para los envenenamientos? Quién aceptaría hoy que se le tratara una afección gastro-intestinal con el renombrado "Elixir de los Tres Amigos", en lugar de administrarle un antibiótico?

Han pasado muchos siglos desde cuando la Medicina se ejercía como un arte mágico o sobrenatural y su estudio y práctica entraron definitivamente en el campo de la experimentación.

Ya Hipócrates en su memorable juramento consiguió la prohibición de impedir la concepción o el normal desarrollo del embarazo al decir: "No pondré aparatos en la vagina de una mujer para impedir la concepción o el desarrollo de un hijo".

Pero como la anota con mucha razón Castiglioni: "Los conocimientos científicos se entrelazan, se adelantan unos a otros y se alternan como las ramas de un árbol vigoroso, de tupido follaje, pero todos sacan su alimento de la misma raíz. Quién sigue a lo largo de sus ramas la historia del pensamiento médico no encuentra, como frecuente y erróneamente se ha afirmado, una línea continua de progreso ascendente; con extrañas interferencias y con las más extraordinarios retrocesos es que tal pensamiento pasa de la magia de los antiguos a la terapéutica sugestiva de los modernos, de la organoterapia bíblica a la opoterapia, de la patología humoral de Hipócrates a la endocrinología".

No debe sorprendernos por tanto que al cabo de varias centurias se olvidara no solo el precepto divino consignado en quinto lugar en las tablas de la Ley Mosaica, sino también la terminante aceptación que de él hizo el Padre de la Medicina y que dejó escrito para que sus discípulos juraran por "Apolo médico, por Higeia y Panacea, y por todos los dioses y diosas, a quienes pone por testigos" que tal era su obligación y que lo cumplieran para hacer que el ejercicio de

su arte mereciera alabanzas y no hacerse acreedores a la desgracia en caso de no cumplirlo o de jurar en falso.

Es que Hipócrates no solo fue el Padre de la Medicina, sino el Padre de la Moral Médica.

La interrupción del embarazo fue considerada como un acto in-moral desde los albores de la medicina; y parece que solo en el siglo pasado, validos de una falsa civilización y del atrazo natural de la investigación y de la terapéutica, se hizo aparecer una situación conflictiva entre la vida de una mujer y la vida del hijo que albergaba en sus entrañas y apoyándose en consideraciones de orden social se resolvía el litigio surgido sacrificando al más débil y al más indefenso; procedimiento reñido con los sentimientos humanitarios que se albergan en la conciencia de todas las personas civilizadas.

Sabido es que los derechos humanos son de distintos órdenes o categorías y que entre ellos el derecho a la vida es primordial y sirve de fundamento a todos los demás; y se acepta por las constituciones de todos los países civilizados que el derecho de mayor jerarquía o dignidad debe primar sobre los de inferior graduación; y es esto tan cierto que en caso de hurto por necesidad absoluta para saciar el hambre de quien no tiene con que procurarse el sustento nadie pediría castigo para quien lo cometió, porque el derecho a la vida prima sobre el derecho de propiedad.

Y es preciso recordar también que dictados que aunque no estén consignados en disposiciones estatales, han adquirido el valor de preceptos inviolables para el caso en que ocurran conflictos en los cuales se contrapongan derechos de idéntica jerarquía; así podemos recordar el trágico hundimiento del "Titanic", que cuando los botes salvavidas fueron insuficientes para llevar a todos los naufragos, con valor y estoicismo que sobrecogió a toda la humanidad de un polo a otro, los hombres vigorosos, los mimados de la fortuna que navegaban por placer, con un gesto de sublime renunciación cedieron el paso a las mujeres y a los niños, a los pobres emigrantes que con ellos viajaban y a los acordes de una brillante orquesta se hundieron en el vórtice insondable que la tempestad les abrió en mitad del océano.

Este obrar que es la sublimación de la virilidad, fue la demostración más auténtica del sentir de los hombres civilizados que antes que su propio derecho a la vida, dieron prelación al derecho de los más débiles a ella.

Y si tales actos merecen la admiración y la alabanza de la humanidad entera, por qué cuando nos enfrentamos a un chocar de de-

rechos más artificioso que real, entre el derecho a la vida de una mujer que cuenta con los muchos auxilios de la ciencia y la de una criatura indefensa, no por pequeña y oculta o desconocida menos digna de respeto y menos dueña de su derecho, se ha de resolver el litigio en favor del más fuerte y del mejor protegido y esto no espontáneamente sino por la intervención de un extraño?

Quién osaría alabar y presentar como ejemplo digno de acoger y seguir el del hombre que para salvar su vida desalojó en el mar a un niño que se asía a una tabla, en un esfuerzo supremo de éste por conservar su existencia?

Desde comienzos del siglo pasado fue motivo de debates cada vez más frecuentes el llamado Aborto terapéutico; y sus indicaciones que en un principio se limitaron a algunos casos de tuberculosis pulmonar, fueron creciendo y abarcando dilatados campos médicos; y como si esto fuera poco pronto surgieron las indicaciones de orden social o personal y por este camino se llegó a extremos tan absurdos como el sugerido por algún renombrado Profesor latinoamericano que como medio eficaz para terminar con el aborto criminal proponía la legalización de todos los abortos; como si la manera de acabar con los crímenes de la humanidad fuera el quemar los códigos penales.

Pero dejando el terreno de la Filosofía y del sentimentalismo humanitario, estudiando el tema desde el punto de vista exclusivamente médico sobran las razones para que de una manera enfática aboquemos porque desaparezca de la terminología médica este terrífico endriago que devora tantas vidas inocentes.

Hasta fines del siglo pasado y comienzos del presente, gran mayoría de los obstetras europeos y americanos aceptaron entre otras, la indicación para interrumpir la gestación procedente de la infección bacilar del aparato respiratorio y si en un principio se seleccionaban los casos, más tarde se generalizó la indicación hasta el punto de que la percepción de un simple catarro apical, como observa Clement, de Friburgo, era motivo suficiente para llevar a la mujer a la sala de cirugía.

Se partía para tal proceder de la observación de que en algunos casos la gestación ejercía una influencia desfavorable sobre la evolución de la tuberculosis y que para salvar la vida de esa mujer se debía sacrificar la de quien, sin serlo, se juzgaba el injusto agresor.

Pero desde hace unos veinte años hubo quienes, merced a los progresos terapéuticos, reflexionaran un poco sobre la injusticia de tal proceder y solo con reticencias lo aceptaran.

Y así en contraposición con la rotunda afirmación de Pinard, hecha en el Congreso de Roma de 1902, de que: "Se debe interrumpir la gestación cuando una enfermedad producida o agravada por ella amenace la vida de la madre" y de esta manera generalizó tal terapéutica: a las hemorragias uterinas, al hidramnios, a las toxemias gravídicas; y, aparte de la tuberculosis, a las afecciones del aparato cardior-vascular, al aparato renal, al sistema nervioso; increíble que un hombre tan capacitado y tan buen clínico como el Profesor Pinard hubiera abocado la resolución de estos problemas en forma tan parcializada y tan unilateral. Desgraciadamente el prestigio y la autoridad científica de hombres como éste arrastran a muchos tras de sí y de allí el auge del aborto terapéutico después de este Congreso.

De allí surgieron intervencionistas irreductibles como Pasquali, Maragliano y Bossi en Italia; Hamburger, Breuner, y Schauta en Alemania; los eclécticos, que contemporizaron y exigieron determinadas condiciones para intervenir, cuyo capitán fue en Francia el Profesor Bar, seguido por la casi totalidad de sus alumnos y por buen número de extranjeros.

Pero a ellos se opusieron los no-intervencionistas, encabezados por Couvelaire, Hergort y Rist en Francia, quienes sostuvieron que: la interrupción no beneficiaba a los casos benignos, porque no la necesitaban ya que ellos sin perjuicio podían llevar la gestación hasta el fin y tampoco era útil en los casos graves porque no era capaz de prolongar la vida de la madre y en cambio sacrificaba la del hijo que podría sobrevivirla, como lo anotaba Dumarest; que tal proceder es peligroso para la madre ya que puede espolear la enfermedad como el parto mismo, afirmaba con gran acierto Rist; se demostró que con el neumotórax y un régimen dietético e higiénico adecuado, la gestante se beneficia notoriamente y puede sin mayor peligro soportar el embarazo.

León Beruard y Debre en Francia y Clement en Suiza, fueron los adalides del derecho a la vida que tiene el hijo, quien en la generalidad de los casos nacerá sano.

Stoekel, a pesar de que en su obra expone en detalle un sinnúmero de indicaciones, quizá olvidándose de ellas, dice: "se ha de afirmar de un modo terminante, que en principio ninguna complicación del embarazo justifica la interrupción y que fundamentalmente lo correcto es tratar tales complicaciones conservando la gestación".

Seitz, en la obra de Doderlein, observa: "es posible que, por la experiencia ulterior del tratamiento en los Sanatorios de enfermeda-

des pulmonares, la indicación del aborto artificial se limite mas en el porvenir”.

Los adelantos realizados en los últimos quince años en el tratamiento de la peste blanca, representados por las adquisiciones en los campos de la antibioterapia, de la quimioterapia y de la cirugía del tórax, nos permiten afirmar que hoy no se justifica el aborto en ningún caso de bacilosis.

Keith P. Russell, al analizar la estadística de las interrupciones realizadas en el County Hospital de Los Angeles, halló que de un 60% de abortos que se practicaban años atrás con el pretexto de lesiones pulmonares, hubo una disminución de 1 por cada 106 partos en 1931, a 1 por 2864 en el período de 1946 a 1949; y de 1 por 8.383 en 1950.

En el largo recorrido de una activa práctica obstétrica a que he estado dedicado desde 1920, no he tenido que recurrir a tal procedimiento en ningún caso y he tenido oportunidad de atender a varias de estas pacientes en dos o tres gestaciones sin que hayan sufrido mayor mengua en su salud, con excepción de una que tuvo lesiones laringeas, a pesar de las cuales sobrevivió cinco años a su último parto.

Después de la tuberculosis pulmonar, fueron las afecciones cardio-vasculares las que ocuparon un extendido campo de aplicación de tal clase de operaciones.

A mediados del siglo pasado un brillante clínico francés, Peter, de quien dice Jensen que aprovechando su genio literario y su facilidad de expresión gustaba de acuñar frases y crear aforismos, lanzó primero el que dice: “doncella no te cases, mujer no tengas hijos, madre no amamantes” refiriéndose a mujeres con lesiones valvulares; y más tarde creó la famosa denominación de los “Accidentes grávidocardiacos”; frases que rodaron con fortuna heredada del prestigio de su autor y que orientaron por mucho tiempo la conducta obstétrica de los parteros franceses; pues solo a fines del siglo hubo quienes, como Pinard, Jacoud, Vinay, Huchard y después Vásquez, se atrevieran a criticar el axioma de Peter.

En los primeros decenios del actual, se generalizó esta reacción encabezada en Alemania por Fellner, en Italia por Acconci y en Norte América por Mackenzie, especialmente después del Congreso de Washington, reunido en 1913.

En un principio las advertencias y condenaciones de Peter se referían solamente a las lesiones valvulares; pero, como había ocurri-

do con el aparato respiratorio, en el transcurso de pocos años se extendieron a las lesiones arteriales y aún venosas.

En realidad, si bien muy ingenioso y diciente el nombre dado a los desfallecimientos cardíacos ocurridos durante la gestación por el clínico francés, no se ve la necesidad de conservarlo ya que los llamados "accidentes grávido-cardíacos" no son específicos de la embarazada, ni fisiopatológicamente son distintos de los que ocurren en cardíacas no gestantes; la conservación de tal designación se presta a crear y conservar el error de que existe un grupo de complicaciones cardio vasculares exclusivas de las cardíacas en estado de gravidez.

Pero volviendo al tema a que debemos limitarnos, hallamos en primer lugar que el estudio del miocardio y del sistema arterial quitaron toda su verdad al axioma de Peter, ya que salvo en muy raras circunstancias en mujeres jóvenes tales lesiones no autorizan a desaconsejar el matrimonio y de manera análoga, tampoco contra-indican el embarazo.

Con respecto a las lesiones valvulares se ha llegado a la conclusión de que no es estado mismo de la válvula el que gobierna la gravedad de la enfermedad y fundamenta el pronóstico, sino que mayor importancia tiene el estado anatómico y funcional del miocardio; y dado que hoy, en manos de un cardiólogo experto, es tarea relativamente sencilla el estimular, moderar o reforzar la acción del músculo cardíaco y contando con la ayuda de cirujano adiestrado en cirugía valvular, hay muchas lesiones, especialmente las congénitas, que pueden corregirse de manera definitiva, se ve que la interrupción de la gestación no tiene aplicación en esta clase de afecciones.

Ya en el Congreso de ginecólogos alemanes reunidos en Halle en 1913, Fromme anotó el desastroso resultado del aborto realizado en mujeres cardiopatas que, sobre un grupo de 101 casos estudiados, dio un 40% de mortalidad materna, resultado que sin duda fue consecuencia de la falta de estudio y de exacto conocimiento del conflicto que se quería resolver.

Por eso White, astro de primera magnitud entre los cardiólogos de este siglo, en 1930, decía: "Creo que cuanto mejor se conozca el corazón lisiado, cuanto más hayan sido los desórdenes circulatorios orgánicos y funcionales que hayamos tratado y más vivamente se sienta la responsabilidad tanto por la madre, como por el hijo, con menos frecuencia se considerará la posibilidad de interrumpir la gestación antes de su término completo"; en el concepto transcrito salta a la vista que este cardiólogo no sólo excluye la necesidad del abor-

to, sino que considera excepcional la indicación del parto prematuro, concepto en todos sus términos concordante con lo que la experiencia enseña a quienes hemos trajinado por los vericuetos de la práctica obstétrica.

Con respecto a las miocarditis escribe Jensen: "No hay hechos evidentes que justifiquen la interrupción del embarazo por la miocarditis simple, ni tampoco por la endocarditis aguda. Estos estados requieren un tratamiento cuidadoso y una estrecha vigilancia, pero no la interrupción.

Así en el período prenatal es indispensable una vigilancia muy frecuente no solo por el obstetra, sino que éste debe asociarse a un cardiólogo muy diestro y autorizado que se encargue especialmente del cuidado del aparato cardio-vascular de la paciente, recordando la observación de White: "Siendo lo que es la fragilidad humana, para obtener buen éxito se requiere que el médico no solo dé las indicaciones del tratamiento, sino que les dé el énfasis necesario para que se cumplan".

Mediante la adopción de esta manera de proceder no solo serán muchas las madres cardiopatas que hayamos de salvar de la muerte, sino muchos los niños sanos cuya vida hemos protegido.

La hiperemesis gravídica o enfermedad emetizante de Couvelair fue otra de las afecciones en que se preconizó el empleo del aborto terapéutico, pero esta complicación, que no era muy frecuente, hoy, mediante los adelantos terapéuticos (hormonales, psico-somáticos, dietéticos, etc.), prácticamente ha desaparecido y con ella la indicación aconsejada.

En las afecciones del riñón jamás se presenta la necesidad de tal operación, ya que, en un gran número de casos aplicando extremados cuidados, se logra llevar el embarazo hasta su término o al menos hasta la viabilidad de la criatura; y los restantes, que sufren una agravación irreductible durante él, terminan de ordinario en el aborto espontáneo, por muerte del embrión, después de lo cual la afección inicial mejora.

Cosa igual acontece con las indicaciones relativas a afecciones nerviosas y mentales, a lesiones hepáticas, a afecciones de la sangre y a muchas otras que, como los vicios de conformación de la pelvis ya han sido olvidadas, porque son innecesarias y no tienen ninguna justificación.

Ni aún en los casos de tumores malignos del útero vale la pena de mencionar la posibilidad de su aplicación: pues en las lesiones cor-

porales no es posible el embarazo y en los cánceres del cuello no hay necesidad de evacuar la matriz, sino que se debe aplicar los tratamientos actinoterápicos o quirúrgicos que estén indicados, cuando la lesión se descubra en el primer trimestre de la gestación, caso explícitamente contemplado y resuelto por los tratadistas católicos de Deontología médica.

Cuando el diagnóstico se haga en el segundo trimestre, puede recurrirse a la radioterapia sin olvidarse de la influencia que pueda tener sobre la conformación de la criatura; a contemporizar hasta que, cumplido el 7º mes, se intervenga por operación cesárea para obtener un niño vivo y luego emprender el tratamiento de la lesión.

A este respecto cabe recordar el muy interesante caso presentado al Congreso de Obstetricia y Ginecología, reunido en Buenos Aires en 1946, por el Profesor Infantozzi, de Montevideo: una mujer joven, en el 6º mes de la gestación, llegó al servicio de Maternidad a su cargo y al examinarla encontró una lesión cervical, que el patólogo del Hospital confirmó como un epiteloma; dada la extensión del tumor y las hemorragias que venía padeciendo la enferma, solicitó la opinión del Radioterapeuta quien conceptuó que el único recurso de que podía valerse para tratar de conjurar el peligro de una muerte segura de la mujer a consecuencia de la anemia que día a día aumentaba a pesar de las repetidas transfusiones de sangre, era la radioterapia local aún a riesgo de los peligros que ella tenía para el feto; se hizo el tratamiento tal como él lo ordenó, el cual tuvo un resultado plenamente satisfactorio ya que suspendió la hemorragia, redujo el tamaño del tumor y permitió una recuperación muy grande en el estado general de la enferma, quien llevó el embarazo hasta el término y fue operada por cesárea; como única lesión el niño tenía una alopecia completa de la mayor parte de la cabeza, dejándole tan solo un cerquillo, por lo cual el Profesor lo llamaba "El San Antonio"; en el resto de sus órganos y aparatos era perfectamente normal.

Hace relativamente pocos años surgió una nueva indicación para la interrupción precoz del estado de gravidez, y esta fue la otoesclerosis.

Se afirmaba por algunos especialistas en otología que el embarazo agravaba la marcha de la esclerosis y con una tranquilidad que asombra equiparaban la vida de un hijo con la sordera de su madre y no vacilaban en aconsejar el sacrificio de la primera para retardar el progreso de la última, no para curarla.

Allen, de la Universidad de Illinois, al estudiar este tema en

enero de 1945, advertía que antes de practicar el aborto terapéutico debiera informarse a la mujer que la otosclerosis progresa aun sin el embarazo. Por otra parte Barton, en octubre del mismo año, al comentar una estadística de 133 casos, afirma de manera categórica que el aborto jamás está justificado en la otosclerosis, por las siguientes razones: 1º porque la acción del embarazo sobre esta afección es muy variable; 2º porque los resultados del aborto no siempre son favorables 3º porque esta afección no compromete la vida de la madre; 4º porque este tipo de sordera puede aliviarse grandemente con el empleo de modernos aparatos para ayudar a oír y se beneficia mucho con las nuevas operaciones quirúrgicas ideadas para su tratamiento.

La consideración de las razones expuestas en esta ya larga exposición, así como la evidencia de los hechos comprobados por la estadística nos llevan a concluir que el llamado aborto terapéutico no tiene hoy aplicación ninguna y que por tanto debe desaparecer de la terminología médica y pasar con el unguento de la Madre Tecla, con la Triaca y con tantas otras panaceas, al rincón de los museos, en donde se muestra aquello que en alguna época de la historia médica se creyó útil y verdadero, pero que el correr de los años, el aguzar de la inteligencia y el despertar de la conciencia han mostrado que eran errores nefastos para el bienestar físico y moral de la humanidad.

BIBLIOGRAFIA

- Ribemont-Desaigne et Lepage.-Traite d'Obstetric- Some edition- 1923.
Doderlein.- Tratado de Obstetricia (Traducción española)- Tomo II-1924.
Dubrissay et Jeannin.- Precis d'Acouchement -6 eme. edition - 1924.
Wallich et Levy-Solal.- Elements d'Obstetric - 5 eme. edition - 1927.
Brindeau.- La pratique de l'art des acouchements - 4 eme. edition - vol. II 1927.
Castiglioni.- Histoire de la Medecin - 1931.
Devraigne.- La Pratique Obstetricale - 1935.
Jensen.- The Heart in Pregnancy - 1938.
G. Clement.- Le Droit de l'Enfant a naitre - 3 eme. edition.
Stander.- Textbook of Obstetrics - 3erd. edition - 1945.
Stoekel.- Tratado de Obstetricia - 3 edición española - 1945.
Fabre.- Obstetrice - 9 eme. edition - 1945.
Davis.- Gynecology and Obstetrics - vol. I-cap. X - 1945.
Greenhill.- Year book of Obsterics - 1945.
Allen.- American Journal of Obstetrics and Gynecology - January 1945.
Barto.- New England Medical Journal - October 1945.
De Lee and Greenhill.- Principles and Practice of Obstetrics -9th. edition 1947.
M. L. Pérez.- Clínica obstétrica (compendio)-1ª edición - 1949.
Dexeus-Font.- Tratado de Obstetricia - Tomo II - 1949.
Greenhill.- Year book of Obstetrics and Gynecology 1 1953-54.
Lull and Kimbrough.- Obstetricia clínica (edición española) - 1954.

**PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DR. ORIOL ARANGO EN LA SESION
SOLEMNE CON MOTIVO DEL ANIVERSARIO DE LA FUNDACION
DE LA ACADEMIA**

Señores Académicos, Señores Invitados:

Como Presidente de la Academia de Medicina de Medellín registramos complacidos la presencia en este recinto de destacadas personalidades quienes sin pertenecer a la Corporación, han aceptado nuestra invitación para asistir a la sesión del día, en la cual el ponente Profesor José del Carmen Acosta tratará un tema de capital importancia no solamente para la profesión médica, sino para quienes tienen a su cargo la conducción moral de la ciudadanía en general. A ellos damos la bienvenida.

Hace exactamente sesenta y nueve años, se reunieron los más destacados médicos del Departamento de Antioquia con el fin de fundar un organismo médico de carácter científico, reunión que culminó con la creación de la Academia de Medicina de Medellín. Con motivo de esta augusta efemérides nos congregamos esta tarde en Sesión Solemne para rendir tributo de admiración y aprecio a nuestros cofrades desaparecidos, a cuyo entusiasmo y dinamismo debemos el tener esta docta Corporación, que es orgullo no solamente de Antioquia sino de la Patria entera. A ella han pertenecido las más destacadas figuras del Cuerpo Médico del país y del exterior y el grupo que hoy la compone hace honor a la misma.

En esta solemne ocasión debemos manifestar nuestra inquebrantable voluntad de trabajar ahincadamente por el adelanto de nuestra Academia y reafirmar nuestro deseo de hacer de ella la primera del país. Solamente así corresponderemos a los esfuerzos y aspiraciones de quienes tuvieron la visión de fundar esta Institución y nos colocaremos a la altura de aquellos que en el pasado le dieron brillo y cuya memoria evocamos con veneración.

Hace algún tiempo nuestro compañero de Academia, el insigne profesor Alonso Restrepo Moreno, solicitó a la Corporación la colocación en el recinto de sesiones, de un medallón con la efigie de nuestro Libertador Simón Bolívar y la confección del tricolor nacional,

así como de la bandera Académica para la misma. Es para mí motivo de satisfacción personal poder llenar los deseos de tan caro amigo y dar cumplimiento a un mandato de la Corporación.

El Profesor Restrepo Moreno tenía razón al reclamar en este recinto la efigie de nuestro Libertador, el más grande hombre no solamente de la Gran Colombia, sino de América toda. La anterior es razón sobrada para que hoy rindamos tributo de admiración al genio de América. Mas vale destacar el hecho de que nuestro Libertador influyó hasta cierto punto, aun cuando en forma indirecta, en la fundación de esta Academia.

En efecto se nos ocurre citar aquí algunos apartes del interesante trabajo que sobre la Universidad de Antioquia escribiera nuestro Académico el Maestro Emilio Robledo. "Fue así como el Libertador Presidente dictó el Decreto de 25 de octubre, haciendo cesar la concesión que había hecho al Colegio de Medellín para cursar en él estudios de Jurisprudencia. En dicho Decreto se decía que si con la supresión de esas cátedras quedaba algún sobrante en las rentas del Colegio, se emplearía en la enseñanza de las ciencias naturales" que sean más útiles para la masa general de los pueblos y para perfeccionar su industria y aumentar su riqueza, consultando las diferentes localidades".

Como nos lo relata el historiador, quien primero se preocupó por la enseñanza de las ciencias naturales, que más tarde culminaron con la enseñanza de la Medicina, a raíz de la cual se crearon las Academias, fue nuestro Libertador Simón Bolívar.

Con emoción descubrimos el Medallón de bronce en donde nuestro discutido escultor Betancur fundió la efigie del Padre de la Patria.

Para dar cumplimiento a otro mandato de la Corporación, hacemos entrega oficial del tricolor nacional y de la Bandera Académica, dos verdaderas obras de arte, confeccionadas por las suaves manos de santas religiosas.

La Directiva de la Academia ha querido rendir una vez más homenaje a su máximo hijo el Maestro Emilio Robledo y para ello ha decidido nombrarlo Presidente Honorario Vitalicio, nombramiento que esperamos ver respaldado por el aplauso de la Academia en pleno a quien es honra y gloria de la profesión médica y de las letras en el mundo entero y ejemplo digno de toda imitación.

Tratándose de celebrar el aniversario de fundación de la Academia, nada más justo que ella rindiera su tributo a quien fue su fundador y primer Presidente. Por ello fue aprobado en sesión anterior,

la creación de la condecoración, Bodas de Plata Académicas, Medalla Manuel Uribe Angel, para ser otorgada a aquellos Académicos que cumplan 25 años de servicio activo. Con gran satisfacción podemos anunciaros que esta honrosa condecoración ha sido concedida a los doctores, Agustín Piedrahita y Jesús Peláez Botero, a quienes les será impuesta oportunamente. Al felicitarlos, los excitamos a seguir laborando por el adelanto de nuestra Academia.

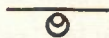
Para terminar, cedemos la palabra al Profesor José del Carmen Acosta, destacada personalidad de nuestro mundo médico y de todos conocido, razón por la cual no necesita presentación.

En nombre de la Academia de Medicina de Medellín damos los más sinceros agradecimientos al Profesor Acosta por honrarnos con su presencia en esta solemnidad y habernos aceptado la invitación a hacerse cargo de la ponencia de la sesión de aniversario.

Finalmente nos complacemos en manifestarle al Profesor Acosta que esta Corporación teniendo en cuenta sus múltiples méritos personales y profesionales lo ha hecho Miembro Honorario de ella.

Con ustedes el Profesor Acosta.

Medellín, julio 11 de 1956.



PALABRAS DEL DR. EMILIO ROBLEDO CON MOTIVO DE LA CELEBRACION DEL SEXAGESIMO NONO ANIVERSARIO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

Señor Presidente de la Academia, Señor Decano de la Escuela de Medicina, Señor Profesor José del Carmen Acosta, Señores ex-Decanos, Señores:

Al invitarme a celebrar con vosotros en forma activa el sexagésimo nono aniversario de la fundación de la Academia de Medicina, y al otorgarme de manera tan espontánea el honroso título de Presidente Honorario de ella, me habéis hecho una alta distinción y causado una grande alegría. Porque me habéis considerado digno de presidiros y de asociarme a vuestras labores; y porque me ofrecéis la oportunidad de participar en los nobles esparcimientos de la inteligencia y en las grandes evocaciones del pasado.

A diferencia de aquellos jóvenes que en la fábula de Lafontaine dan vayas al octogenario que planta un árbol cuyos frutos y sombra él mismo no disfrutará nunca, vosotros, más indulgentes, me habéis invitado no "a abandonar la esperanza y los grandes pensamientos" propios de los jóvenes, sino a ser escuchado por vosotros. Sin duda habéis caído en la cuenta que al mezclarme con los médicos jóvenes y aplaudir sus triunfos busco, cierto una defensa a mis cansados años, pues me siento rejuvenecer, la fatiga se aleja de mí, a lo menos **pro tempore** y la luz vuelve a iluminar mi apagada inteligencia.

Y si a lo anterior se agrega que habéis asociado la conmemoración de esta efemérides con la honorificación del Padre de la Patria y de varios de nuestros académicos, y con la presencia en este momento de uno de los profesores más emientes del país, quien nos ha ilustrado con el esclarecimiento de un punto delicadísimo que se relaciona con la deontología médica, . . . hay razón para alegrarnos y para señalar este día como una de las fechas blancas de la Academia.

Para honrar al Libertador nunca faltarán motivos; porque la vida de los grandes hombres es siempre fecunda en los más variados temas. Si no bastara la participación directa que tuvo nuestro héroe en los orígenes de los estudios de las ciencias auxiliares de la medicina entre nosotros, como tan oportunamente acaba de recordarlo el señor Presidente, podía invocarse el aniversario del Congreso de Panamá que se preparan a conmemorar los presidentes de todas las repúblicas del mundo de Colón.

Desde 1811, que es decir, cuando se hallaba en Londres en mi-

sión diplomática con don Andrés Bello y López Méndez, ya escribía lo siguiente en relación con lo que había de realizarse en 1826" . . . "Tampoco descuidarán invitar a todos los pueblos de América que se unan en confederación. Dichos pueblos, preparados ya para el proyecto, seguirán presurosos el ejemplo de Caracas".

En la carta profética de Jamaica de 1815, vuelve sobre el tema de la confederación continental: "¡¡¡Qué bello sería —exclama en la forma grandilocuente de su estilo— que el istmo de Panamá fuese para nosotros lo que el de Corinto para los griegos!. Ojalá que algún día tengamos la fortuna de instalar allí un augusto Congreso de los representantes de las repúblicas, reinos e imperios, a tratar y discutir sobre los altos intereses de la paz y de la guerra con las naciones de las otras tres partes del mundo. Esta especie de Corporación podrá tener lugar en alguna época dichosa de nuestra regeneración; otra esperanza es infundada, semejante a la del Abate Saint Pierre que concibió el laudable delirio de reunir un congreso europeo para decidir de la suerte de los intereses de aquellas naciones".

Hoy podemos decir sin hipérbole, que el Continente americano se orienta guiado por las ideas geniales de nuestro Gran Libertador.

Considero un gran estímulo para las academias numerarias la Condecoración que ha creado la Academia para otorgarla a los que han concurrido a sus sesiones durante veinticinco años. Hoy vemos con gran complacencia condecorado a los doctores Jesús Peláez Botero y Agustín Piedrahita quienes son acreedores a dicha condecoración no solo por celebrar las Bodas de plata de académicos sino porque como profesores han mantenido en alto el prestigio de nuestra Escuela médica y sembrado en sus discípulos enseñanzas perdurables en ciencia y en virtudes profesoras. Reciban ellos las congratulaciones de quien asiste a las reuniones de la Corporación por el placer de renovar sus ideas y de aplaudir a quienes siendo ayer sus discípulos, hoy aprende de ellos los últimos progresos de la medicina, para que se cumpla el bello símil de Lucrecio: "**et quasi cursores vitae, lampada tradunt**: Como los antiguos corredores se transmiten unos a otros la antorcha de la vida.

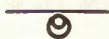
Señor doctor Acosta: el tema que habéis dilucidado es de la mayor actualidad no obstante haber sido de los más antiguos en ser debatidos desde el paganismo. El padre de la Medicina lo consignó en su juramento; y desde los primeros Concilios de la Cristiandad se legisló con interés para execrar el aborto, hasta el sapientísimo Pontífice actual, quien hace poco decía a los médicos italianos al tratar de

la intangibilidad de la vida humana: " El quinto mandamiento, non homicidium faciés" (no matarás), esta síntesis de los deberes que se refieren a la vida y a la integridad del cuerpo humano, es fecundo en enseñanzas, tanto para el que sube a una cátedra universitaria como para el médico que ejercita su profesión. Hasta que un hombre se hace culpable, su vida es intangible, y, por consiguiente, es ilícito todo acto que tiende directamente a destruirlo, ya se entienda la destrucción como fin o solamente como medio para un fin, ya se trate de vida embrional o en su pleno desarrollo, o llegada finalmente al término, que de la vida de un hombre que no es reo con la pena de muerte solamente es dueño Dios. El médico no tiene derecho a disponer de la vida del niño o de la madre. Nadie en el mundo, ninguna persona privada, ningún poder humano puede autorizarle a su directa destrucción. Su oficio no es destruir la vida, sino salvarla. Principios fundamentales e inmutables que la Iglesia, en el curso de los últimos decenios se ha visto en la necesidad de proclamar repetidamente con toda claridad contra las opiniones y los métodos opuestos. En las resoluciones y en los decretos del magisterio eclesiástico, el médico católico encuentra, por lo que a éste se refiere, una guía segura para su juicio teórico y para su conducta práctica".

Los señores tocólogos en especial que han escuchado al señor profesor Acosta, se habrán convencido de la rotundidad de quien ha pasado la mayor parte de su vida médica al servicio de la obtetricia y la ginecología, con una pulcritud manual y de conciencia reconocida por la sociedad y por varias generaciones médicas a quienes ha servido de guía y paradigma. La expresión **aborto terapéutico** es un ente de razón que debe desaparecer del léxico de todo médico en general y del médico católico específicamente.

El ha recordado a estudiantes y médicos la actitud concreta que una sana sicología y la caridad cristiana les imponen de acuerdo con las inmutables de la Iglesia católica, quien invariablemente puede exclamar como el rey que arengaba a sus ejércitos: "Cuando perdáis vuestra bandera, guiaoos por mi penacho blanco el cual hallaréis siempre en el camino del honor y del deber".

Medellín, julio 11 de 1956.



ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 55

Mes de Agosto de 1956

L U N E S :

Julio 30:

El Lunes 30 de Julio, tal como se había anunciado en el Boletín de este mes, el Dr. Alton Ochsner, Jefe de la Cátedra de Cirugía de la Universidad de Tulane, New Orleans, inició sus actividades sobre el Curso de Cirugía, así:

7 a.m.

Clase por grupos al "Staff" de la Cátedra de Cirugía.

8 a.m.

Operación de "CANCER DEL PULMON".

11 a.m.

Conferencia en el auditorio de la Facultad sobre "ULCERA PEPTICA".

6 a.m.

Conferencia en el auditorio sobre "LESIONES ULCE-ROSAS DEL ESTOMAGO".

Agosto 13.

8 a.m.

CURSO DE MEDICINA INTERNA a cargo del Dr. Robert J. Bolt, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan, quien se halla entre nosotros en cumplimiento del intercambio de profesores entre esa y esta Universidad. También los Lunes 20 y 27, en el auditorio.

„ 13.

8 a.m.

Tema: HIGADO Y BAZO. HEPATITIS PARENQUIMATOSA.

„ 20.

8 a.m.

Tema: ESTOMAGO. ULCERA GASTRICA Y CARCINOMA.

„ 27.

8 a.m.

Tema: ESTOMAGO E INTESTINO DELGADO. CARDIOESPASMO PRIMARIO Y SECUNDARIO.

3. de Spbre.

Tema: PANCREAS Y COLON. CARCINOMA PANCREATICO.

SEMINARIOS DE MEDICINA PREVENTIVA, dirigidos por el Profesor de la Cátedra Dr. Héctor Abad Gómez, los días 6, 13, 20 y 27, así:

6.

4 p.m.

Ponentes: Sres. Wildebaldo Arcila y William González.

Asesores: Dres. Benjamín Mejía Cálad y Ramón Córdoba. **Tema** PREMATUROS. SU INCIDENCIA EN DIFERENTES GRUPOS SOCIALES. CAUSAS DE PREMATUREZ. CUIDADO DE LOS PREMATUROS.

13. 4 p.m.

Ponentes: Sres. Darío Pineda y José Forero. **Asesores:** Dres. Benjamín Mejía Cálad y Luis Germán Arbeláez. **Tema:** EDUCACION Y MANEJO DEL NIÑO DE 1 a 5 AÑOS.

20. 4 p.m.

Ponentes: Srtas. Ana Agudelo y Helena Vélez. **Tema:** PROBLEMAS ESCOLARES ENTRE 10 y 14 AÑOS.

27. 4 p.m.

Ponentes: Sres. Daniel Hincapié y Julio Vélez. **Tema:** CAUSAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD INFANTIL MAS FRECUENTES ENTRE NOSOTROS.

MARTES: 7 a.m.

Julio 31.

CURSO DE CIRUGIA A CARGO DEL Dr. OCHSNER: Conferencia sobre "TUMORES" a todo el personal de Profesores y de alumnos de la Cátedra de Cirugía General.

8 a.m.

Operación de "COLECISTECTOMIA".

11 a.m.

Conferencia en el auditorio sobre "CANCER DEL TIROIDES".

6 a.m.

Conferencia en el auditorio sobre "COLECISTITIS AGUDA".

Agosto 14. 21 y 28.

A las 8 a.m. en el auditorio. CURSO DE MEDICINA INTERNA: Dr. R. Bolt.

„ 14. 8 a.m.

HEPATITIS A VIRUS. INFECCION POR SUERO. TRATAMIENTO Y PROGNOSIS.

„ 21. 8 a.m.

ULCERA DUODENAL.

„ 28. 8 a.m.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA. SINDROMES Y POST-GASTRECTOMIA.

MARTES:

Agosto 1 8 a.m.

CURSO DE MEDICINA INTERNA: Dr. R. Bolt. en el auditorio. **Tema:** COLITIS ULCERATIVA. DIVERTICULITIS Y POLIPOSIS.

Agosto 14 y 21. 1:15

- p.m. Reunión del "Staff" de Policlínica en este mismo lugar.
- „ 14. 4 p.m. Seminarios de Medicina Preventiva el 14, 21 y 28, así:
Ponentes: Sres. Carlos Julio Henao y Baltazar Vital.
Tema: CONDICIONES Y PROBLEMAS DEL NIÑO AL ENTRAR A LA ESCUELA. ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR DE UN GRUPO DE ESCOLARES.
- „ 21. 4 p.m. **Ponentes:** Sres. Alejandro Gómez y Arnulfo Agudelo.
Tema: PROBLEMAS ESCOLARES EN MAYORES DE 14 AÑOS.
- „ 28. 4 p.m. **Ponentes:** Srta. Gloria Giraldo y Sr. Gustavo Isaza.
Tema: INMUNIZACIONES ENTRE NOSOTROS.
- „ 14, 21 y 28. **A las 6 p.m.** Conferencia de Radiodiagnóstico en el aula Miguel M^o Calle. Discusión de casos importantes tanto del Hospital de San Vicente como de los Radiólogos de la ciudad. A estas conferencias se invita a los Sres. Médicos de la ciudad y especialmente a los Internos del Hospital.

MIERCOLES 1. 7 a.m.

- CURSO DE CIRUGIA A CARGO DEL DR. OCHSNER:**
Clase por secciones al "Staff" de Cirugía.
- 8 a.m. Operaciones practicadas por los Miembros del "Staff".
- 11 a.m. Conferencias en el auditorio de la Facultad sobre "Trombosis venosa".
- 6 p.m. Conferencia en la Academia de Medicina sobre "CANCER DEL PULMON".
- „ 8, 22 y 29. **A las 8 a.m.** Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- „ 8, 22 y 29. **A la 1:00 p.m.** Conferencia sobre las autopsias ocurridas durante la semana en el Instituto de Anatomía Patológica. Presentación de material fresco y discusiones anatomoclínicas.
- „ 1, 8, 22 y 29. **A las 4 p.m.** SEMINARIOS DE MEDICINA PREVENTIVA, ASI:
- „ 10. 4 p.m. **Ponentes:** Sres. Fernando Restrepo y Darío Vásquez T.
Asesores: Dres. Benjamín Cálad y Benicio Gaviria G.
Tema: CUIDADOS PRENATALES NECESARIOS PA-

RA LA MADRE Y SU FUTURO HIJO. FORMA Y PROPORCION EN QUE ESTOS CUIDADOS SE PRESTAN ENTRE NOSOTROS. ESTUDIO-SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR DE UN CASO PRENATAL.

„ 8. 4 p.m.

Ponentes: Sres. Corlos Tulio Gómez y Blas Montoya. **Asesores:** Dres. Benjamín Mejía Cálad y Jaime Jaramillo. **Tema:** CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO NORMAL HASTA UN AÑO. SU ALIMENTACION.

„ 22. 4 p.m.

Ponentes: Sres. Jaime Casas y Roberto Díez. **Tema:** PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN EL GRUPO ESCOLAR.

„ 29. 4 p.m.

Ponentes: Sres. Enrique Martínez y Darío Franco. **Tema:** TOS FERINA Y DIFTERIA ENTRE NOSOTROS.

„ 8. y 22.

A las 6 p.m. Reunión de la Academia de Medicina de Medellín, así:

„ 8. 6 p.m.

Ponente: Dr. Ernesto Bustamante Zuleta. **Tema:** HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS ESPONTANEAS.

„ 22. 6 p.m.

Ponente: Dr. Robert J. Bolt **Tema:** ENCEFALITIS POSTO-SISTEMICA.

„ 15. 22 y 29.

A las 6 p.m. CONFERENCIAS DE CIRUGIA GASTROENTEROLOGIA en el Aulo Braulio Mejía.

JUEVES 2. 7 a.m.

CURSO DE CIRUGIA A CARGO DEL DR. OCHSNER. Reunión de Patología Quirúrgica.

8 a.m.

Operación de "CANCER DEL ESTOMAGO".

11 a.m.

Conferencia en el auditorio. **Tema:** SINDROME POST-FLEBITICO.

6 p.m.

Conferencia en el auditorio. Proyección de la película del Dr. Ochsner sobre OPERACION SOBRE SIAMES.

„ 9, 16, 23 y 30.

CURSO DE MEDICINA INTERNA A CARGO DEL DR. BOLT, ASI:

„ 9. 8 a.m.

CLASIFICACION CLINICA DE LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO (Intrínseca y Extrínseca).

„ 16. 8 a.m.

HEPATITIS COLANGIOLITICA. Aguda y crónica. Primaria y Secundaria.

- „ 23. 8 a.m.
CITONOMIA GASTRICA.
- „ 30. 8 a.m.
ENTERITIS REGIONAL.
- Sepbre. 6. 8 a.m.
CARCINOMIA DEL COLON Y MEGACOLON.
- JUEVES 9 y 23. 9 a.m.
SEMINARIO DE PSIQUIATRIA dirigido por el Dr. Pablo Pérez Upegui, Así: **Ponente:** Dr. Héctor Ortega. **Tema:** “ESQUIZOFRENIA”.
23. 9 a.m.
Ponente: Sr. Héctor Alviar. **Tema:** “PAVLOW Y PSIQUIATRIA RUSA”. Ambos seminarios se efectuarán en el auditorio de la Facultad.
- „ 2, 9, 16, 23 y 30.
A las 10 a.m. Reunión de Clínica Pediátrica.
A las 4 p.m. SEMINARIOS DE MEDICINA PREVENTIVA, ASI:
- „ 9. 4 p.m.
Ponentes: Sres. Santiago Vélez y Jaime Marín. **Asesores:** Dres. Benjamín Mejía Calad y Jaime Jaramillo.
- „ 16. 4 p.m.
Ponentes: Sres. Rodrigo Ramírez y Ernesto López. **Tema:** PROMOCION DE LA SALUD EN EL GRUPO ESCOLAR.
- „ 23. 4 p.m.
Mesa redonda con los Dres. Oscar Duque Hernández, Luis Alberto Villegas y Miguel Roberto Téllez sobre LA HIGIENE ESCOLAR EN NUESTRO MEDIO.
- „ 30. 4 p.m.
Ponentes: Sres. Santiago Uribe y Javier González. **Tema:** VIRUELA Y OTRAS ENFERMEDADES POR VIRUS ENTRE NOSOTROS.
- „ 23. 6 p.m.
SEMINARIO DE FISIOLOGIA, dirigido por el Dr. Guillermo Latorre Restrepo, profesor de la Cátedra. **Ponente:** Dr. Jario Velásquez Toro: **Tema:** ELECTROFISIOLOGIA DEL SISTEMA DE COMUNICACION DEL CORAZON. **Lugar:** Auditorio de la Facultad.
- „ 30. 6:30 p.m.
Ceremonia de Imposición de Tocas a las alumnas del Primer Curso de la Escuela de Enfermeras: 18 religiosas y 27 señoritas, en el Paraninfo de la Universidad de Antioquia.
- „ 9, 16, 23 y 30.
CONFERENCIAS DE DEFUNCIONES EN POLICLINICA, ASI:
- „ 9, 7:45 p.m.
Ponente: Dr. Ernesto Toro Ochoa. **Tema:** FISIOLOGIA

DEL ESOFAGO Y DEL ESTOMAGO.

- „ 16, 7:45 p.m.
Ponente: Dr. Alfonso Mejía Isaza. **Tema:** DROGAS DE URGENCIA. FARMACOLOGIA.
- „ 23, 7:45 p.m.
Ponente: Dr. Joseph Chandler. **Tema:** ENZIMAS EN LA TROMBOSIS CORONARIA.
- „ 30, 7:45 p.m.
Ponente: Dr. Gabriel Toro Mejía. **Tema:** COMA DIABETICO.
- „ 2, 9, 16, 23 y 30.
A las 8 p.m. Reunión del "Staff" de Anestesiología. Presentación de casos especiales. **Lugar:** Aula Braulio Mejía.

VIERNES 3. 7 a.m.

CURSO DE CIRUGIA A CARGO DEL DR. OCHSNER, ASI:

Clase conjunta al "Staff" de Cirugía.

8 a.m.

Operación de ABSCESO DEL PULMON.

11 a.m.

Exhibición de una película en el auditorio sobre "CANCER DEL ESTOMAGO".

„ 10, 17 y 24.

A las 7 a.m. CLASE CONJUNTA DE CIRUGIA. **Lugar:** 2º piso de Cirugía, así:

„ 10. 7 a.m.

Ponente: Dr. Robert Bolt. **Tema:** HIPERESPLENISMO.

„ 17. 7 a.m.

Ponente: Dr. Robert Bolt. **Tema:** ULCERA PEPTICA.

„ 24. 7 a.m.

Ponente: Dr. Robert Bolt. **Tema:** CIRROSIS.

„ 10, 17 y 24.

CURSO DE MEDICINA INTERNA A CARGO DEL DR. ROBERT J. BOLT, ASI:

„ 10. 8 a.m.

Tema: HIPERTENSION PORTAL E HIPERESPLENISMO.

„ 17. 8 a.m.

Tema: JUGO GASTRICO. Trastornos y estudio.

„ 24. 8 a.m.

Tema: Esteotorrea. Primaria y secundaria.

Septbre. 7. 8 a.m.

Tema: HALLAZGOS EN LOS CHEQUEOS DE RUTINA.

VIERNES 3, 10, 17, 24 y 31.

A las 8 a.m. Reunión de Clínica Obstétrica en Maternidad.

- „ 3, 10 17, 24 y 31.
SEMINARIOS DE MEDICINA PREVENTIVA, ASI:
- „ 3. 4 p.m.
Ponente: Sr. Mario Vahos. **Asesores:** Dres. Benjamín Cálad y Ramón Córdoba. **Tema:** RECIEN NACIDO SANO. PRESENTACION DE ESTUDIO SOCIO-FAMILIAR.
- „ 10. 4 p.m.
Ponentes: Sres. Luis Moreno y Ramiro Zúñiga. **Tema:** CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO NORMAL DE UNO A 5 AÑOS. SUS CONDICIONES SOCIO-FAMILIARES ENTRE NOSOTROS.
- „ 17. 4 p.m.
Ponentes: Sres. Rafael Agudelo y Allan Smith. **Tema:** CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS ENTRE NOSOTROS.
- „ 24. 4 p.m.
Ponentes: Sres. Jorge Duque y Horacio Zuluaga. **Tema:** PARASITOSIS INTESTINALES ENTRE NOSOTROS. SU PREVENCIÓN.
- „ 31. 4 p.m.
Tema: ESQUEMA GENERAL DE INMUNIZACIONES. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES POR ESTE METODO. VACUNA DE SALK.

VIERNES 11. 6 p.m.

Acto artística en el auditorio de la Facultad, preparado por los alumnos como homenaje a la Escuela de Enfermeras, con motivo de su traslado de la Facultad a su nuevo edificio. El programa se dará a conocer por separado.

SABADO 11 y 25. 7 a.m.

Conferencia de Patología Quirúrgica en el 2º piso del Instituto de Anatomía Patológica.

„ 18. 7 a.m.

Conferencia de Tumores en el 2º piso de Cirugía General

„ 4 11, 18 y 25.

A las 8 a.m. C. P. C. Conferencia Patológico-clínica en el auditorio de la Facultad, a cargo del Instituto de Anatomía Patológica y un servicio clínico en el auditorio de la Facultad.



INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. En el mes de Julio entraron a formar parte del personal docente de la Facultad de Medicina, por nombramiento hecho por el H. Consejo Directivo:
Dr. Alberto Betancur Arango, como Instructor de Clínica Obstétrica.
Dr. Iván Jiménez Ramírez, como Jefe de Trabajos prácticos de tiempo completo en las cátedras de Bioquímica y de Fisiología.
Dr. Manuel Montoya Tejada, como Instructor de Clínica Urológica.
Dr. Francisco Arango Londoño, como Instructor de Clínica Quirúrgica.
Dr. Mario Robledo Villegas, como Profesor Auxiliar de tiempo completo en Anatomía Patológica, a partir del 15 de Agosto del año en curso, y para hacerse cargo provisionalmente de la docencia en Histología y Embriología.
Sr. Hernán Vélez, Interno permanente en Medicina Interna, cuando termine internado.
Sr. Humberto Gómez, como Interno permanente en Clínica Quirúrgica, a la terminación de su internado.
Sr. Ivar Echeverri, Interno permanente en Clínica Organos de los sentidos, cuando termine su internado.
Sr. Eliseo Echeverri, Internado Permanente en Clínica Organos de los sentidos, a la terminación de su internado.
Sr. Germán Yepes, Interno Permanente en Clínica Obstétrica, cuando termine su internado.
Sr. Hernán Calle Vélez, Interno permanente en Clínica Obstétrica, a la terminación de su internado.
2. Durante el mes de Julio la Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía a los siguientes señores:
Dr. Guillermo Valencia Builes. **Título de la tesis:** Rupturas uterinas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital de San Vicente de 1950 a 1955.
Dr. Jorge García Cardona. **Título de la tesis:** Monografía sanitaria del Municipio de Supía — Caldas.
Dr. Jorge Uribe Montoya. **Título de la tesis:** Temas de actualidad en cirugía torácica.
3. Durante los días 18, 19, 20 y 21 de Julio se reunió en Bogotá la Sociedad Colombiana de Gastroenterología. A este VI Congreso asistieron de la Facultad de Medicina el Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de la Facultad, quien presentó como ponencia "ILEITIS REGIONAL"; el Dr. Alfredo Correa Henao, quien habló sobre "CIRROSIS Y BIOPSIA HEPATICAS". Además asistieron los Dres. Ernesto Toro Ochoa y Humberto Mejía V.
4. **Nueva sociedad nacional:** El 20 y el 21 de Julio se reunieron en Cartagena los Patólogos del país y asistieron delegaciones de Cali, Cartagena, Manizales, Bogotá y Medellín, con el fin de efectuar un Seminario de Patología en asocio del Dr. Lattes, Patólogo del Presbiterian Hospi-

tal de N. Y. y quien hace poco estuvo de visita en nuestra Facultad. Fuera de los temas científicos que se desarrollaron, se formalizó la Sociedad Colombiana de Patología y eligió la siguiente Mesa Directiva: Presidente, Prof. Dr. Alfredo Correa Henao, de Medellín; Vicepresidente, Dr. Haroldo Calvo Núñez, de Cartagena; Secretario, Dr. Oscar Duque Hernández, de Medellín; y Tesorero, Dr. Egon Litchenberger, de Bogotá. La segunda reunión se efectuará en Medellín en el mes de Marzo de 1957.

5. La Rvda. Madre Teresa del Socorro de la Presentación fue nombrada por el H. Consejo Directivo de la Universidad Sub-directora de la Escuela de Enfermeras, con destino a la Escuela de Auxiliares de Enfermería, bajo la dirección general de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia, cuya Directora es la Rvda. Hna. Arturo María.
6. El Dr. Alton Ochsner llegó a la ciudad el 28 de Julio y con todo el interés del caso inició las prácticas y conferencias sobre Cirugía en el Hospital de San Vicente de Paúl y en el auditorio de la Facultad de Medicina, las que han sido apreciadas como de especial trascendencia e importancia por todos los asistentes, que son los cirujanos profesores de la Facultad y de la ciudad y los alumnos de Clínica Quirúrgica.
7. El Dr. Oriol Arango viajó en el transcurso del mes de Julio con el fin de asistir al V Congreso de Radiología que se celebró en México y lo hizo con carácter de Delegado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
8. Como se anunció, el Dr. Robert J. Bolt, Profesor de Medicina Interna de la Universidad de Michigan se encuentra entre nosotros colaborando en el Departamento de Medicina Interna de esta Facultad, en cumplimiento del intercambio de profesores entre la Universidad de Antioquia y dicha Universidad.
9. El Dr. Ernest Carroll Faust visitó la Facultad durante los días 16, 17 y 18 del mes de Julio tal como estaba anunciado, aunque su visita fue muy corta y prometió volver en la segunda semana del mes de Agosto. El Dr. Faust se halla desempeñando en el país la misión de coordinación entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane y las Facultades de Medicina de Colombia.
10. Ya está muy próxima la terminación del edificio de la Escuela de Enfermeras para trasladarse a él y dar iniciación al Curso de Enfermeras Auxiliares. Oportunamente se dará aviso a cada una de las nuevas alumnas sobre la apertura de clases, que probablemente será el 16 de Agosto.
11. El H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia le impartió su aprobación al Plan Universitario de Acción y de Enseñanza Socio-familiar que ya tiene iniciado la Facultad de Medicina y que se iniciará

en la Facultad de Odontología y en la Escuela de Enfermeras, para extenderlo paulatinamente a todas las demás Facultades y Escuelas con que cuenta la Universidad de Antioquia y a otras de Medellín.

Con este Plan se entra a ejercer una acción más activa tanto de servicio directo al público como de enseñanza a los estudiantes sobre la realidad Colombiana, pues establece un nuevo sistema de enseñanza y de servicio directo que pondrá a los estudiantes en contacto con los problemas familiares de las clases menos favorecidas en las zonas urbanas, sub-urbanas y rurales. La Universidad de Antioquia se propone llevarlo a cabo con la colaboración de los Ministerios de Salud Pública y de Educación, y con la ayuda del Departamento de Antioquia, del Municipio de Medellín y de otras entidades, y para tal fin se establecerán tres centros de acción familiar: uno urbano, otro sub-urbano y el tercero rural, que funcionará como Hospital Regional.

Actualmente se está haciendo en la Imprenta de la Universidad una edición de este plan, para que sea conocido por todos.

12. Durante los días 27, 28 y 29 de Agosto se efectuará una reunión preliminar con Bibliotecólogos extranjeros y nacionales, con el objeto de sentar las bases definitivas para la organización de la Escuela de Bibliotecología de la Universidad de Antioquia que iniciará sus labores en la segunda semana del mes de Enero de 1957.
13. El H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia y el Sr. Rector de la misma, vivamente interesados en que en el presente año se cumplan las festividades universitarias con mayor esplendor que en los años anteriores, invitan desde ahora a los Profesores y estudiantes a concurrir a todos los actos que se programen y al mismo tiempo se permiten solicitarles cualquier sugerencia o insinuación que tengan a bien hacer sobre los actos que se deban cumplir en aquella semana, bien sean culturales, deportivos o sociales.
14. El 31 del que cursa se efectuará la ceremonia de Imposición de Tocas a las alumnas del Primer Curso de la Escuela de Enfermeras en el Paraninfo de la Universidad de Antioquia. Recibirán la Toca 18 religiosas y 27 señoritas. El acto será presidido por el Excelentísimo Sr. Joaquín García Benítez, Arzobispo de Medellín; por el Sr. Gobernador del Departamento, el Sr. Srio. de Educación, el Sr. Srio. Deptal. de lud Pública, el H. Consejo Directivo de la Universidad y el H. Consejo Consultivo de la Escuela de Enfermeras. Se invita a concurrir a este acto.
15. Del 3 al 8 de Septiembre es el tiempo hábil para que los Sres. Profesores entreguen las calificaciones de las segundas pruebas parciales que hayan realizado en las materias que tienen como duración el año lectivo.
16. La Secretaría de la Facultad está en condiciones de entregar a los aspirantes a ingresar al Primer Curso en el año 1957, la distribución de

trabajo para el mes de Enero y las normas para los exámenes de selección.

17. En el Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Medicina se efectuaron los siguientes exámenes durante el mes de Julio:

Investigaciones para B. K.	Ex. directos	62
	Cultivos	36
	Inoculaciones	13
	Total	<u>111</u>

Otras investigaciones:	Ex. directos	128
	Cultivos	13
	Cultivos entéricos	702
	Cultivos hongos, etc.	
	Pruebas sensibilidad	132
Total	<u>975</u>	

Totales: 111 + 975— 1.086. Promedio día hábil: 43.4.

En el Laboratorio Clínico del Hospital de San Vicente, fueron estos exámenes:

	SALAS	C. EXTERNA:	PENSIONADO:	TOTALES
Química sangre	2.425	203	97	a.725
Química orina	598	173	35	806
Hematología	3.342	788	90	4.220
Serologías	353	155		508
Coprológicos	503	669	22	1.194
Urgentes - Nocturnos y días feriados				375
Totales	<u>7.721</u>	<u>1.988</u>	<u>244</u>	<u>9.828</u>



INFORMACIONES SOBRE EL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL:

18. **DEPARTAMENTO DE FARMACIA:** El Dr. Rafael Montoya desempeñó el cargo de Jefe del Departamento de Farmacia por espacio de varios meses y presentó renuncia, después de realizar una magnífica labor en la reorganización de dicho Depto. Entró a reemplazarlo el Dr. Humberto Jiménez, profesional de Escuela de Farmacia de la U. de A.
19. **SEMANA PRO-HOSPITAL:** La H. Junta Directiva del Hospital decidió llevar a cabo la 2ª Semana Pro-Hospital de San Vicente del 22 al 29 de Octubre, y para el efecto nombró como Comité encargado de organizarla a un representante de la Junta, una dama de la H. Junta Femenina del Hospital, un miembro del Club Rotario y la administración del Hospital. Ya este Comité inició labores de organización de esta Semana, por medio de la cual se espera no solo dar a conocer el Hospital en todas sus partes, sino obtener fondos con destino a la continuación del Pabellón Infantil Arzobispo Cayzedo.
20. La H. Junta Directiva tomó la importantísima decisión de emprender la construcción de una Unidad de Diagnóstico sobre la calle Barranquilla, que comprenderá los siguientes departamentos: Policlínica, Consulta Externa, Rayos X, Laboratorio, Historias Clínicas y Estadística. Dicha Unidad de Diagnóstico se iniciará con la construcción de la Policlínica, cuyos planos están ya elaborados y en su mayor parte financiados. Los otros planos están actualmente en estudio.
21. La Administración del Hospital está empeñada en conseguir el equipo y la dotación para el Dpto. Quirúrgico de caridad. Se procederá a su consecución tan pronto como el Hospital esté en capacidad de apropiarse la partida necesaria.
22. Ya se han efectuado seis reuniones de todo el personal médico del Hospital, las que han resultado de máxima importancia para su correcto funcionamiento, pues en ellas se tratan problemas médicos y administrativos, se hacen recomendaciones a la H. Junta Directiva, se formulan reglamentos y se coordinan las funciones.
23. Gracias a la cooperación del Dr. Jaime Cano y del Dpto. de Ortopedia, se ha abierto un nuevo e importantísimo Dpto. de Fisioterapia, con escasos elementos y con la colaboración desinteresada y gratuita de la Sra. María Restrepo de Villaveces y de la Srta. Cecilia Santos. En este Dpto. se atienden a diario una veintena de pacientes.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Decano, Facultad de Medicina,

Universidad de Antioquia

NOTICIAS:

REGLAMENTACION DE UNIFORMES EN ENFERMERIA

Dado el interés que se tiene de colocar a la Enfermera Profesional en el sitio que le corresponde, el Departamento de Enfermería de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá se ha propuesto clasificar por categorías a todo el personal que se encuentra a cargo del cuidado de pacientes. Es muy bien conocido que existen:

1) Las enfermeras generales graduadas a quienes se exige una preparación básica bien sea de bachillerato o grado Normalista, para cursar los tres años reglamentarios de Enfermería.

2) Las Auxiliares de Enfermería Certificadas a quienes sólo se exige primero de bachillerato para cursar 15 meses en escuelas de Auxiliares de Enfermería.

3) Personal empírico que no reúne ninguno de los requisitos y que por sola orientación de las Instituciones se encuentra al cuidado de pacientes.

Encontrándose en esta forma el personal profesional confundido en las diferentes Instituciones así oficiales como particulares por el uso de uniformes similares.

Se espera que por medio de su valiosa cooperación se empiece a dar cumplimiento a una resolución que a continuación se transcribe dictada por la Escuela Superior de Higiene.

RESOLUCION NUMERO 006 DE 1955

(febrero 23)

“Por la cual se reglamenta el uso de uniformes en la enfermería”

El Director de la Escuela Superior de Higiene, en uso de sus atribuciones, y

Considerando:

Que los distintivos correspondientes a cada profesión son de uso exclusivo de la misma;

Que sólo quienes poseen títulos expedidos por las Escuelas reconocidas por el Gobierno, y que se hallen en ejercicio legal de su profesión, podrán usar uniformes propios de ésta;

Que existen uniformes y distintivos * aceptados universalmente, para uso exclusivo de quienes poseen títulos de enfermeras;

Que dichos uniformes consisten en:

Delantal blanco

Toca
Capa de enfermera
Escudo de enfermera
Zapato y media blanca.

Que no existen uniformes especiales de aceptación internacional para uso de las Auxiliares de Enfermería ni del personal empírico que se emplea en menesteres referentes al cuidado de los enfermos;

Resuelve:

Artículo Primero. - Sólo podrán usar los distintivos y uniformes de la enfermera las personas cuyo título legalmente las acredite como enfermeras.

Artículo Segundo. - Las "Auxiliares de Enfermería" y las Auxiliares empíricas, no podrán usar los distintivos pertenecientes a la enfermera. Tendrán uniforme de color gris y velo en la cabeza sin toca. Las Auxiliares empíricas usarán uniformes de color diferente al de las Auxiliares de Enfermería.

Se exceptúa el color azul que es distintivo de las estudiantes de Enfermería.

Comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá a los veintitrés días del mes de febrero de mil novecientos cincuenta y cinco.

(Fdo.) El Director de la Escuela Superior de Higiene,
Héctor Acevedo Ardila

(Fdo.) El Secretario General, *Ignacio Calderón Durán*.

(Es fiel copia).

Se acaba de clausurar el primer Seminario de Directoras de Escuelas de Auxiliares de Enfermería del que se sacó como una de sus conclusiones la de standarizar el uso de uniformes para el personal de Auxiliares de Enfermería Certificadas acordándose que sea un vestido gris claro de manga corta con puño y cuellos blancos y en la cabeza el uso de velo blanco. Para el personal empírico vestido verde claro y para empleadas de servicio el color café con leche, quedando en esta forma bien diferenciado el personal.

Este Departamento confía en la pronta realización de lo propuesto.

De Ud. muy atentamente,

Lelly Alvarez de Espitia
Coordinadora
Depto. de Enfermería.

Inés Viveros Bolaños
Jefe
Depto de Enfermería.