

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 7 — MEDELLIN, ABRIL DE 1957 — NUMERO 3

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

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

Organo de la Facultad 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. Agustín Piedrahita R.  
Presidente de la  
Academia

## REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.  
Prof. de Radiología

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. 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

Pág.

Discurso pronunciado por el Dr. Emilio Robledo el día panamericano del Médico ..... 139

## TRABAJOS ORIGINALES

Lesiones por Ascaris Lumbricoides erráticos - Dr Alfredo Correa Henao ..... 144

Parasitosis Hepatobiliares en Colombia. - Dr. Tomás Quevedo G. 154

Importancia de la coloración de Papanicolau en el diagnóstico y pronóstico de las Ginecopatías. - Dr. Fernando Cardona.....171

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD .....

Boletín N° 60..... 173

## NOTICIAS

Reglamento del Premio "Sociedad Antioqueña de Pediatría"... 181



# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

---

VOLUMEN 7 — MEDELLIN, ABRIL DE 1957 — NUMERO 3

---

## EDITORIAL

---

### DIA PANAMERICANO DEL MEDICO

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR EMILIO ROBLEDO  
EN EL AUDITORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE  
MEDELLIN EL DIA PANAMERICANO DEL MEDICO.

Sr. Presidente del Colegio Médico de Antioquia y señores médicos asociados,

Señoras, señores:

Una vez más debo agradecer al Colegio Médico de Antioquia el honor que me hace al encomendarme su vocería, en esta efemérides consagrada por la Organización de los Estados Americanos a hacer más intensas las relaciones entre los médicos y en propiciar la armonía entre la familia médica.

Tiene esta solemnidad de creación reciente, la importancia para nosotros de su origen netamente americano, y de corresponder a necesidades de orden moderno cuales son la prevención de los excesos del estatismo y la defensa de la personalidad humana. Además, ha sido costumbre ya establecida la de otorgar los lauros alcanzados por los socios en el curso del año, y la de consagrar algunas horas de la jornada a los gratos y honestos esparcimientos sociales.

Nuestro Colegio Médico, en buena hora afiliado a la Federación Médica Colombiana, ha venido cumpliendo su cometido dedicando su tiempo al estudio desinteresado y honorable de los asuntos que se le han encomendado y rindiendo los informes respectivos de acuerdo con los dictados justinianos de dar a cada uno lo que le co-

rresponde. Por de contado que en las disputas entre los hombres muy frecuentemente la razón y la justicia se hallan en una de las partes y, al ser reconocidas tras una investigación concienzuda y honesta, el dictamen suele no satisfacer a la parte no favorecida del todo, sin que ello aminore el concepto de justicia de quienes han procedido con toda consulta en el noble desempeño de árbitros.

Comprendiendo los peligros de que se ve amenazado el ejercicio de la profesión médica, los médicos jóvenes deben continuar haciendo esfuerzos perseverantes, no para organizar la resistencia sino para mantener el equilibrio y el orden en el propio campo, para salvaguardar ciertos privilegios espirituales y los intereses temporales de la medicina. Tal es la acción que procuran los sindicatos médicos, los cuales no van nunca contra el estado o las comunidades administrativas sino que han sido creados para defenderse del estatismo, que es la tendencia que exalta la plenitud del poder y la preeminencia del Estado sobre los diferentes órdenes y entidades.

Una corporación que tiene por objeto: defender los intereses profesionales de sus miembros; mantener entre dichos miembros el culto de la dignidad profesional y las obligaciones de estrecha alianza y solidaridad que les impone en sus relaciones entre sí y con los demás médicos, con los enfermos y con las diversas comunidades...; una sociedad de esa índole, repito, inspirada en principios deontológicos, no debe periclitar entre nosotros; antes bien, debe robustecerse más y más cada día para defender los intereses superiores de la medicina y, a menudo, para sustraer a los médicos mismos de la jurisdicción de los tribunales.

Ya que me habéis dispensado el honor de hablaros en esta solemnidad, vais a permitirme que lo haga de acuerdo con mi edad y mis circunstancias. Yo bien sé que no esperáis de mí lucubraciones científicas sobre cuestiones médico-quirúrgicas modernas, pues si me veis ocupar los bancos de las academias y asambleas de esa índole, es justamente para escuchar de vuestros labios las enseñanzas modernas y mantener así renovadas mis ideas y conocimientos en las ciencias que han sido objeto de mi predilección integral durante más de medio siglo. Mi tema fundamental, después de exaltar la importancia de la socialibilidad médica, es recordaros algunos principios deontológicos. "Del viejo, el consejo", enseña la paremiología española; y puesto que no tengo más que dar, permitidme que os recuerde ahora algo acerca de la actuación del Cirujano y de su responsabilidad, para lo cual habré de valerme de las sapientísimas admonicio-

nes del actual Pontífice, que como bien lo sabéis es el más alto exponente actual de la humanidad.

Ante todo, es preciso no olvidar que la persona humana no puede ser objeto de experimentación como si se tratara IN ANIMA VILE. El médico o el cirujano debe proceder conforme a principios científicos ya conocidos por él y con la debida consulta sin olvidar que "las cuestiones de orden técnico y práctico están bien lejos de agotar los argumentos y que las de orden moral y espiritual se merecen vuestra atención por la importancia capital que revisten.

"Conscientes como sois de vuestra responsabilidad, caed en la cuenta de que ella deriva del hecho dominante de esta materia: de que en el ejercicio de vuestra profesión, tenéis entre las manos, bajo vuestros instrumentos, a personas humanas cuyo cuerpo vivo es digno de todo vuestro respeto y que tienen derecho a todos vuestros cuidados. Aun cuando no esté en juego la vida misma, disponéis y lo sabéis perfectamente, de dos cosas grandes: la integridad del cuerpo humano y la misteriosa realidad del humano sufrimiento.

"En virtud de esta íntima convicción os sometéis a un estudio serio y constante, para estar cuidadosamente al corriente de los progresos en las ciencias anatómicas y biológicas, en los métodos quirúrgicos, que incesantemente se renuevan y se perfeccionan en provecho suyo, aunque a veces no sin peligro para ellos mismos. Para ello os sirven la lectura de los libros y las revistas, los congresos y conferencias, unido todo a la asiduidad de la práctica quirúrgica, en donde sacáis provecho de los resultados de vuestra propia experiencia, enriquecida por las observaciones cambiadas mutuamente con vuestros colegas.

"Pero el simple estudio teórico, aunque pueda ser intenso, no basta si no va unido a otro trabajo, perseverante y continuo también; trabajo más interior y profundo, de formación y adiestramiento verdaderamente personal en el ejercicio de vuestras facultades intelectuales, de vuestras cualidades morales y psicológicas, de vuestras aptitudes físicas, de vuestros sentidos y de vuestra suma habilidad manual. Sentís la viva necesidad de todo esto antes y después de la intervención operatoria? En qué forma?

Antes de la operación os preguntaréis. Es grave la responsabilidad de la determinación que hay que tomar?. Se han aplicado ya todos los recursos de la medicina mientras que en sí mismos podrían parecer eficaces?. Es necesaria la operación?. Qué peligros

presenta?. Y por otra parte, a qué desgracia expone si se omite? y aún, es este el momento oportuno o conviene diferirla?, o por el contrario, hay que apresurarse y actuar rápidamente?. Conviene correr los riesgos de la urgencia o los de la espera?. Qué actitud convendrá tomar al acudir a la consulta con los médicos de cabecera?. Cada uno, en efecto, tiene algo que decir; los pareceres pueden ser discordantes, sobre todo si se trata de un problema complejo, y entonces cada uno, aun sosteniendo su propia opinión, puede darse cuenta de la parte de razón que hay en las opiniones de los demás. Pero cuando todo está bien considerado, incluso el aspecto moral de la intervención, el cirujano no puede vacilar más; con todo, aun después de haber formado con conciencia y como se debe su juicio, todavía le queda una labor muy delicada que llevar a cabo. Sin duda ninguna su deber es hacer comprender la utilidad y la necesidad de la operación, así como indicar las incertidumbres que quedan muchas veces. Pero hasta qué punto debe sencillamente sugerir o aconsejar e insistir con el enfermo o con la familia? Cómo iluminarlos lealmente aun usando las debidas consideraciones y respetando su libertad?.

Se presentan otros casos que no querríamos llamar más dudosos porque aquí el deber está bien claro, sino más dolorosos, a causa de las trágicas consecuencias que a veces se derivan de la observancia de aquel deber. Son las cosas en que la ley moral impone el veto. Si solamente se tratara de vosotros, no os sería difícil cerrar los oídos a las sugerencias de una piedad mal entendida y conceder su puesto a la razón frente a la sensibilidad; pero cuántas veces os convendrá reaccionar no solamente contra las pretensiones de un interés bajo y torpe y de una inexplicable pasión, sino también contra las comprensibles angustias del amor conyugal y paternal. Y sin embargo, el principio es inviolable. Dios solamente es señor de la vida y de la integridad del hombre, de sus miembros, de sus órganos, de sus potencias, especialmente de aquellas que lo asocian a la obra creadora. Ni los padres, ni el cónyuge, ni el propio interesado puede disponer de esto libremente. Si es responsable mutilar a un hombre, aunque él lo pida insistentemente, para sustraerle al deber de combatir en defensa de su patria, o de matar a un inocente para salvar a otro, no es menos ilícito, aunque sea para salvar a la madre, ocasionar directamente la muerte de un pequeño ser llamado, si no en la vida del mundo, por lo menos a la futura a un destino alto y sublime, o bien hacer árido o esterilizar mediante una

operación, no justificada por ningún otro motivo, las fuentes mismas de la vida.

No es lícito poner en peligro la vida —suprimirla jamás— si no es para defender un bien de valor superior o prolongar la vida misma.

Pero ya el quirófano o sala de cirugía está listo, ventilado, iluminado con luces especiales y preparado. El examen previo del enfermo se ha realizado con todo esmero. La esterilización de los instrumentos y las manos de los cirujanos y ayudantes, perfecta. La anestesia o la analgesia, la preparación de la piel del paciente, todo se halla a punto. Ya os halláis inclinados sobre la mesa de operaciones donde reposa vuestro enfermo. Estáis convencidos que no sois ya, como otras veces, los anatómicos en la sala de disecciones, los virtuosos del escalpelo y del trocar, sino hombres frente a hombres, hermanos vuestros que se han puesto totalmente a vuestras manos. No se trata pues ya, de tener únicamente en cuenta la hábil finura de vuestros sentidos, la destreza de vuestros dedos, la agudeza de vuestra atención, la rapidez, la genialidad, la seguridad de vuestra intuición. Ahora hay que trabajar con todo el corazón, pero de tal manera que el corazón os ayude realmente, lo cual no se realizará sino manteniéndose en calma a pesar de su gran sensibilidad. Si os faltase esta sensibilidad no seríais más que personas faltas de una cualidad importante; si os faltase la calma, vuestra turbación al hacer vacilar vuestra mano, os pondría en peligro de comprometer el buen éxito de la operación y acaso la vida misma del paciente.

Este drama íntimo que se renueva en el alma del verdadero cirujano, da a éste un carácter sagrado.

Pero ahí no ha terminado la labor del cirujano. Le resta una parte principalísima, cual es la de los cuidados post-operatorios tan importantes a veces o más que la operación misma. ¡Cuán a menudo la ligadura oportuna de un vaso que ha quedado sangrando, o la desopilación gástrica o intestinal, etc. no han salvado el buen éxito de una intervención quirúrgica?

Excusad si he fastidiado vuestra atención benévola con el recuento de lo que vosotros no ignoráis; pero que no puede prescindir de recordároslo quien como yo, no tiene ya más interés que ver acrecentarse el prestigio de vuestra Escuela Médica y de nuestra Universidad, mediante la aplicación de los más altos principios de ética iluminados por las virtudes del Evangelio.

Medellín, 3 de diciembre de 1.956.

## LESIONES POR ASCARIS LUMBRICOIDES ERRATICOS (+)

A. CORREA HENAO, M. D.  
Prof. de Anatomía Patológica

En 1.947, al estudiar histológicamente la autopsia de un hombre icterico (Caso N° 1), en la cual había hecho diagnóstico macroscópico de absceso hepático, presuntivamente amebiano, con propagación al pulmón, encontré al microscopio, no lesión amebiana, sino lesiones granulomatosas, nodulares, compuestas de células epitelioides y de unos cuerpos extraños ovalados o circulares, encapsulados y con células en su interior que dan el aspecto de blastómeros. Estos nódulos se disponen en la periferia de las amplias zonas abscesadas o necróticas, dando a entender la relación que hay entre éstas y los cuerpos extraños. (Fig. 1). Por ese entonces fue imposible llegar a un concepto definido y satisfactorio del caso, no obstante el estudio de nuestra bibliografía y a las consultas personales a distinguidos parasitólogos, a quienes envié la historia y preparados histológicos. Hubo diagnósticos de coccidiosis, blastomycosis, coccidiomycosis, paragonimiasis, esquistosomiasis y de huevos de un helminto sin determinar su procedencia. Todas estas opiniones fueron recogidas entre parasitólogos tales como E. C. Faust, de New Orleans; R. Jaffé y E. Pifano, de Caracas; P. Kuri, de La Habana; A. Negme, de Santiago de Chile; S. Rengifo y J. J. Escobar, de Cali; Patiño Camargo y Bonilla Naar, de Bogotá, etc. Esta confusión fue aclarada posteriormente con una comunicación del Dr. Joao Alves Meira, de la Facultad de Higiene y Salud Pública de S. Pablo, Brasil, quien afirmó que se trataba de huevos de Ascaris. La bibliografía sobre este tema es antigua y escasa; sólo conozco el estudio de un caso publicado en Filipinas en 1.923 (1).

A este primer hallazgo se fueron sucediendo otros y hoy presento 11 casos, seis de biopsia hepática (por laparotomía), dos de biopsia peritoneal, uno de autopsia y dos clínicos. Además, experimentalmente hemos comprobado que se trata de huevos de Ascaris lumbricoides erráticos, dejados como rastros al franquearse el camino dentro del hígado y otros tejidos. No se trata pues de simples colangitis ascendentes y abscesadas, sino que a esto se añade lesiones producidas por los huevos de este helminto, cuya presencia en

---

(\*) Comunicación leída en el Primer Congreso Latino-Americano de Anatomía Patológica, reunido en México, D. F. Diciembre de 1.955.

la lesión le da especificidad, no solamente en el hígado sino en otros tejidos. Creo de importancia esta comunicación porque no conozco ninguna otra en nuestro país, donde el parasitismo por *Ascaris* es tan denso y porque autores como Brumpt, apenas anotan en sus textos lesiones de colangitis, y cita el caso de Blanchard (3) de absceso hepático por *Ascaris* errática, pero no habla de lesiones. En la obra de Pathology of the Tropical Diseases, Ash y Spitz, no mencionan lesiones extraintestinales producidas por *Ascaris*, sólo ponen una figura de un granuloma eosinófilo submucoso en un apéndice cecal, en un caso de ascariasis intestinal, pero sin que la fotografía muestre estructuras específicas; posiblemente se trata de un "Apendicitis alérgica". (8).

El *Ascaris lumbricoides*, que tiene su asiento normal y habitual en el intestino delgado, puede emigrar por los conductos que desembocan en el intestino delgado, muy especialmente el colédoco y seguir por él a la vesícula biliar o al hígado (Fig. 2), y aún puede fraguarse paso perforando el intestino y llegar al peritoneo (casos 3 y 8) (Fig. 3), o salir al exterior a través de la pared abdominal, precedida de un absceso (Caso 9) (Fig. 4). La presencia del *Ascaris* en las vías biliares bajas y en la vesícula biliar, como causa de inflamación de esta región y de ictericia es también un hallazgo relativamente frecuente entre nosotros (2) y se han podido visualizar *Ascaris* en estos órganos por medio de la radiografía con medio de contraste (4).

En el siglo pasado (1.865) el Dr. Andrés Posada Arango publicó un caso en el cual relata la salida de cuatro *Ascaris* en el avenamiento de un absceso apendicular (6); y el Dr. Emilio Robledo relata un caso semejante en 1.907, también de un absceso peritoneal que contenía *Ascaris* (7).

El *Ascaris* se penetra en una vía biliar intrahepática, por alguna imposibilidad para retroceder, se enclava y allí permanece (Fig. 2), causando una inflamación de la pared y el parásito puede llegar hasta su desintegración, comprendiéndose todo en un absceso; los huevos puestos o los liberados después de la destrucción del parásito y que posean un desarrollo avanzado y con cutícula envolvente resistente, permanecen durante largo tiempo como cuerpos extraños, dando especificidad a la reacción granulomatosa del tejido vecino. Es sabido que los huevos en el momento de ser expulsados con las heces tienen apenas una sola célula y que luego para su desarrollo, necesitan condiciones tisulares en que nosotros los encontramos,

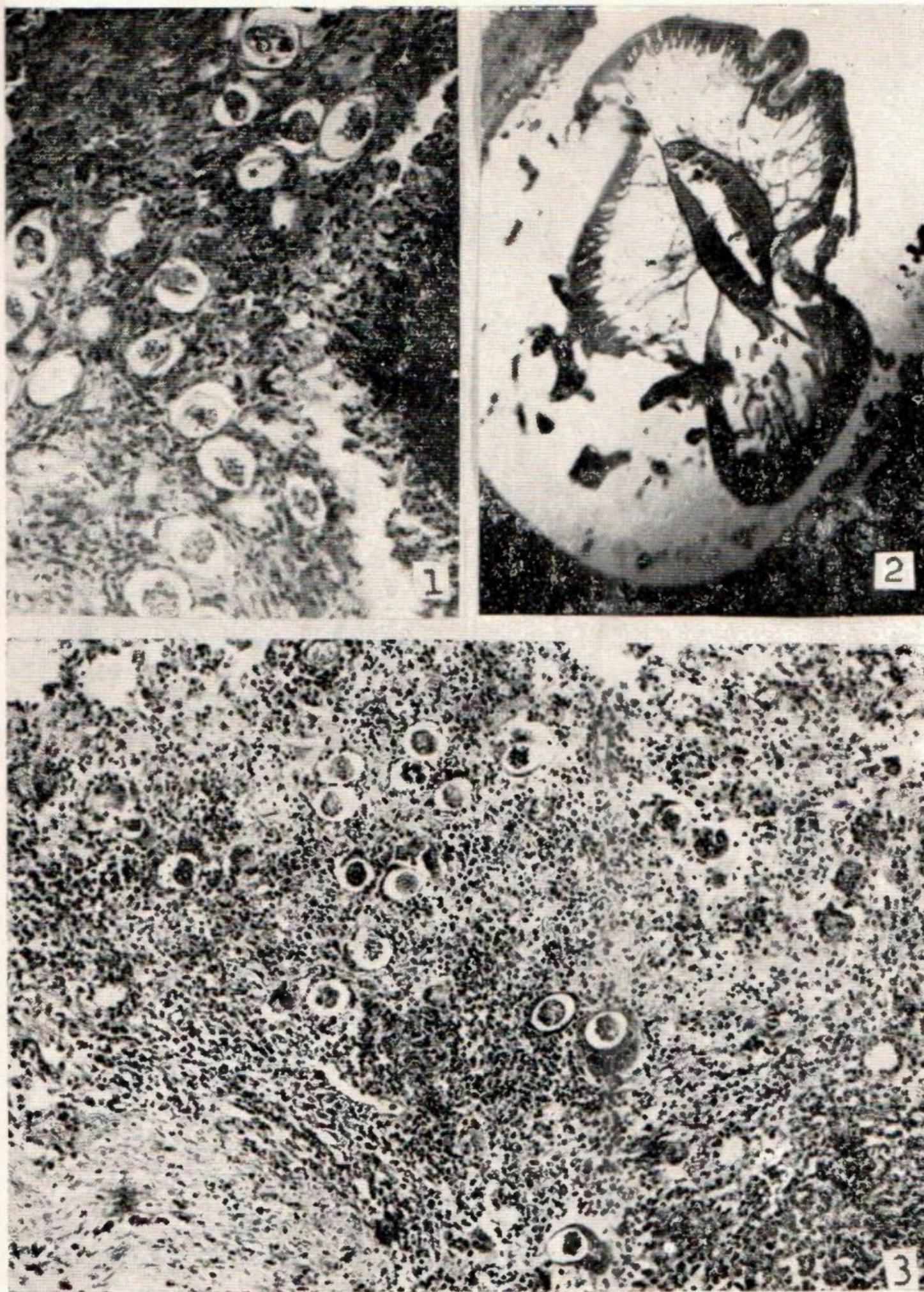
también pueden iniciar su división blastomérica y los hemos visto hasta contener 8 blastómeros (Fig. 3); luego viene una desintegración de ellos y el colapso o ruptura de la cápsula. En los casos en que no se encuentran fragmentos de *Ascaris* en los cortes, se puede suponer el regreso del parásito al intestino, la salida exterior (casos 3, 9, 11) o su desintegración.

Para comprobar experimentalmente que el granuloma de cuerpos extraños era producido por huevos de *Ascaris*, usamos curies (cobayas, cavia) a los cuales inyectamos intrahepáticamente huevos sacados de un *Ascaris* y suspendidos en solución salina. Después de 3 semanas hicimos cortes histológicos del hígado y del peritoneo y en ellos encontramos el mismo tipo de lesiones nodulares (Fig. 5) vistos en los casos clínicos. También posteriormente hemos confirmado el acerto por el hallazgo de *Ascaris* en diversos estados de desintegración en lesiones hepáticas. (Fig. 2).

Los huevos encontrados tanto en los casos humanos como en los de experimentación tienen en promedio un eje máximo de 61 micras y un eje mínimo de 38; estas dimensiones están de acuerdo con el tamaño del huevo del *Ascaris* en las heces, pero hay que tener en cuenta que dichos ejes varían en los tejidos según la incidencia del corte. La cáscara del huevo pierde generalmente su capa albuminoide de aspecto ondulado, tan característica en las deyecciones y sólo conserva una membrana quitinosa (Fig. 6). El huevo colapsado y roto se encuentra siempre en medio de absceso o de sustancia necrótica, en cambio los que conservan los blastómeros están en un ambiente de reacción histiocitaria; esto induce a pensar que el huevo destruido produce alguna sustancia necrótica que absceda el granuloma análogamente con lo que sucede en otros parasitismos: *Rhinosporidiasis* y *Cisticercosis*.

**Anatomía Patológica.** Microscópicamente en la superficie del hígado se han encontrado unas múltiples lesiones nodulares, de milímetros o de centímetros de diámetro, blanquecinas a veces abscedadas o con sustancia necrótica. En el peritoneo se encuentra en forma de nódulos con adherencias fibrosas; posiblemente el absceso o la necrosis también pueden presentarse, pero no los hemos visto.

Microscópicamente se encuentra un granuloma de cuerpos extraños caracterizados por la presencia del huevo; este granuloma es ondular y se puede encontrar en diversos estados de evolución (Fig. 7). Su centro es de reacción histiocitaria con huevos y células gi-



- Fig. 1. - Caso 1. Pared del absceso, en ella se encuentran numerosos huevos de *Ascaris* en medio de un tejido de granulación.
- Fig. 2 - Corte de un canal biliar; en su interior se observa la sección de un *Ascaris* adulto, retraído en desintegración.
- Fig. 3 - Caso 8 Estructura de un nódulo peritoneal en medio del tejido de granulación hay huevos de *Ascaris*, dos de ellos rodeados por células gigantes. Obsérvese el distinto grado de segmentación blastomérica.



**Figura 4. - Caso 9.**

Un *Ascaris* hembra adulto sale al exterior a través de una hernia inguinal, precedida de un absceso.

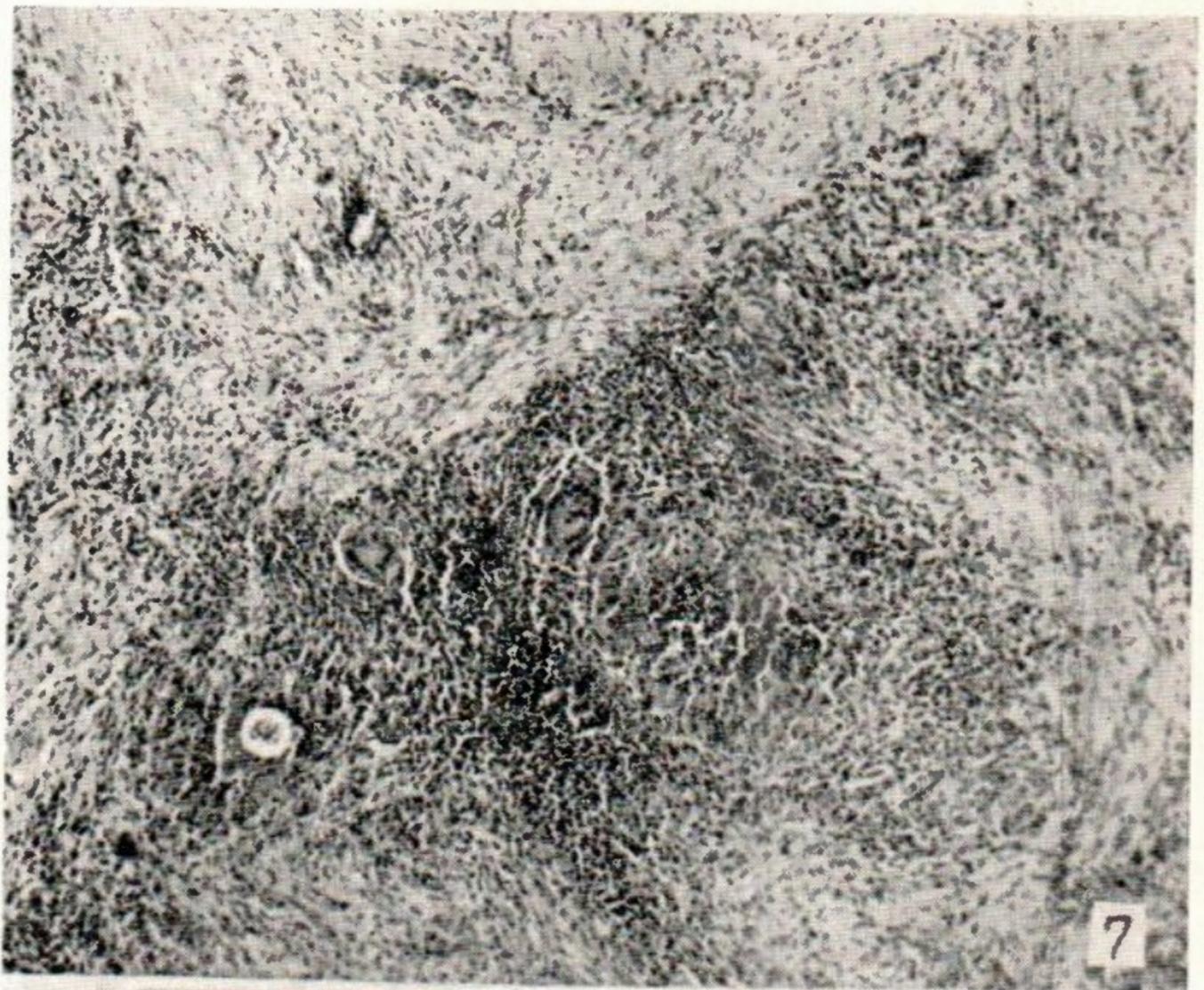


**Figura 5**

Granuloma hepático producido en el Curí (cavia) con la introducción de huevos de *Ascaris*.

**Figura 6. - Caso 4.**

En medio de material necrótico hay un huevo que conserva su envoltura festoneada, típica, los otros están en varios estados de desintegración.



**Figura 7. - Caso 6.**

Lesión granulomatosa nodular, con necrosis o abscedación central, reacción gigante-celular, huevos de Ascaris y fibrosis.

**Figura 8. - Caso 11.**

Una de las cinco Ascaris que salieron por la cicatriz umbilical.

gantescas; a veces los huevos se encuentran dentro de las células gigantes. Luego hay una zona de ración fibrosa con infiltrado leucocitario, entre los cuales hay abundantes eosinófilos. Hay otros nódulos con centro necrótico de aspecto caseoso o supurado con huevos en este material o en el tejido reaccional circundante; en ocasiones se encuentran también cristales de Charcot-Leyden. En las zonas fibrosas antiguas pueden observarse restos de este granuloma. La lesión hepática siempre va acompañada de colangitis y de fibrosis local.

### **Casuística**

Hombre de 50 años, blanco, agricultor. Ingresó al hospital en septiembre del 27. Su enfermedad data de un mes antes. Se inició con dolor epigástrico, agudo; fiebre y vómito; este estado ha continuado y últimamente ha aparecido tos productiva. Hay sub-ictericia, desnutrición, fiebre, taquicardia, astenia, disnea y abundante expectoración; hay dolor muy manifiesto en hipocondrio y tórax derecho. Eritrocitos: 2.350.000, leucocitos: 16.000; N/86, E/4 y L/10. El examen radiológico demostró un absceso en pulmón derecho con nivel líquido. Muerte al cuarto día de hospitalizado. Autopsia 171: Pleuritis adhesiva, especialmente en la base derecha con colecciones enquistadas de pus verdosa. El pulmón derecho es denso, rojizo con las cisuras brotadas y con un absceso grande en el lóbulo inferior y otro en el medio y de paredes irregulares; en el lóbulo superior hay también pequeños abscesos. El hígado está hipertrofiado. Al corte presenta numerosos abscesos con pus amarillo-verdoso. En el lóbulo derecho hay un absceso de forma irregular, de 4 cms. de diámetro y otros pequeños abscesos difundidos. La vesícula biliar contiene bilis espesa, su pared es gruesa; los conductos biliares están dilatados no hay cálculos. El intestino no presenta lesión. El bazo pesa 400 grs., firme de color gris-rojizo y al corte la superficie es roja oscura.

**Examen microscópico:** Hígado; (Fig. 1) presenta múltiples focos necróticos, algunos confluentes, con centro de aspecto caseoso delimitados por tejido conjuntivo, denso, con escasa infiltración leucocitaria; en el límite de ambos se observa organismo encapsulado que contiene de 1 a 5 células y que corresponden a huevos de *Ascaris lumbricoides*. Hay áreas peiteloides rodeadas de fibrosis que contienen los mismos huevos. Alrededor de estas lesiones hay un proceso de fibrosis que se extiende hacia el parénquima hepático. Además hay pigmentos de aspecto melánico en las células de Kupffer.

En el pulmón se encuentran abscesos. El examen de las otras vísceras es negativo.

**Diagnóstico:** Colangitis ascendente crónica con granulomas hepáticos múltiples y producidos por huevos de *Ascaris lumbricoides*.

### **Caso N° 2.**

Mujer de 35 años. Oficios domésticos. Ingresó al hospital el 24 de Noviembre de 1.950. Desde hace muchos años tiene dolores en hipocondrio derecho, tipo cólico, acompañados de vómitos biliosos y desde hace un mes los dolores han sido continuos, fuertes y con irradiación a la región lumbar y omoplato; tiene fiebre desde hace dos semanas. Al examen presenta sensibilidad marcada de la zona vesicular y epigástrica; tiene 39.2° C. Hay 4.300.000 eritrocitos, 11% dimentación 107 mm.; no hay ictericia. Se practica laparotomía exploradora y se encuentra una pericolecistitis con vesícula de paredes gruesas y distendidas. Un examen de bilis demuestra huevos de *Ascaris* y abundantes polinucleares neutrófilos. Se practica colecistectomía. En el lóbulo izq. del hígado se encuentra un nódulo blanquecino de unos 3 cm. de diámetro cerca al borde anterior, se punciona y se extrae un líquido purulento; se reseca dicho nódulo y se envía para examen anatomopatológico.

**Descripción microscópica:** (M. 7732) Material necrótico con abundantes macrófagos polimorfonucleares neutrófilos y algunos eosiófilos; mayas de fibrina, cristales de Charlot-Leyden y huevos de *Ascaris lumbricoides*.

**Diagnóstico:** Absceso hepático con huevos de *Ascaris*.

### **Caso N° 3.**

Mujer de 30 años, oficios domésticos. Entra al hospital en mayo de 1.951, hace 2 meses después del último parto siente dolor abdominal especialmente en el hipocondrio derecho, irradiado en forma de cinturón. Presenta fiebre y vómito desde la misma época. Hay gran debilidad y pérdida de peso. La enferma refiere que después del parto un médico le diagnosticó peritonitis post-parto. Al examen se aprecia empastamiento periumbilical de forma irregular y doloroso. Las radiografías de estómago y duodeno son normales. La vesícula biliar está excluída. El hígado desborda un poco el reborde condral. El bazo es palpable. Esta enferma es muy categórica en afirmar que hace un año tuvo una sensación extraña en el meato uretral y que al examinarse vio salir la extremidad de un

Ascaris, la haló hasta extraerla y comprobó que era una lombriz grande de color un poco más oscuro que el de las que en otras ocasiones había vomitado. Al examen coprológico: positivo para huevos de Ascaris. En una laparotomía se extrajo la vesícula biliar, el apéndice cecal y un fragmento de nodulación peritoneal; el examen histológico de éste dio:

**Descripción Microscópica:** (M. 9070). Vesícula biliar: Colecistitis crónica activa. Nódulo peritoneal. Está formado por un área de necrosis central rodeada de una zona de histiocitos con células gigantes. En la periferia de éstas hay formaciones ovaladas de unas 50 micras con cutícula refrigente y en su interior presentan una masa esférica vacuolada y sin núcleo.

**Diagnóstico:** Colecistitis crónica y granulada peritoneal con huevos de Ascaris.

#### **Caso Nº 4.**

Mujer de 44 años, hospitalizada en abril de 1.951. Campesina, desde hace 3 años viene presentando frecuentes cólicos hepáticos cada vez de mayor intensidad. Durante los primeros tuvo ictericia y acolia. En las radiografías de duodeno se aprecian Ascaris. La vesícula biliar se concentra al priodax. Las materias fecales tienen huevos de Ascaris y Tricocéfalos. Eritrocitos 4.900.000. Leucocitos 6.000 N/62, E/1 y L/37. Eritrosedimentación 71 mm. Se practicó colecistectomía y se extrajo una vesícula biliar de 5 ctms. de largo, con pared gruesa y dura, con adherencias de la serosa y con mucosa ulcerada que contiene numerosos cálculos mixtos y polifacéticos.

En la cara superior del hígado, en el lóbulo izq. se encuentra un área dura, irregular, blanquecina, formada por acúmulos de nódulos riciformes, de unos 3 ctms. de diámetro. Se hizo una biopsia de éstos cuyo resultado es el siguiente:

**Descripción Microscópica:** (M. 8385) (Fig. 6). Hígado, hay nódulos de diferentes tamaños: los pequeños están formados por células epitelioides y huevos de Ascaris de unas 50 micras de diámetro sin el borde festoneado; en su interior hay una masa granulosa formada por varias células. Los nódulos más grandes tienen una área central de tejido necrótico, limitada por tejido de granulación, con base fibrosa reaccional; en esta zona son abundantes los huevos de Ascaris.

**Descripción:** Granuloma hepático por huevos de Ascaris.

### Caso N° 5.

Mujer de 39 años, oficios domésticos. Hospitalizada en una clínica particular. Tienen antecedentes de dolores tipo cólico en hipocondrio derecho desde hace 3 años. Se practicó colecistectomía y se encontró en la superficie del hígado granulaciones amarillas diseminadas de ellas se tomó un fragmento para estudio histológico.

**Examen Microscópico:** (M. 15207). Vesícula biliar. Colecistitis subaguda y colesterolosis. Nódulo hepático (M. 15200). Fragmento de hígado con infiltración leucocitaria. Hay acúmulos de pus en medio del cual se encuentran numerosos huevos de *Ascaris*.

**Diagnóstico:** Absceso hepático por huevos de *Ascaris* erráticas.

### Caso N° 6.

Hombre de 12 años, hospitalizado en mayo de 1.955. Presenta dolor epigástrico y fiebre. Desde hace varios años viene sufriendo dolor tipo cólico en el epigástrico con irradiación a la región lumbar. Ultimamente presenta vómito y fiebre. Al examen se aprecia ictericia y una masa dura, muy dolorosa, en el borde anterior del hígado. Se piensa en un plastón pericolecístico. A los R. X. se encuentra inmovilidad del hemidiafragma derecho. Las pruebas de laboratorio dieron: Bilirrubinemia desde 1.45 hasta 3.50 mgrs%. Turbidez del timol 3.5U. Hanger xx. Van den Berg inmediata positiva. Eritrocitos 3.900.000 Hb. 12. Leucocitos 11.600 N/67, E/3 L/30. Materias fecales con huevos de *Ascaris* y *Tricocéfalos*. Con diagnóstico de litiasis se hizo una laparotomía y se encuentran múltiples abscesos pequeños en la superficie hepática. Se hizo biopsia de uno de ellos y se extrajo la vesícula.

**Descripción Microscópica:** (M. 24588) (Fig. 7). Fragmento de hígado. Nodulaciones de tipo granulomatoso con centro necrótico o abscedado, en medio del cual hay huevos de *áscaris*, rodeado de tejido conectivo reaccional y más exteriormente un infiltrado leucocitario de poli y mononucleares. En la zona central también se observa reacción gigantocelular. El tejido hepático está atrofiado por la invasión conectiva que parte de esta inflamación. Los espacios porta presentan abundante infiltrado leucocitario.

**Diagnóstico:** Granuloma hepático por huevos de *Ascaris*.

### Caso N° 7.

Hombre de 14 años, se hospitaliza en mayo 1.955. Presenta fiebre y dolor tipo cólico en el hipocondrio derecho, acompañado de

vómito amarilloso desde hace 5 días, el cual se irradia hacia atrás y hacia el hombro derecho. No ha presentado ictericia pero la orina es rojiza. Hay defensa en el cuadrante superior derecho. Se hizo diagnóstico de presunción de colecistitis y se observa bajo un tratamiento con antibióticos. La fiebre cede pero el leucograma da 15.100 leucocitos con N. 84%. Se decide la operación con el diagnóstico pre-operatorio de Ascariasis hepática. A la laparotomía se encuentra una vesícula biliar grande pero de consistencia y color normal, que se vacía fácilmente a la presión. El colédoco está distendido grueso y duro. Hay un ganglio en el hilo hepático de unos 2 ctms. de diámetro. En el lóbulo derecho del hígado cerca al borde hay un absceso de 1 ctms. de diámetro. Se hace una coledocotomía y se extraen 3 áscaris muertas maceradas y otra viva que avanzaba por el hepático derecho. Se lavan los canales biliares y se pone un tubo de Kehr.

**Descripción Microscópica:** El líquido de los canales biliares presenta numerosos huevos de áscaris. Ganglio linfático con linfadenitis crónica. Fragmentos de hígado (M. 24712) da: Pared de absceso hepático con gran cantidad de leucocitos. No se ven huevos de Ascaris (Se sugiere la posibilidad de ser producidos por Ascaris lumbricoides erráticas. El enfermo sale por mejoría.

#### **Caso N° 8.**

Niño del Depto. del Valle, su historia es muy incompleta, la muestra fue enviada al laboratorio en los siguientes términos: Abdomen agudo que obligó a practicar una laparatomía exploradora. en la cavidad abdominal se encuentran nodulaciones fibrosas con adherencias al parecer al mesenterio. Se tomó un fragmento del nódulo que es el reportado. No se conoce la evolución posterior. (Caso referido por los doctores Pelujo Correa y Carlos Restrepo. Fac. de Medicina de Cali).

**Descripción Microscópica:** (M. 55-973) (Fig. 3). Tejido conectivo adiposo muy vascularizado con pequeños ganglios linfáticos e infiltrado leucocitario difuso que presenta áreas de granulomas de cuerpo extraño producidos por la presencia de huevos de Ascaris y con una gran reacción gigantecelular.

**Diagnóstico:** Granuloma mesentérico por huevos de Ascaris.

#### **Caso N° 9.**

Hombre de 52 años, mestizo, minero de región cálida. Con-

sulta en junio de 1.943 por un bubón inguinal izquierdo fluctuante con la piel abscedada, a punto de abrirse; desde hace un mes tiene dolor abdominal, fiebre, sudoración, pérdida de peso. A la palpación del abdomen se aprecia defensa y un empastamiento en la F.I.I. Al presionar el bubón con unas pinzas salió pus y lentamente fue apareciendo un *Ascaris lumbricoides* viva que fue identificada como hembra. (Fig. 4). El absceso drenó y curó lo mismo que la reacción abdominal. De este caso no hubo oportunidad de examen histológico pero corresponde a la categoría de *Ascaris* erráticas extrahepáticas y que en esta oportunidad, aprovechando un anillo hinguinal dilatado con hernia correspondiente salió al exterior a través del intestino y la piel.

#### **Caso N° 10.**

Comunicado por el Dr. Hernando Latorre (de Bogotá).

Mujer de 65 años, de Floresta (Cund.). Desde mayo de 1.951 viene sintiendo anorexia, náuseas, vómitos, flatulencia y dolor epigástrico que se acentúa en forma de punzada en el flanco derecho. Ha tenido fiebre de tipo renitente y ha expulsado *Ascaris* por la boca. A la palpación se despierta intenso dolor en la región hepática. En las materias fecales se encuentran abundantes huevos de *Ascaris* y un poco menos de Tricocéfalos. La serología es negativa, el Índice icterico de 6,8 unidades; la eritrosedimentación es de 42 mm. en la primera hora. Eritrocitos: 3.460.000, Leucocitos: 12.200; Hb 69%. N/69, L/20 y M/1. Se practicó una laparotomía exploradora y no se encontró nada mesentérico, pero en el lóbulo izquierdo del hígado existían nódulos blanquecinos, duros, de los cuales se tomó uno para estudio histológico cuyo resultado es el de granuloma con huevos de *Ascaris* en abundante cantidad.

#### **Caso N° 11.**

Comunicado por mi distinguido discípulo Dr. Argemiro Franco H. quien lo acompaña de las fotografías.

Niña de 22 meses de edad, de la fracción de Uvital, Nariño (A). No tiene antecedentes importantes. Hace 8 días se inició fiebre, malestar general, anorexia y mucha inquietud. Tuvo tos y llanto continuo al parecer producido por dolor. En un principio se le administraron remedios caseros, pero en vista de que el ombligo se le ponía rojo y doloroso y que se perforó su piel y que por ahí fueron saliendo 5 *Ascaris*, fue traída a la consulta médica. Al examen se encuentra una niña en mal estado de nutrición con 38,5°S de tempe-

ratura, inquieta, con ojos hundidos, piel seca, pálida. El abdomen es globoso de piel tensa, la zona umbilical está enrojecida y muy dolorosa a la palpación. Por el orificio del ombligo sale lentamente un áscaris (en es momento se toma una fotografía (Fig. 8) acompañado de un líquido amarillo y espumoso. Se administran antibióticos y se examina al día siguiente, todo ha mejorado y el apósito del ombligo está casi limpio, a los 5 días está casi cicatrizado el orificio del ombligo. Un examen coprológico demuestra huevos de Ascaris y Tricocéfalos. Se prescribe un vermífugo (Hexenol) y por referencias se sabe que la niña sigue bien.

### Conclusiones:

Se describen las lesiones producidas por *Ascaris lumbricoides* erráticas, que consisten en un granuloma caracterizado por la presencia de huevos de este helminto y se hacen consideraciones sobre la patogenia de la lesión.

Se produce experimentalmente en curies (cobayos) las lesiones encontradas en humanos, mediante la inyección de huevos de *Ascaris*.

Se presentan en este estudio 13 casos comprobados unos con estudios histológicos otros por la presencia del *Ascaris*.

Se hace una investigación entre distinguidos parasitólogos a quienes se les envió preparados histológicos y sólo el Dr. J. Alves Meira del Brasil, identificó los huevos como de *Ascaris*.

### BIBLIOGRAFIA

- (1)—MONSERRAT, C.—And Africa, C.: Certain Developmental Stages of *Ascaris lumbricoides* ova in the liver tissue. The Philipina jour of Science. 22: 495. 1.823.
- (2)—QUEVEDO, TOMAS.—Ascaridiasis de las vías biliares. "Antioquia Médica" Vol. 1 (7): 436-465; 1.951.
- (3)—BRUMPT, E.—Precis de Parasitología. Masson et Cie Editeun París 1936.
- (4)—ARANGO, O. y PEREZ, B.—Síndrome abdominal agudo por *Ascaris*. Estudio Clínico y radiológico. Presentado al IV Congreso Interamericano de Radiología, de 1.952.
- (5)—MAFFEI, W. E.—Alergia em Cirugia e Apendicite Alergica. Arq. Dos Hospitais da Santa Casa de Sao Paulo. Vol. II Nº 3,33 - 1.956.
- (6)—ARANGO-POSADA, A.—Lombriz en las vías biliares. Gaceta Médica de Bogotá 7 - II - 1.956.
- (7)—ROBLEDO, E y HENAO, J. T.—Datos para la Cirugía en el Depto. de Caldas. Segundo Congreso Médico de Colombia. Tomo II. 1.913. Escuela Tipográfica Salesiana. Bogotá, 1.916.
- (8)—MAFFEI, W.—Alergia em cirurgia e apendicite alergica. Arq. Hosp. Santa-Casa de Sao Paulo. Vol. II Nº 3 : 33, 1956.

## PARASITOSIS HEPATOBILIARES EN COLOMBIA (+)

DR. TOMAS QUEVEDO GOMEZ  
K 45 N° 48-57 Medellín Col. S. A.

De antemano agradezco la gentileza de la Junta Directiva de la Asociación Nacional de Gastroenterología por haber escogido mi nombre para esta ponencia.

En realidad sólo deseo que en este trabajo, quede recopilada la literatura médica colombiana sobre Parasitosis Biliar y Hepática, no muy abundante, pero sí de bastante importancia ya que ha logrado poner de presente enfermedades que en otras épocas se consideraban inexistentes en el país y al pensar en ellas, por lo menos, se descubran día a día más casos. Ha también aportado más casuística a la no muy abundante de estas afecciones en el mundo entero y ayudado a clarificar algunos puntos.

Me parece inútil e inoficioso hablar de la morfología, biología, ciclo evolutivo, papel patógeno, modos de infestación, etc. de los parásitos, tan de todos conocidos, y por consiguiente sólo me limitaré a enumerar los casos que se han publicado o de los que se tiene noticia en Colombia, exponiendo sumariamente la sintomatología, los tratamientos y sus resultados, y tratando de sacar conclusiones que tengan alguna utilidad práctica.

La parasitosis intestinal es en Colombia una de las endemias más totalmente repartidas en todo el territorio, puesto que ataca hasta un 88% de la población (1) con mayor intensidad en los climas cálidos y templados, pero que no respetan ni edad, ni raza, ni posición social, ya que por ejemplo en Medellín se han encontrado en 73.4% en las clases pudientes y en 90.36% en las pobres (2) y un total de 95% del Departamento de Antioquia está parasitado (3).

Las especies que han sido encontradas en el territorio nacional según Patiño Camargo (4) son: Fasciola Hepática, Tenia solium, Tenia Saginata, Hymenolepis Nana, Hymenolepis diminuta, Dypylidium Canino, Ascaris Lumbricoides, Enterobius Vermicularis, Strongiloides Stercolaris, Ancylostoma Duodenale, Necator Americanus, Trichuris Trichiura, Entamoeba Coli, Entamoeba Dysenteriae, Endo-

---

\* Conferencia presentada en la VII Convención Nacional de Gastroenterología reunida en Bogotá del 18 al 21 de julio de 1.956.

\* Miembro de número de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología. Miembro de número de la Academia de Medicina de Medellín.

*Imax* Nana, *Pseudolimax* Butschilii, *Dientamoeba* Fragilis, *Embado-*  
*monas* Intestinalis, *Chilomastix* Mesnili, *Trichomonas* Intestinalis,  
*Giardia* Intestinalis y *Balantidium* Coli. A estas hay que agregar el  
*Echinococcus* Granulosus, lo que completa así 23 especies.

En las vías biliares y en el hígado se han encontrado en el país,  
primaria o secundariamente los siguientes parásitos: *Fasciola* Hepá-  
tica, *Echinococcus* Granulosus, *Ascaris* Lumbricoides, *Stongiloides*  
*Stercolaris* y *Entamoeba* Dysenteriae. Las hepatitis y abscesos ami-  
bianos han sido ya tratados en anterior ponencia del Dr. Aquiles  
Peñuela. No tengo informes ni he visto publicados casos **comproba-**  
**dos** de Giardiasis o Anquilostomiasis Hepática o Biliar, a pesar de  
que la frecuencia de su hallazgo en la bilis para el caso de las Giar-  
dias es de un 30% (5). Personalmente estudié 35 bilis de vesículas  
extraídas quirúrgicamente, para buscar allí parásitos y no logré ha-  
llar Giardias ni Anquilostomas en ninguna a pesar de que todos los  
enfermos tenían estos parásitos. La Squistosomiasis Hepática tam-  
poco ha sido descrita en Colombia. Las Coccidiosis del hígado no se  
han hallado apesar de que las intestinales sí fueron comprobadas por  
Muñoz Rivas (6).

#### **Quiste hidatídico del hígado**

Afanador Salgar (7) publicó en 1.941 el primer caso de Quiste  
Hidatídico en el país, en un. español de 36 años con 16 de permanen-  
cia en Colombia y 11 de sintomatología digestiva. Fue operado con  
el diagnóstaico de litiasis biliar (vesícula parcialmente llena a los  
rayos X con sombra negativa y masa palpable en zona vesicular) y  
se encontró el quiste con 100 c.c. de líquido hidático y abundantes  
scolex de tenia equinococcus. Se marsupializó. Posteriormente se  
demostraron reacción de Weimberg positiva y de Casoni positiva pre-  
coz. La eosinofilia era sólo del 3%. El autor comenta el caso y ex-  
pone argumentos muy valederos en favor de que la infestación pudo  
haberse hecho en Colombia, pero naturalmente sin ser posible la  
comprobación de esta hipótesis.

En 1.948 Alfredo Correa Henao y Emilio Bojanini (8) publica-  
ron el primer caso autóctono en una mujer de 35 años que vivió  
siempre en Yalí y Maceo (Ant.). La sintomatología databa de un año,  
dolores epigástricos y masa de crecimiento rápido que en el momen-  
to del examen iba del epigastrio hasta cerca del ombligo y ocupaba  
el hipocondrio y la fosa ilíaca derechos sobrepasando la línea media,  
dura, dolorosa, lobulada, mate e inmóvil. Eosinofilia 10%. Al ope-

rarla se encontró tumoración quística multi-lobulada que comprendía la cara superior del hígado hasta el diafragma y la cara inferior. La biopsia demostró scolex de tenia equinococcus.

Es de importancia hacer notar que ya en 1.943 Edmundo Medina (9) había descrito el primer caso autóctono de quiste hidatídico pulmonar en Colombia en una enferma de 24 años, de Concordia (Ant.) y que vivía en Riosucio (Caldas) desde dos años antes. Fue diagnosticado por rayos X y reacción de Casoni positiva pero no hubo comprobación anatomopatológica.

### Fascioliasis Hepática

La fasciola hepática es un parásito relativamente raro y en todo caso accidental, del hombre. El primer caso en Colombia fue hallado por Federico Lleras Acosta en 1.929 (1). Los primeros publicados en el país lo fueron en 1.952 por Guillermo Muñoz Rivas (6) quien describió cinco casos en una familia de Tocaima que había vivido también en Bogotá. Supone que la infestación se verificó por el agua que utilizaban, la cual extraían de una cisterna llena de caracoles y sapos, y que se contaminaba por las deyecciones de los corderos y donde se verificó el ciclo del parásito.

El diagnóstico fue hecho por el hallazgo repetido, de huevos de fasciola en las materias fecales. La sintomatología consistió en: (4) fenómenos gastro intestinales (inapetencia, lengua saburral, náuseas, dolores abdominales, constipación, diarreas mucosanguinolentas, meteorismo); fiebres intermitentes; calofríos; sudores; urticarias frecuentes; intensa excitabilidad nerviosa; orinas turbias, albuminosas y piúricas. En todos los casos (6) se encontró leucocitosis (entre 20.000 y 33.000), eosinofilia (entre 3 y 72%) aceleración de la eritrosedimentación (de 54 a 108 mm. en la primera hora) y eritroaglutinación en frío. Estos enfermos mejoraron clínicamente, a pesar de la persistencia de los huevos en las fecales, tratados con hexilresorcinol, hidroxiclороquina, wintodón, aralen y emetina (el medicamento que dio mejor resultado).

Muñoz Rivas practicó la infestación experimental (10) en la *Limnea Bogotensis* Pilsbry con las deyecciones de estos enfermos y comprobó que se trataba de fasciola hepática. Además confirmó así los trabajos de E. Brumpt, J. Velásquez, H. Ucroz y L. Ch. Brumpt (11) quienes describieron en 1.939 esta *Limnea* como huésped intermediario natural de la fasciola hepática en Colombia y encontraron infestados dos de cada 120 ejemplares recolectados. Sin embargo

Muñoz Rivas (10) sólo encontró infestados 7 sobre 5.531 examinados y recogidos en Cajicá, Suba y Soacha. Quedó pues así claramente demostrado que esta *Limnea* es el huésped intermediario natural y experimental de la fasciola hepática en Colombia y uno de los otros 17 encontrados infestados en la naturaleza. Por consiguiente desde esa época recomienda Muñoz Rivas la lucha contra esa *Limnea* en la Sabana de Bogotá.

La distomatosis bovina y ovina en Colombia es tan frecuente que se encuentran infestados hasta un 80% de los animales en las regiones altas entre 2.000 y 3.000 metros y en el Valle del Cauca a una altura media de 1.000 metros; las otras regiones (Llanos Orientales, Costa Atlántica y las tierras calientes de los departamentos centrales, están indemnes (11).

Hasta hoy han sido hallados en Colombia 14 casos de fascioliasis humana, 13 de ellos indudablemente autóctonos, originarios de Boyacá, Cundinamarca y Santander. En Antioquia en 1.200 autopsias practicadas hasta hoy en el departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Medellín no se ha hallado ningún caso. Los hasta hoy descritos han sido: los ya mencionados de Lleras Acosta (1) y Muñoz Rivas (6), uno de Alfonso Tarazona en 1.952 diagnosticado por sondeo duodenal, citado por Muñoz Rivas (10). Otro de Lope Carvajal Peralta (12) en 1.954 en un enfermo de 76 años que había viajado por Europa y Suramérica, con litiasis biliar (vesícula excluída a los R. X.) y en quien a la operación se encontró en el colédoco dilatado, una fasciola hepática viva de 2 cms. de longitud, pero no cálculos, y una esclerosis del esfínter de Oddi. El tubo en T. fue dejado dos meses, se trató con emetina y los exámenes posteriores de bilis y fecales fueron negativos. El enfermo está totalmente bien hasta hoy. Un noveno caso fue descrito por A. Campo Posada y F. de Castro (13) en una paciente de 41 años, de Duitama (Boyacá), quien presentaba dolores epigástricos moderados, irradiados al cuadrante superior derecho, que se presentaban varias veces al día, de 15 a 20 minutos de duración, con remisiones de 8 y 10 días, sin fiebre, ni ictericia, ni coluria ni acolia. El examen mostraba vesícula hipotónica a los R. X., bilirrubina 0.41 mgs.%, leucocitos 6.800, eosinófilos 2%, sedimentación 8 mm. en la primera hora, escasos huevos de fasciola hepática en las fecales y mucho más abundante en la bilis. Fue tratada con emetina (dos series de 8 días) y hexilresorcinol fraccionado, no encontrándose más huevos en la bilis y con curación clínica. Recalcan los autores cómo en esta enfer-

ma no hubo leucocitosis, eosinofilia, ictericia ni aumento de la sedimentación, posiblemente porque la parasitosis era poco intensa.

Dos casos más de fascioliasis fueron descritos por C. García C. L. F. Fajardo, G. Ortega y A. García (14). Uno de ellos enferma de 18 años natural de Facatativá, que vivió en Florida y Fontibón (Cund.) quien presentó sintomatología de colecistitis aguda, con ictericia (4.5% mgs. de bilirrubina) y vesícula excluída a los R. X cuadro que cedió a los antibióticos pero reapareció a los diez días, ya sin ictericia (0.25% mgs. de bilirrubina) pero con 10.800 leucocitos, 2% de eosinófilos, 14 mm. de sedimentación en la primera hora. Este nuevo episodio duró 10 días y el examen de la bilis demostró huevos de fasciola hepática, leucocitos, eritrocitos y moco en la bilis A. muy ocasionales, más abundantes en bilis B. y C. En cambio las materias fecales fueron repetidamente negativas y sólo en una muestra fueron encontrados dos huevos. Fue tratada con emetina y hexilresorcinol siendo los exámenes posteriores negativos y estando clínicamente curada. El otro caso fue diagnosticado por necropsia en un enfermo de 60 años, de Ramiriquí, que ocasionalmente había viajado a Tunja y a Socotá (Boyacá), quien presentó fiebre y cuadro pulmonar, sin síntomas abdominales ni biliares, 11.000 leucocitos, 2% de eosinófilos, 28 mm. de sedimentación en la primera hora y a quien en la autopsia se encontró fibrosis focal del hígado, una fasciola hepática de 2.5 cmts. en un canalículo biliar, y huevos típicos en los canales biliares principales. La causa de la muerte fue trombosis de la rama izquierda de la porta, infarto hepático, trombosis de la arteria pulmonar y ramas, e infartos pulmonares múltiples. Los autores suponen que no hubo relación ninguna con la parasitosis. Resalto este hecho por la semejanza con otro de que hablaré adelante de ascaridiasis biliar. Citan dos casos más de F. de Castro en Bogotá en diciembre de 1.955 y uno de Iris Gartner (San Gil, Santander) este último hallazgo quirúrgico.

#### **Ascaridiasis biliar y hepática**

El primer caso de que se tiene noticia en Colombia fue el presentado a la Academia Nacional de Medicina por G. Toro Villa y J. Martínez S. en 1.906 (15) de un enfermo de 16 años que tenía un cuadro febril con hepatomegalia y a quien a la laparatomía se le encontraron seis nódulos hepáticos cada uno con un áscaris adulto dentro.

El primer caso publicado en el país lo fue por Alonso Restre-

po en 1.941 (2) se trataba de una enferma operada en 1.915 por Montoya y Florez de apendicitis aguda, quien murió en cuadro icterico dos días después, y a quien se le encontró a la autopsia una oclusión del colédoco por un áscaris.

El primer estudio colombiano documentado, sobre ascaridiasis de las vías biliares fue publicado por A. Campo Posada (16) en 1.949. Presentó 5 casos, 4 de ellos de ascaridiasis vesicular, concomitante con litiasis uno, y otro de ascaridiasis coledociana simple. Sólo este caso presentó ictericia clínica y fue el único mortal. Todos presentaron vesícula excluída a los R. X. Fueron diagnosticados como colecistitis crónicas calculosas preoperatoriamente; 4 tenían un solo parásito; uno, dos; y sólo en uno el parásito estaba vivo.

Posteriormente en 1.950 presenté a la Academia de Medicina de Medellín y fueron publicados en 1.951 (17) cinco casos más de ascaridiasis, cuatro en colédoco y hepáticos (once parásitos en uno de ellos) y otro con fístula biliar interna colecistoduodenal a través de la cual penetraba el parásito a la vesícula, al cístico y al colédoco. Se obtuvo en uno de estos casos la primera colangiografía en que se visualizan los áscaris claramente (figs. 1 y 2). De estos cinco casos fue diagnosticado preoperatoriamente uno, los demás se operaron con diagnóstico de colecistitis aguda dos, peritonitis biliar filtrante uno (que en realidad existía) y litiasis biliar el otro. Todos los de forma clínica aguda presentaron leucocitosis entre 11.000 y 25.000, eosinofilia ligera, fiebre, dolor de tipo **intermitente, resistente** a los calmantes usuales y que evolucionaba por **crisis**; en una se palpaba vesícula distendida. La hipotensión y el colapso circulatorio más o menos manifiesto, la taquicardia y el vómito estuvieron presentes en todos. A pesar de la presencia hasta de once parásitos adultos en las vías biliares, la bilirrubina no pasó de 1.2% mgs. y hubo ausencia casi total de bilis en el colédoco, igual a lo descrito por Yang y Laube (18). Yo he creído ver en algunos de estos síntomas un carácter típico que facilitaría el diagnóstico clínico. Claro que la sintomatología varía según que las formas sean latentes, benignas, crónicas o agudas.

Max Olaya R. publicó (19) un caso de Javier Serrano Plata de un niño con 27 áscaris adultos en colédoco, cístico y hepáticos.

A. García Torres en 1.953 (20) describió un nuevo caso de ascaridiasis hepatocoledocina sin cálculos, en enferma colecistestomizada tres años antes para litiasis.

Oriol Arango y A. Marmolejo (21) en trabajo presentado al V Congreso Interamericano de Radiología de Washington en abril de

1.955 relatan tres casos más, concomitantes con fístula biliar interna.

A. Correa Henao (22) presentó en 1.955 al primer Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica de México seis casos de lesiones producidas por los huevos de áscaris en el hígado y uno en la vesícula, describió estas lesiones y las comprobó experimentalmente en curíes, lesiones que van desde el granuloma nodular con huevos presentes hasta el absceso o la fibrosis.

A estos 22 casos colombianos ya conocidos, agregaré 17 más que se han encontrado en Medellín en los últimos tres años y que no se han publicado.

En el servicio de medicina infantil del Hospital de San Vicente de Medellín, fue operada una niña de 5 años (23) de absceso perihepático del cual se extrajeron dos áscaris muertos, a los cuatro días comenzó a arrojar bilis por la herida. Se practicó biligrafina pero no se visualizaron las vías biliares. Murió a los cincuenta días en cuadro clínico de septicopiohemia y en la autopsia se encontró: abscesos perihepático abierto al exterior y a las vías biliares, abscesos múltiples hepáticos, áscaris en canal biliar dilatado, absceso subfrénico derecho, absceso pulmonar por áscaris, comunicado a través del diafragma con el hígado y abierto a cavidad bronquial, trombo de la rama derecha de la arteria pulmonar cerca al hilio, con áscaris dentro. (Recuérdese aquí el caso de trombosis descrito al hablar de fascioliasis (14) lo que hace pensar en la posible relación causal). Muy similar a este caso aunque no de parasitosis biliar, es el de Max Olaya y Gilberto Peralta (24) quienes a la autopsia de un enfermo muerto de peritonitis, encontraron perforaciones del colon transverso y del diafragma y un paquete de áscaris alojado en el seno costodiafragmático izquierdo.

En la Policlínica Municipal de Medellín fueron operados dos casos, uno en niño y otro en adulto, con diagnóstico de colecistitis aguda y en quienes se encontraron áscaris vivos, adultos, en colédoco (1 y 2 respectivamente), sin litiasis.

En el servicio médico departamental de Antioquia (26) han sido operados también con el diagnóstico de colecistitis aguda, cuatro casos de edades entre 30 y 50 años, de ascaridiasis coledociana con parásitos vivos tres de ellos sin litiasis. Actualmente hay hospitalizada una enferma a quien se practicó coledocotomía para litiasis y que en la colangiografía de control mostró un áscaris doblado en U. Después de aplicación de piperazina por el tubo se vio una porción del áscaris en duodeno. Accidentalmente se salió el tubo en T. e introducido en él el parásito.

Fabio Vélez M. (27) en 400 estudios de vías biliares con biligráfica intravenosa practicados en el servicio de radiología del Hospital de San Vicente de Medellín, encontró tres casos de ascaridiasis coledociana. Uno de los casos, mujer de 54 años sufría trastornos de tipo biliar desde 15 años antes para lo cual fue colecistectomizada. Posteriormente con el diagnóstico de litiasis residual, se practicó la biligráfica y la operación confirmó el diagnóstico radiológico de ascaridiasis. Los otros dos casos, mujer de 56 años con sintomatología biliar de cinco años, anteriormente colecistectomizada, y mujer de 40 años con síntomas desde un año antes, sin ictericia, mostraron imágenes típicas radiológicas de ascaridiasis coledociana pero no volvieron a consulta y no pudo ser comprobado el diagnóstico por operación (Figs. 3 y 4).

Del servicio de clínica quirúrgica del Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín (28) he logrado recolectar tres casos más operados entre 1.953 y 1956 que son: 1º E. R. Sex. femenino 60 años; antecedentes de varios cuadros biliares con subictericias y colurias, el último dos días antes. Vesícula excluída a los R. X. Operada el VIII/25/53 se encontró litiasis vesicular y coledociana, la colangiografía operatoria mostró colédoco sin cálculos y pase perfecto a duodeno del medio opaco. Como presentara nuevos cólicos se practicaran otras colangiografías en IX/3/53, IX/5/53 y IX/16/53 y en todas son visibles las imágenes ascaridianas. También salieron los áscaris al retirar el tubo.

2º Rosa S. 25 años, operada en 1.951 de litiasis vesicular (colecistectomía) es operada nuevamente en VI/12/54 para litiasis coledociana, la biligráfica no visualizó las vías biliares. La colangiografía postoperatoria en VI/22/54 demostró imágenes típicas de áscaris. No consta en la historia la evolución posterior.

3º Resfa S. J. 15 años. Dos años de sintomatología de cólicos biliares con coluria. Vesícula excluída a los R. X. bilirrubina 0.31% mgs. Operada el III/17/56 con diagnóstico de litiasis biliar se encontró vesícula tensa llena de bilis oscura con grumos mucosos, sin cálculos, y colédoco dilatado con bilis de igual aspecto. Se practicó colecistectomía y coledocotomía. En el colédoco tampoco se encontraron cálculos pero hubo dificultad para franquear el esfínter con el explorador. El examen anatomopatológico mostró huevos de áscaris en la bilis y colecistitis subaguda con granulomas típicos. La colangiografía en IV/5/56 mostró áscaris en colédoco. Fue tratada aplicando 300 gms.

de hetrazán por el tubo. El control en IV/16/56 no mostró ya imágenes anormales.

En el mismo servicio de cirugía se han presentado tres casos de expulsión de áscaris por el tubo en T. después de coledocotomía para litiasis (29). En la clínica León XIII del ICSS (30) hubo en este año una enferma coledocotomizada para litiasis, que presentó un cólico biliar tres días después de operada con obstrucción del Tubo en T. por lo cual fue necesario retirarlo comprobándose que la causa de esta obstrucción era un áscaris que había pasado de lado a lado por la rama intracoledociana del tubo.

### **Strongiloidiasis hepática**

En Colombia no se ha publicado hasta el momento ningún caso de lesiones hepáticas por strongiloides *stercolaris*, aunque el hallazgo de este parásito es bastante frecuente en la bilis obtenida por sondeos duodenales. Los tres casos descritos aquí fueron diagnosticados a la autopsia practicada en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Medellín a cargo de Correa Henao (31) y serán publicados próximamente junto con algunos otros no hepáticos, por Jairo Bustamante (32) interno de ese Instituto. Un estudio más completo de la parte clínica de estos y otros casos figura en la tesis de J. Hincapié, H. Vélez y J. Mejía (33). Es pues este un reporte preliminar presentado aquí por gentileza de ellos.

Primer caso: mujer de 30 años, con historia muy incompleta, en quien a la autopsia se encontraron ulceraciones en los primeros 20 ctms. del yeyuno, en 12 ctms. del ileón y en válvula ileocecal y ciego; y en hígado "infiltrados fecales de predominio mononuclear (plasmocitos y macrófagos) con escasos polimorfos y cosinófilos, localizados predominantemente en los espacios porta pero pueden verse en el espesor mismo del lobulillo y aún en contacto íntimo con la vena centro lobulillar. En muchos de estos acúmulos se ven células gigantes de mediano tamaño, formadas por unión de varios histiocitos, (hasta de 8 núcleos). En uno de tales granulomas puede verse al corte transversal de una larva de strongyloides. Ligera pigmentación biliar del hepatocito".

Segundo caso: mujer de 29 años, muerta en cuadro de desequilibrio electrolítico, atribuido al vómito y a la diarrea, de tres y medio meses de evolución, rebelde a tratamiento. Strongiloides en fecales y bilis. A la autopsia ulceraciones circulares del colon donde se encontraron larvas de strongiloides. Hígado "marcada degeneración grasa

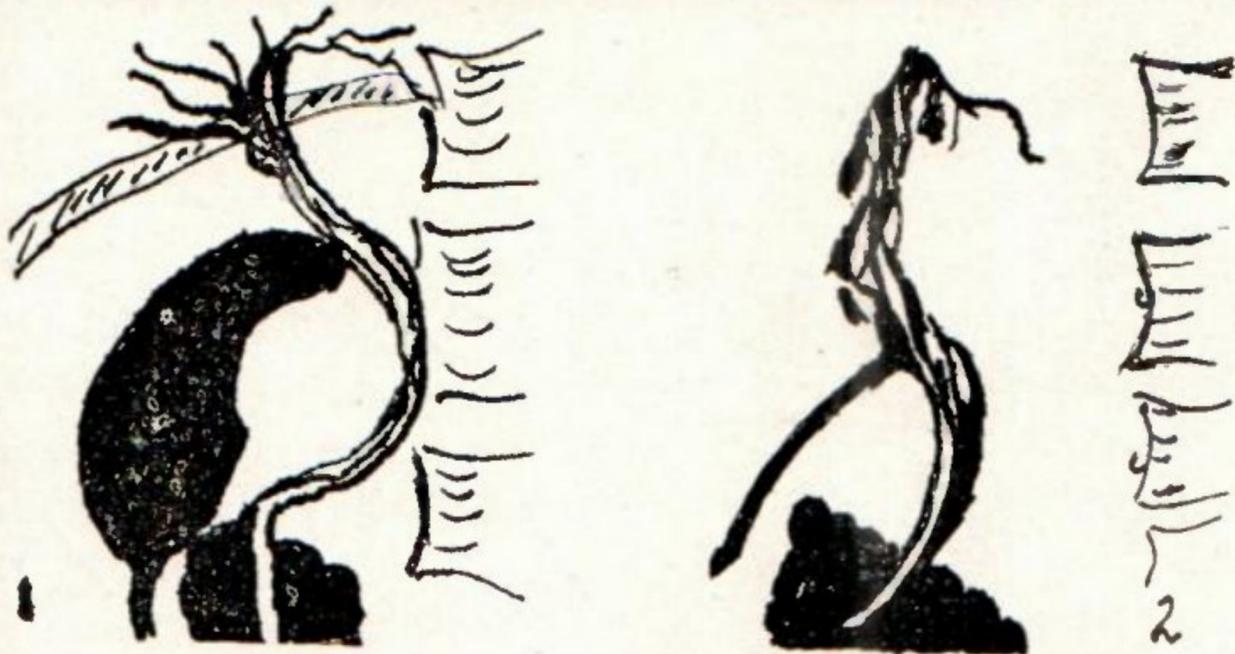
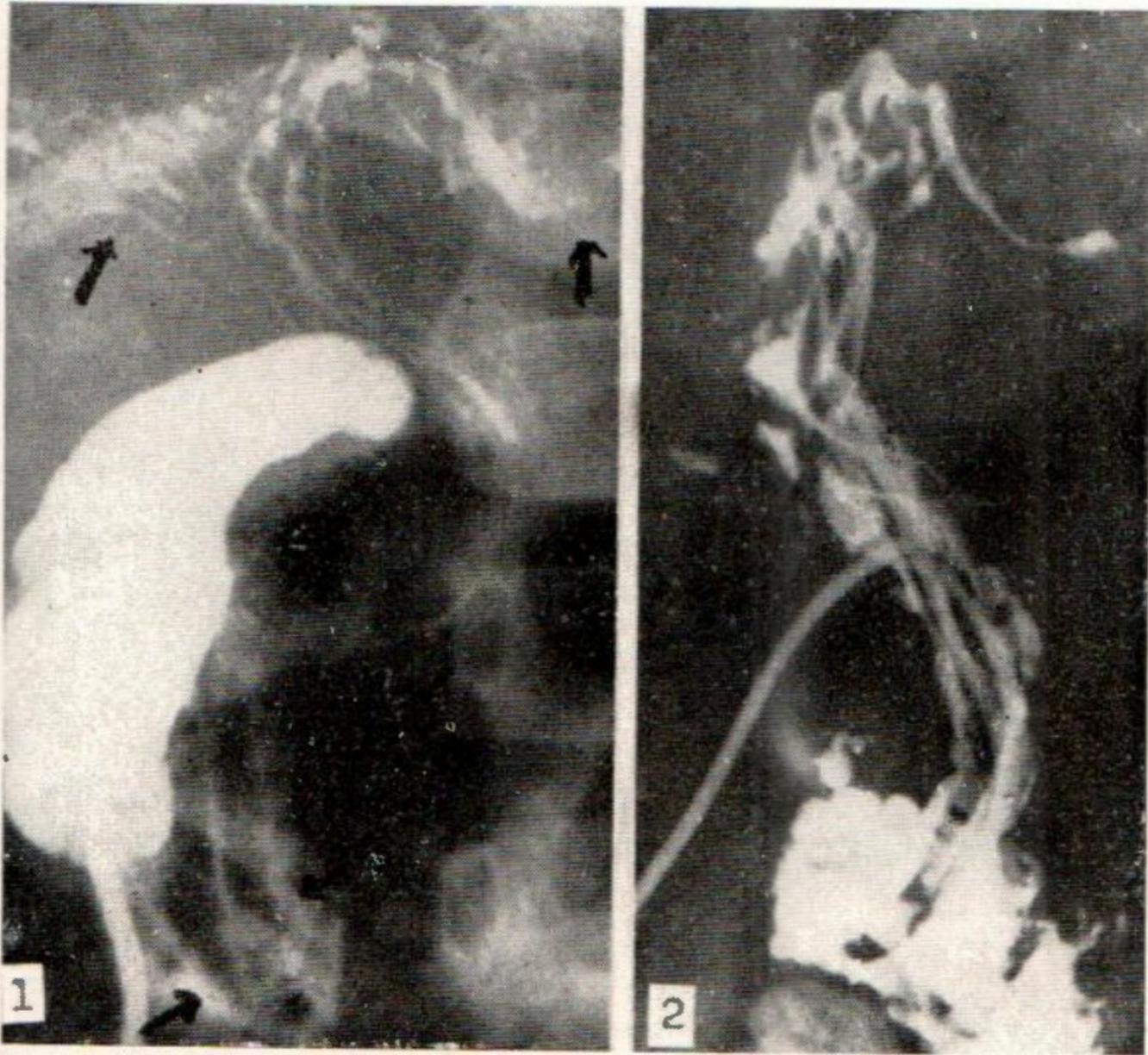


Figura 1 - 2

Colangiografías en que se ven los defectos de repleción de las vías biliares en los espacios ocupados por los Ascaris.

En el caso N° 1 se encontraron 11 y en el 2, 7. En ambos casos se aprecia un áscaris parcialmente dentro del duodeno.

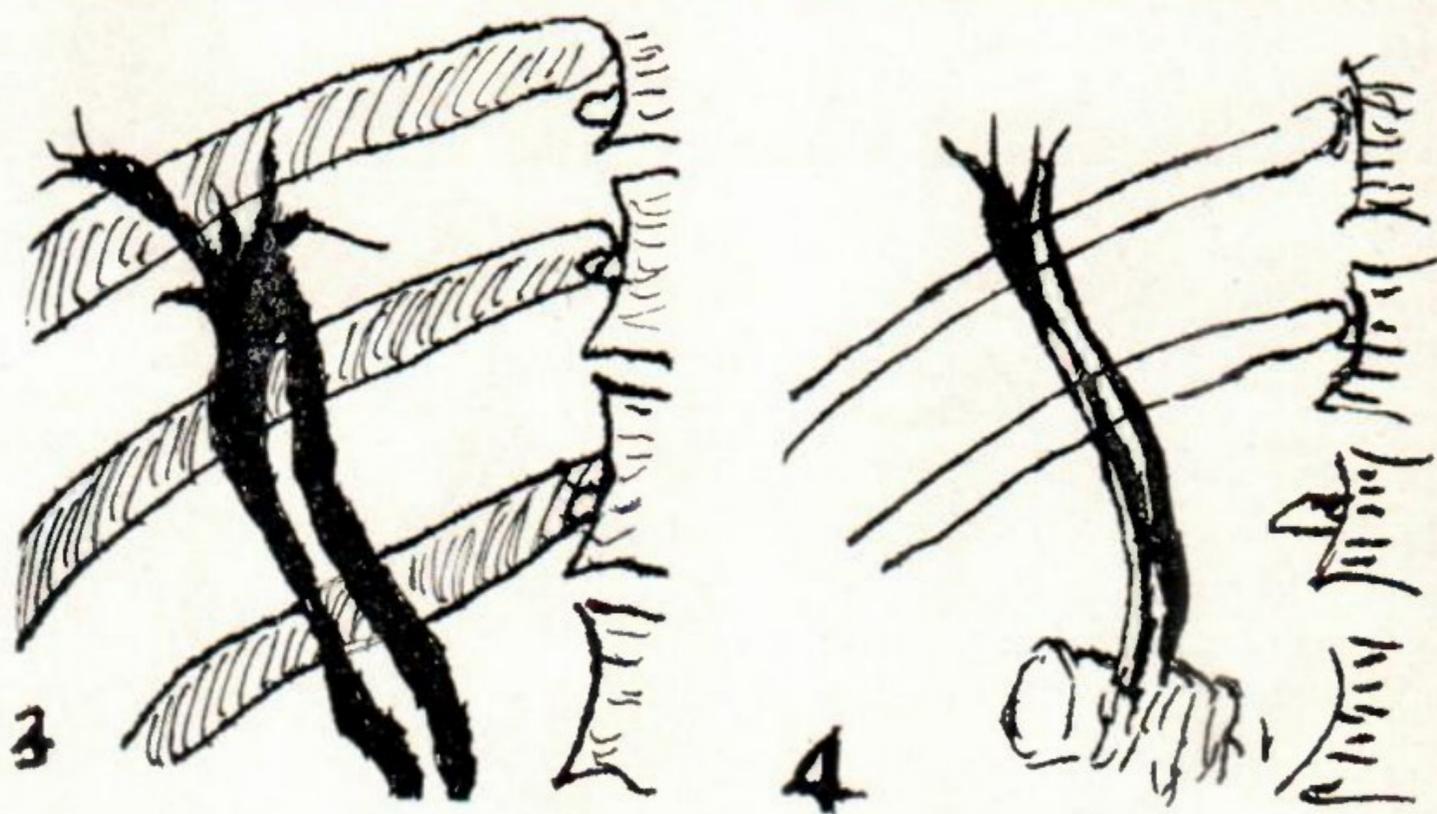
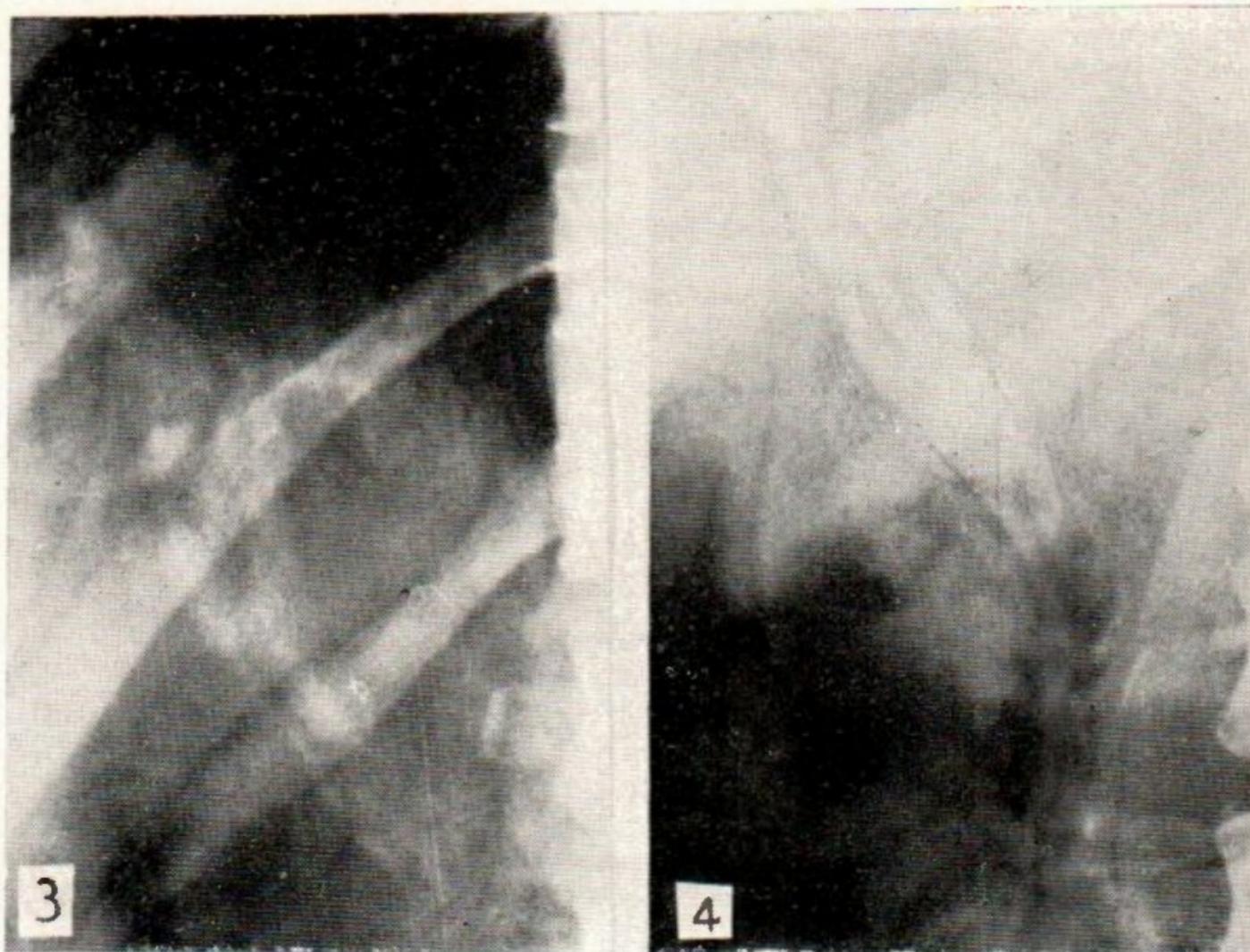


Figura 3 - 4

Colangiografías obtenidas con biligrafina intravenosa en que se aprecian las sombras negativas de los Ascaris en colédocos dilatados. Ambos casos fueron comprobados quirúrgicamente.

del hepatocito, pigmentación y atrofia de las células centrolobulillares a consecuencia de una congestión pasiva, de reciente evolución. En los espacios portales hay infiltración leucocitaria abundante de tipo monocular predominante. También se aprecian lesiones granulomatosas con macrófagos, células plasmáticas y escasos neutrófilos y eosinófilos, lo mismo que células gigantes medianas. Dichos granulomas subcapsulares”.

Tercer caso: niño de cinco años con diarrea de veinte días de evolución y cuadro pulmonar agudo. Strongiloides y Anquilostomas en materias fecales. Hallazgo de larvas de strongiloides en frotis de la región glótica. A la autopsia se encontró bronconeumonía, degeneración grasa del hígado con “tal intensidad que puede considerarse el 100%. En los espacios porta hay reacción leucocitaria de predominio polinuclear con escasos mononucleares. También se ven lesiones más localizadas de tipo focal con infiltrado mononuclear (plasmocitario y linfocítico) y algunas células gigantes medianas, lesiones estas que homologamos a las descritas en otros casos de autoinfestación por strongiloides”.

#### Comentarios

Al hacer esta recopilación, seguramente incompleta, de los casos publicados o nó, que se han encontrado en el país, de parasitosis hepatobiliares, encontramos que de 23 especies parásitas del hombre (4—8) sólo cinco han sido halladas primaria o secundariamente en vías biliares o en hígado.

La más frecuente parasitosis hepatobiliar, después de la amebiasis, es la ASCARIDIASIS ya que se reportan aquí 39 casos colombianos.

Se han encontrado áscaris adultos de ambos sexos, vivos y muertos, en vesícula (16-17-21) en canales excretores (2-16-17-19-20-21-22-23-25-26-27-28-29-30) y en parénquima hepático (15). Se describen cuatro casos de fístula biliar interna concomitante con áscaris (17-21) sin que sea posible demostrar que ellos sean los productores de ella, sino que más bien es de creer que así se facilita la penetración del parásito.

La casi totalidad de los casos han sido hallazgos quirúrgicos, necrópsicos o radiológicos.

Se han encontrado también lesiones producidas por los huevos de áscaris en la vesícula y en el tejido hepático (22) que van desde el granuloma específico con la presencia de huevos, hasta el absceso y la fibrosis.

La sintomatología de la ascaridiasis biliar y hepática es diferente según se trate de casos agudos, latentes, la parasitosis sea única o múltiple, y según haya o no complicaciones. La generalidad de los casos crónicos, sean vesiculares o canaliculares y los con fístula biliar interna, son clínicamente idénticos a la litiasis biliar y su diagnóstico es imposible, salvo, a veces, por la radiografía. Los casos latentes es decir en los que prácticamente no ha habido sintomatología han sido aquellos en los cuales se han introducido los áscaris en los canales después de haberse practicado coledocotomía, y la falta de sintomatología podría explicarse por no haber aumento de la presión intracanalicular por el drenaje externo. Todos estos casos han sido diagnosticados por la colangiografía (28) o por la expulsión espontánea de los áscaris por un lado del tubo en T. o por éste (17-29). Cuando el tubo se obstruye por el parásito (30), sí se presenta dolor por el aumento de la presión.

En los casos agudos el cuadro clínico es muy similar, y así se han diagnosticado la mayoría, al de la colecistitis aguda. Sin embargo, de los enfermos que me ha tocado ver (17) tengo la impresión personal de que existen datos, si no patognomónicos, si muy sugestivos, que han hecho posible el diagnóstico clínico preoperatorio (17) (18). Estos son: 1º La comprobación de la ascaridiasis intestinal. 2º la presencia de cuadros clínicos similares anteriores. 3º los signos circulatorios (hipotensión, estado más o menos manifiesto de shock) posiblemente debidos a fenómenos reflejos colédoco-cardíacos, a anafilaxia y a la intensidad del dolor. 4º el tipo de éste, que es generalmente de aparición brusca en epigastrio e irradiado a la escápula derecha, transfixiante, intermitente, y que evoluciona por crisis cortas. Si acaso es continuo, tiene francos momentos de exacerbación. Su intensidad es de tal magnitud que no cede a ninguno de los sedantes habituales. 5º la ausencia de ictericia o la muy ligera alza de la bilirrubina (17), y ya al operar, la ausencia o escasez de bilis en el colédoco, aunque no haya obstrucción franca son datos muy sugestivos.

En todos estos casos agudos hay leucocitosis, fiebre y vómito. La resistencia muscular del abdomen al examen, sólo se presenta en el momento del dolor desde que no haya fenómenos inflamatorios sobreagregados.

La ascaridiasis hepática sea por parásitos o huevos, no tiene ningún signo clínico característico, puede manifestarse como un absceso hepático o puede ser un hallazgo operatorio o necrópsico. En la mayoría de los casos de ascaridiasis biliar el número de parásitos es

múltiple y se han encontrado hasta 27 (19), de uno o de ambos sexos simultáneamente.

Las complicaciones han consistido en: hepatitis, abscesos hepáticos, perihepáticos, subfrénicos y pulmonares, colangitis, colecistitis, perforación de las vías biliares, peritonitis biliar filtrante, septicohemias, pileflebitis y trombosis de la arteria pulmonar por un áscaris.

Está plenamente comprobado que la infestación por vía canalicular ascendente es la más común sin que puedan descartarse la canalicular descendente, la sanguínea y linfática y la peritoneal.

El áscaris lumbricoides, como todos los nemátodos, tiene tropismo especial a penetrar por todas las anfractuosidades y orificios (18) y aunque a algunos (16) les extraña que el parásito abandone el medio nutritivo intestinal para alojarse en otro adverso, esto lo explica. La poca frecuencia de la ascaridiasis biliar con relación a la intestinal puede explicarse por la rareza de la localización duodenal del áscaris, para la que se necesita anacidez o hiporacidez gástrica (34), vómitos, infestación intensa, o presencia exclusiva de parásitos de un solo sexo, los cuales emigran en busca del otro. Además es necesario que haya una alteración patológica o anatómica de la extremidad distal del colédoco que está ordinariamente provisto, en el 90% de los individuos, (35) de tres estructuras que impiden el reflujo duodenal (esfínter de Oddi, curso oblicuo del colédoco a través de la musculatura duodenal y pliegues en forma de válvulas en la ampolla de Vater). Esto explica porque la frecuencia de la ascaridiasis biliar en los litiásicos operados o no.

El diagnóstico preciso de la ascaridiasis hepática sólo lo hace la anatomía patológica, o el hallazgo del parásito adulto dentro de un nódulo o un absceso. El de la ascaridiasis biliar es posible hoy, en un buen número de casos gracias a la colangiografía intravenosa con biligrafina. En otras ocasiones sólo se hará al acto quirúrgico y aunque la sensación táctil al palpar el colédoco con áscaris, que es similar a la de tocar una sonda, es típica, puede ser necesaria la colangiografía operatoria.

De los casos presentados anteriormente se desprende que es absolutamente indispensable, salvo urgencia, desparasitar a los enfermos que van a ser operados máxime si la intervención es sobre vías biliares, para evitar la migración de los áscaris hacia las vías biliares en la postoperatoria.

De los 39 casos descritos aquí tres fueron mortales, lo que demuestra la gravedad de la afección.

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. Sólo en uno, en que la colangiografía mostraba el parásito, mitad en duodeno y mitad en colédoco, se obtuvo éxito con el hexilresorcinol por vía oral (17) y en otro de ascaridiasis postcoledocotomía también se logró la expulsión del parásito con hetrazán (28).

En orden de frecuencia la FASCIOLIASIS ocupa el segundo lugar.

Hasta hoy se han descrito en Colombia los 14 casos ya mencionados todos originarios de Cundinamarca, Boyacá y Santander, regiones en donde es muy frecuente la distomatosis, bovina y ovina. En los demás departamentos del país en que parece que el ganado está indemne (1) no se han descubierto casos.

La sintomatología ha sido también muy proteiforme, unos casos sólo han presentado trastornos digestivos sin ninguna característica determinada, predominando los de tipo intestinal disenteriforme (4); en otros se ha presentado el cuadro de tipo biliar (12-13-14) y en los demás el diagnóstico fue hecho por la necropsia (14) o por la cirugía (12).

El hallazgo, repetido, de los huevos en las materias fecales y en la bilis, hace el diagnóstico en la mayoría de los casos, pero no haciéndolo por los métodos de rutina, sino que se requieren métodos de selección, en especial cuando el parasitismo es poco intenso. En estos casos tampoco está presente la eosinofilia, la cual, como la albuminuria, la leucocitosis y la aceleración de la eritrosedimentación, sólo se encuentran cuando hay un gran número de parásitos.

El tratamiento que mejores resultados ha dado es la emetina, aunque en algunos casos clínicamente curados continúan encontrándose los huevos en las materias fecales.

Está comprobado que la *Limnea Bogotensis* Pilsbry (10) es el huésped intermediario en la Sabana de Bogotá, pero falta estudiar si existe en otros sitios del país y si hay o no fascioliasis en otras regiones de Colombia.

Está comprobada la existencia del QUISTE HIDATIDICO en el país (7-8-9) pero su frecuencia es mínima, ya que sólo se han descrito tres casos, dos de ellos en hígado y sólo uno de estos claramente autóctono. Los métodos biológicos, en especial la reacción de Cassoni, hacen el diagnóstico clínico y el hallazgo de los scolex lo confirman definitivamente (Fig. 1).

En cuanto a la STRONGILOIDIASIS HEPATICA sólo puedo decir que se presenta un reporte preliminar de los tres primeros casos en Colombia (31-32-33), que el diagnóstico fue hecho postmortem, pero que su frecuencia no debe ser muy poca dada la del hallazgo del parásito en las materias fecales y en la bilis y teniendo en cuenta que el mecanismo de autoinfestación facilita la invasión visceral.

Las lesiones anatomopatológicas hepáticas no son patognomónicas y sólo el hallazgo de las larvas en los cortes de hígado hacen el diagnóstico preciso. Es muy posible que la biopsia hepática por punción, logre en algunas ocasiones diagnosticar la afección.

### Conclusiones

1º Debe, por todos los medios a nuestro alcance, intensificarse, día a día, la lucha contra las parasitosis intestinales en Colombia, mejorando el nivel higiénico, económico y educacional del pueblo, aplicando las medidas de higiene y profilaxia generales, practicando exámenes rutinarios, frecuentes, de materias fecales, y desparasitando a todos los enfermos, cualquiera sea la afección para que consulten. Es inexplicable que en un país tropical se exijan para trabajar certificados negativos para T.B.C. y Lue, y no se exija también de materias fecales, ni siquiera a las personas que manejan alimentos.

2º Todo médico, frente a un cuadro clínico, biliar o hepático, debe recordar que vivimos en un país intensamente infestado por los parásitos, que es frecuente la parasitosis hepatobiliar y que por lo menos debe pensarse en ese diagnóstico, especialmente en casos agudos.

3º No existe un cuadro clínico típico de ninguna de las parasitosis hepatobiliares, a excepción, quizás, de las invasiones agudas por áscaris, y no siempre.

4º Con los métodos radiológicos actualmente utilizados para visualizar las vías biliares (biligrafina intravenosa) es posible hacer el diagnóstico de la ascaridiasis de ellas.

5º Debe practicarse la colangiografía postoperatoria en todos los enfermos en quienes se haya practicado la coledocotomía, para descartar no sólo la presencia de cálculos sino de parásitos, aunque no se hayan visto en la operatoria.

6º Nunca, salvo en casos de urgencia, debe ser operado ningún enfermo sin tratar previamente la parasitosis intestinal.

7º Deben continuarse los trabajos investigativos para comprobar la existencia en otras regiones del país de la fascioliasis, ya que

es casi seguro que existe en buen número de la población; lo mismo para comprobar o improbar la existencia de lambliasis y anquilostomiasis hepatobiliares.

8º Día a día es mayor el número de casos de parasitosis hepatobiliares publicados, lo que indica que no son estas afecciones tan exóticas como anteriormente se creía.

### Sumario

1º. Se revisa la literatura colombiana sobre parasitosis hepatobiliares en el país, lográndose recopilar dos casos de quiste hidatídico, tres de strongiloidiasis, catorce de fascioliasis, veintidos ya publicados, y diez y siete nuevos de ascaridiasis hepatobiliar.

2º. Se hacen algunos comentarios sobre frecuencia, sintomatología, diagnósticos y tratamientos de estas afecciones.

3º Se sacan algunas conclusiones generales que pueden tener importancia práctica.

### BIBLIOGRAFIA

1. PATIÑO CAMARGO LUIS. Helmintiasis y protozoosis en Colombia. Rev. de la Facultad de Medicina. 8: 380, febrero, 1.940.
2. RESTREPO M. ALONSO. Contribución al estudio de las parasitosis intestinales en el Valle de Medellín. Boletín clínico. 61 y 62. 1.941.
3. VILLA H. EUGENIO. Informe del secretario de Higiene y asistencia social de Antioquia. Tomo 1º. 1.938.
4. PATIÑO CAMARGO LUIS. Síntesis sobre parasitismo intestinal. Rev. Hospital. 24 y 25: 11, 1.954.
5. ANZOLA CUBIDES HERNANDO. Duodenitis parasitaria como factor etiológico del síndrome cólico hepático. Páginas médicas 2, octubre, 1.939.
6. MUÑOZ RIVAS GUILLERMO. Coccidiosis y distomatosis humana en Colombia. Rev. de la Facultad de Medicina. 21: 47. 1.952. Anales de la Sociedad de Biología de Bogotá. 5: 162, 1.952.
7. AFANADOR SALGAR ABRAHAM. El primer caso de quiste hidatídico en Colombia. Rev. Facultad de Medicina. 10. 4. octubre 1.941.
8. CORREA HENAO ALFREDO y BOJANINI EMILIO. Quiste Hidatídico. Presentación del primer caso en Colombia. Boletín clínico. 10: 83. 1.948.
9. MEDINA M. EDMUNDO. Quiste Hidatídico. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. 3ª época. 1:160. 1.943.
10. MUÑOZ RIVAS GUILLERMO. Fascioliasis experimental. Rev. Academia Colombiana de Ciencias exactas, físicas y naturales. 9: 3. 1.953.
11. E. BRUMPT, J. VELASQUEZ, H. UCROS y L. Ch. BRUMPT. Decouverte de l'hôte intermédiaire *Limnea Bogotensis* Pilsbry de la gran

- douve fasciola hepátique, en Colombie. Annales de parasitologie humaine y comparée. 17: 563. Masson. París. 1.939. 40.
12. CARVAJAL PERALTA LOPE. Informe personal.
  13. CAMPO POSADA ARTURO y DE CASTRO F. Distomatosis humana, un nuevo caso en Colombia. Revista del Hospital de San Juan de Dios. 3: 61. 1.955.
  14. GARCIA CORTES C., FAJARDO LUIS F., ORTEGA GABRIEL, GARCIA L. ALBERTO. Nuevos casos de fascioliasis humana. Revista del Hospital de San Juan de Dios. 4: 18.. 1.956.
  15. TORO VILLA GABRIEL. Informe personal.
  16. CAMPO POSADA ARTURO. Ascaridiasis de las vías biliares. Medicina y cirugía. 13: 289. 1.949.
  17. QUEVEDO G. TOMAS. Arcaridiasis de las vías biliares. Antioquia Médica. 1: 436. 1.951.
  18. YANG STEPHAN C. H. y LAUBE J. PAUL. Ascaridiasis biliar. Anales de cirugía. 5: 305. Edición española. 1.949.
  19. MAX OLAYA RESTREPO. Hechos sobresalientes de la medicina en Bucaramanga. Hospital. 2: 99. 1.954.
  20. GARCIA TORRES ARISTIDES. Ascaridiasis hepatocolédociana. Rev. de Medicina y Cirugía del Atlántico. 20: 30, 1.953.
  21. ARANGO ORIOL y MARMOLEJO AUGUSTO. Fístulas biliares internas. Antioquia Médica. 6: 237. 1.956.
  22. CORREA HENAO ALFREDO. Lesiones por áscaris lumbricoides erráticos. Ponencia al primer congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica reunido en México (D.F.) en Diciembre de 1.955. Inédito.
  23. Archivos de autopsias del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Medellín. Autopsia N° 695. Abril 21 de 1.954.
  24. MAX OLAYA RESTREPO. Informe personal.
  25. CALLE EDUARDO. Informe personal.
  26. PIEDRAHITA CARLOS. Informe personal.
  27. VELEZ M. FABIO. Exploración radiológica de las vías biliares con biligrafina intravenosa. Hallazgos en 400 casos estudiados con biligrafina simple. Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Julio de 1.956. Inédita.
  28. Archivo de historias del Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín. Historia N° 9.150 de 1.953, 27.318 de 1.954 y 50.700 de 1.956.
  29. BOTERO DIAZ GONZALO. Informe personal.
  30. Archivo de historias de la clínica León XIII del ICSS. Historia N° 1.178 de 1.956.
  31. Archivos de autopsias del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Medellín. Autopsias Nos. 572, 1.085 y 1.133.
  32. BUSTAMANTE JAIRO. Patología de la strongiloidiasis. Trabajo en preparación.
  33. VELEZ HERNAN, MEJIA JAIRO, HINCAPIE JORGE. Strongiloidiasis. Revisión bibliográfica, estudio clínico y experimental. Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (en preparación).
  34. SHUBERT. Journal Of American Med. Ass. 139: 679. 1.949. Cita de Medizinische Klinik. Munich.

35. TESTUT LOUIS. Tratado de Anatomía humana. Séptima edición castellana. Salvat. Barcelona. 1.925.

La mayor parte de la Literatura Nacional utilizada para este trabajo fue posible consultarla gracias a la obra "Historia de la Medicina tropical Parasitología o Higiene en Colombia. Referencias bibliográficas (1.526-1.944)" de Bonilla Naar Alfonso Cooperativa Nacional de Artes Gráficas. Bogotá 1.950.



## IMPORTANCIA DE LA COLORACION DE PAPANICOLAU EN EL DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LAS GINECOPATIAS

Dr. F. CARDONA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. de A.  
CLINICA GINECOLOGICA.

Profesor Titular Dr. Pedro Nel Cardona.

Es sin duda, el estudio de la citología exfoliativa vaginal, cervical y endometrial, el mayor avance de la ginecología en sus dos últimas décadas.

Por medio del estudio de la citología exfoliativa vaginal, coloreada por el método de Papanicolau, podemos darnos cuenta si una enferma en determinado momento está hiperestrogénica, normal o hipoestrogénica, según sea el porcentaje de sus células cariopictóticas, parabasales y basales. La importancia de este es de todos bien conocida, pues no sólo nos indica el grado de estrogenismo existente en la enferma, sino también si el tratamiento estrogénico instalado es suficiente, exagerado, o por el contrario deficiente, ya que no todas las enfermas responden de igual manera a determinada dosis de hormona.

El estudio de la citología exfoliativa vaginal también nos muestra si existe o no cuerpo amarillo, en determinado ciclo, y en caso de haberlo, cuál es su grado de funcionamiento, es decir, cuál es su potencia como creador de progesterona. Por este examen podemos diagnosticar en enfermas con amenorrea primaria o secundaria, verdaderas ovulaciones con sus fases estrógenos y progesterona.

Los embarazos, tanto normal como patológico pueden ser controlados por la citología exfoliativa, y es ella sin duda alguna, la que nos indica más precozmente cuando se presenta una anormalidad en el embarazo, por ejemplo, una amenaza de aborto. En esta última, la citología no solo nos indica la amenaza, sino que también nos orienta en el pronóstico después del tratamiento hormonal dado a la enferma.

Por la citología exfoliativa endometrial, podemos darnos cuenta del estado funcional del endometrio, indicándonos así, en qué fase y en qué estado se encuentra la mucosa. Tienen especial valor estos datos en aquellas enfermas que por su virginidad o su útero infantil es muy difícil practicar una biopsia de endometrio.

En el carcinoma genital, la citología exfoliativa tiene una triple importancia ya que nos orienta en el diagnóstico, nos señala la conducta a seguir y nos predice la evolución después del tratamiento.

En el diagnóstico, puede mostrarnos células neoplásicas que no sospechábamos después de un examen minucioso de la enferma; de aquí la razón por la cual en los grandes hospitales se hace Papanicolaou vaginal de rutina, y el por qué todo examen ginecológico debe comenzar con un Papanicolau.

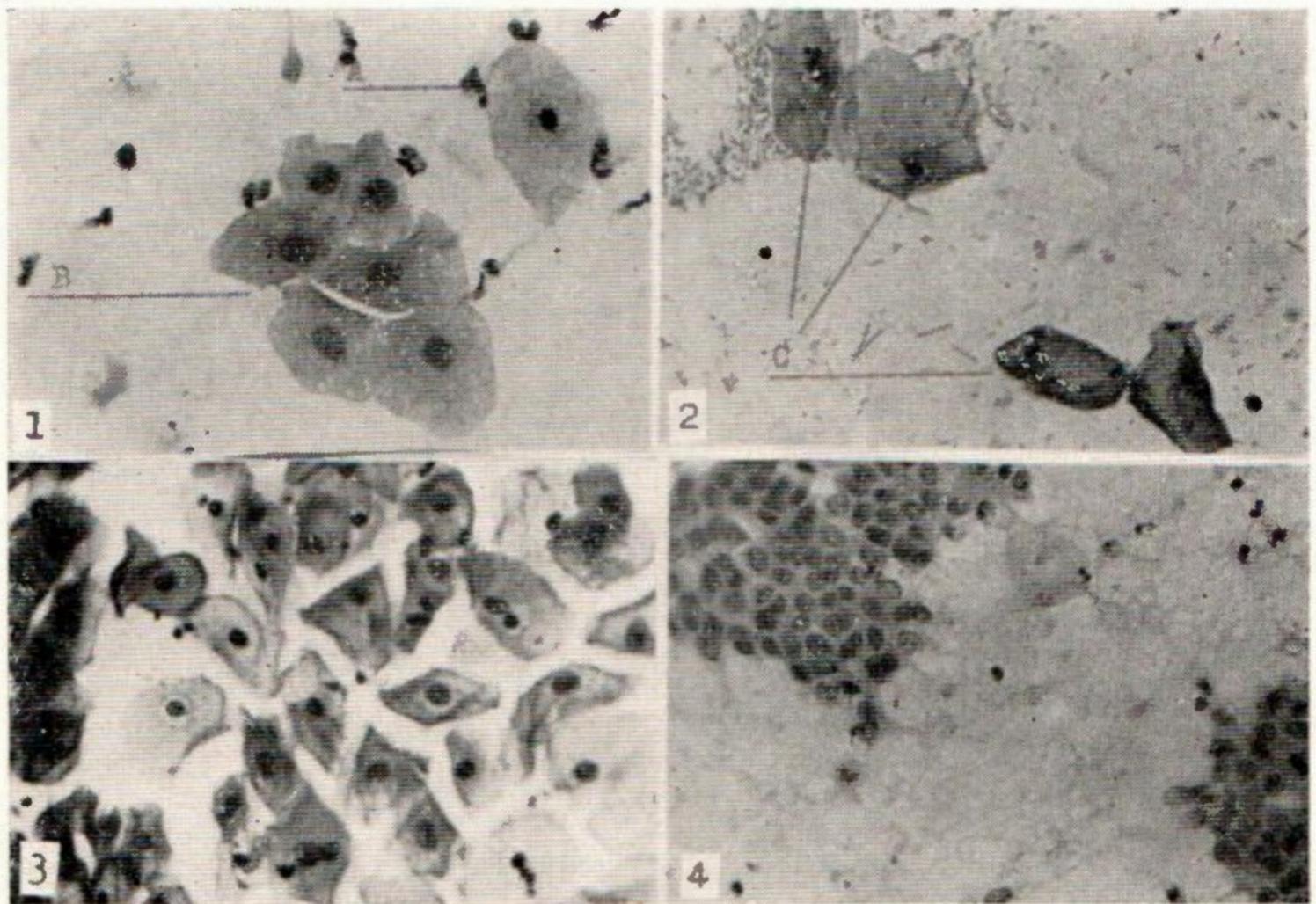
En el curso de los dos últimos años, ha merecido especial atención el estudio de la citología vaginal para orientar el tratamiento del carcinoma genital. En presencia de un carcinoma del cervix uterino, de los grados primero y segundo (de la Convención de Ginebra), el ginecólogo puede tratar la paciente con los Rayos X y el Radium, o bien, operarla. Pero hoy día, la escogencia de uno u otro tratamiento no está encomendado al azar, o a las simpatías del ginecólogo por determinado procedimiento, sino al resultado del Test de los Graham. Cuando la Respuesta de Sensibilidad, llamada comúnmente "S R", es de 10% o más de células con citoplasma vacuolado de densidad definida, ("S R" bueno), el caso es para terapéutica actínica; en cambio, si el porcentaje es de 9% o menos, ("S R" pobre), el tratamiento a elegir es el quirúrgico.

Existen también cambios caarcterísticos en la citología exfoliativa, que nos permiten estudiar el pronóstico de las enfermas tratadas con Radium y Rayos X. El Test lleva el nombre de "R R" (Radiation Response), o sea Respuesta y la Radiación, que puede ser bueno cuando hay cambios citoplasmáticos o nucleares definidos en el Test en más del 70% de las células estudiadas, o Pobre cuando se encuentran en menor porcentaje. Cuando el Test es bueno el pronóstico también lo es, y cuando es Pobre las posibilidades de curación son muy escasas.

En resumen: La ginecología se ha enriquecido en los últimos años con el estudio de la citología vaginal exfoliativa, como coadyuvante en el diagnóstico de los trastornos endocrinológicos de la mujer, e igualmente en la solución del difícil problema de la terapéutica del cáncer genital.

Las fotografías corresponden a los frotis números: 930, 906, 897,, 895, 947, 938, de la Cátedra de Ginecología.

Damos las gracias por la colaboración en el presente artículo, al Profesor Pedro Nel Cardona y al Doctor Gustavo Isaza Mejía.



**Figura 1.**

Frotis hipoestrogénico. Elevado porcentaje de células parabasales (B), y escaso de células cariopictóticas (A).

**Figura 2.**

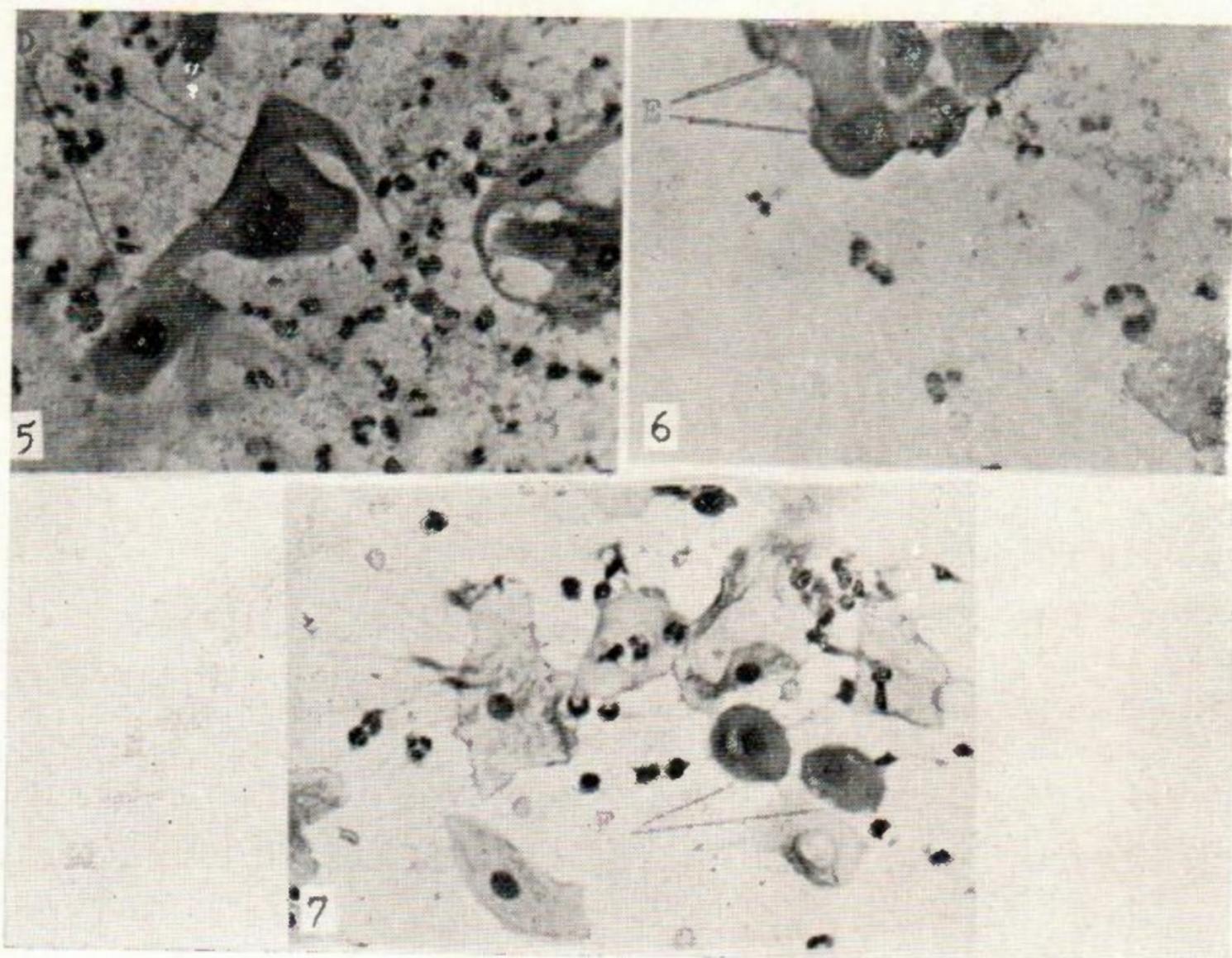
Frotis progestacional. Elevado porcentaje de células plegadas (C).

**Figura 3.**

Frotis de embarazo normal.

**Figura 4.**

Frotis endometrial en fase estrogénica inicial.



**Figura 5.**

Frotis vaginal neoplásico. Células carcinomatosas (D).

**Figura 6.**

Frotis con células "S R" positivo (E).

**Figura 7.**

Frotis con células "R S" positivo (F).

## BIBLIOGRAFIA

- BOTELLA LLUSIA, J. Endocrinología de la mujer. Editorial Científico Médica Madrid. 1.956.
- PAPANICOLAU, G. Atlas of Exfoliative Cytology. Harvard University Press. 1.954.
- PUNDEL P. VAN MEENSEL, F. Gestation et Cytologie vaginale. Masson et Cie Paris. 1.951.

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### BOLETIN No. 60

Mes de Abril de 1.957

#### Martes 2

-1:15 pm.-Reunión del Cuerpo Médico de la Policlínica.

#### Miércoles 3

-8 am.-Reunión de Clínica Médica en el auditorio de la Facultad.

-1 pm.-Conferencia sobre autopsias en el Instituto de Anatomía Patológica sobre las ocurridas en la semana, con presentación de material fresco.

-6 pm.-Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Eugenio Villa Haeusler. **Tema:** HIPOGLICEMIAS ESPONTANEAS.

#### Jueves 4

-10 am.-Reunión del Comité de Mortalidad Materna y Fetal en el Pabellón de Maternidad. Colaboran los Dptos. de Patología, Obstetricia y Piedratria.

-10 am.-Reunión de Clínica Piedrática en el Pabellón Clarita Santos.

-7:45 pm.-Conferencia de Defunciones en la Policlínica. Sesión especial en el auditorio de la Facultad para celebrar la reunión N° 100. **Ponente:** Dr. Gustavo González Ochoa. **Tema:** DIARRREA Y VOMITO EN LOS NIÑOS.

#### Viernes 5

-7 am.-Clase conjunta de Cirugía en el segundo piso de Cirugía general.

-7 am.-11 am.- Reunión de Clínica Obstétrica.

#### Sábado 6

-7 am.-Conferencia de Tumores en el segundo piso de la Cirugía General.

-7 am.-Conferencia patológica-clínica en el auditorio. Presentación de casos, discusión y conclusiones. Todos los asistentes pueden tomar parte en en la discusión.

#### Lunes 8

-12 m.-Seminario de Fisiología dirigido por el Profesor de la cátedra Dr. Guillermo Latorre Restrepo. **Ponente:** Dr. Hernán Vélez A. **Tema:** ALGUNAS CONSIDERACIONES FARMACOLOGICAS SOBRE DROGAS HIPOTENSORAS.

-6 pm.-EJERCICIOS ESPIRITUALES EN EL AUDITORIO. **Predicador:** el eminente orador sagrado Rvdo. Padre JAIME MARTINEZ CARDONA S. J.

Las Directivas Universitarias se permiten invitar a todos los Profesores y alumnos de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia a concurrir a estos Santos Ejercicios Espirituales.

#### Martes 9

-10 am.-Reunión de Clínica Obstétrica en el Pabellón de Maternidad. **Ponentes:** Dres. Alvaro Toro Mejía y Arturo Pineda Giraldo. **Tema:** COMPLICACIONES MEDICAS DEL EMBARAZO

-1:15 pm.-Reunión del Club de Revistas en Policlínica.

-6 pm.-EJERCICIOS ESPIRITUALES. Plática del Rvdo. Padre Jaime Martínez S. J.

#### Miércoles 10

-8 am.-Reunión de Clínicas Médicas en el auditorio.

-10 am.-Reunión de Clínica Obstétrica. **Ponentes:** Dres. Alvaro Toro Mejía y Arturo Pineda Giraldo. **Tema:** COMPLICACIONES MEDICAS DEL EMBARAZO.

-6 pm.-EJERCICIOS ESPIRITUALES. Tercera plática del Rvdo. Padre Jaime aMrtínez S. J.

#### Jueves 11

-9 am.-Actividades de la Cátedra de Obstetricia. **Ponente:** Dres. Alvaro Toro Mejía y Arturo Pineda Giraldo. **Tema:** COMPLICACIONES MEDICAS DEL EMBARAZO.

-10 am.-Reunión del Comité de Mortalidad Materna y Fetal en el Pabellón de Maternidad. Colaboración de los Dptos. de Obstetricia, Patología y Pediatría.

-6 pm.-EJERCICIOS ESPIRITUALES. Cuarta conferencia del Rvdo. Padre Jaime Martínez Cardona S. J.

-7:45 pm.-Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Fabio Estrada. **Tema:** RADIO-ISOTOPOS EN MEDICINA.

#### Viernes 12

-7 am.-Clase conjunta de Cirugía en el salón de conferencias de Cirugía Gral.

-11 am.-Reunión de Patología Quirúrgica en el edificio de Anatomía Patológica.

-6 pm.-EJERCICIOS ESPIRITUALES. Ultima plática del Rvdo. Padre Jaime Martínez.

-7 pm.-CONFESION GENERAL. Para atender debidamente a

todos los que deseen confesarse, se instalarán sacerdotes en el Oratorio, Decanato, Academia de Medicina y auditorio de la Facultad.

**Sábado 13**

-7 am.-Santa MISA Y COMUNION GENERAL en el oratorio de la Facultad de Medicina.

-8 am.-Receso de actividades por motivo de la Semana Santa.

**Lunes 22**

-7 am.-Reanudación de las tareas en la Facultad.

**Martes 23**

-10 am.-Actividades de la cátedra de Clínica Obstétrica. **Ponente:** Dr. Alberto Gómez Arango. **Tema:** COMPLICACIONES QUIRURGICAS DEL EMBARAZO.

-1:15 pm.-Reunión del Club de Revistas en Policlínica.

**Miércoles 24**

-8 am.-Reunión de Clínicas Médicas en el auditorio.

-1 pm.-Conferencia sobre autopsias en el Instituto de Anatomía Patológica.

-6 pm.-Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Gabriel Jaime Villa. **Tema:** SIMPOSIUM: "EMERGENCIAS CIRCULATORIAS".

**Jueves 25**

-9 am.-Reunión del Comité de Mortalidad Materna y Fetal en el auditorio. Conferencia de Patología Pediátrica.

-10 am.-Reunión de Clínica Pediátrica en el Pabellón Clarita Santos.

-7:45 pm.-Conferencia de defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Rodrigo Solórzano S. **Tema:** LA SALUD PUBLICA EN LOS ESTADOS UNIDOS.

**Viernes 26**

-7 am.-Clase conjunta de Cirugía en el salón de conferencia de Cirugía Gral.

-11 am.-Reunión de Clínicas obstétricas.

**Sábado 27**

-7 am.-Reunión de Patología Quirúrgica en el Instituto de Anatomía Patológica.

-8 am.-Conferencia clínico-patológica en el auditorio de la Facultad.

**Lunes 29**

-12 m.-Seminario de Fisiología. **Ponente:** Dr. Iván Jiménez R. **Tema:** ESTRUCTURA Y FUNCION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.

**INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:**

1. Durante el mes de Marzo entraron a formar parte del personal docente de la Facultad de Medicina, por nombramiento del H. Consejo Di-

rectivo de la Universidad, o fueron ascendidos en su posición académica, los siguientes:

Dr. Alberto Llano Ll., Profesor Auxiliar de Clínica Organos de los Sentidos.

Dr. Fernando Cardona Arango, Residente de medio tiempo en Ginecología.

Dr. Francisco Gómez, Residente en Cirugía Plástica.

Dr. José F. Assis, Residente en Patología.

Dr. Carlos Guarín Rueda, Residente en Patología.

Dr. Francisco A. Giraldo O., Residente en Anestesiología.

Dr. Argemiro Franco Henao, Interno Permanente en Ginecología.

Dr. Antonio Beltrán Galindo, Interno Permanente en Ginecología.

Dr. Trino Luna, Interno Permanente en Cirugía.

Sr. Jaime Guzmán, Preparador de Bioquímica.

Srta. Concha Peláez, Jefe de Trabajos Prácticos de Bioquímica.

Srta. Amparo Vélez de la Cuesta, Enfermera de la Cátedra de Medicina Preventiva.

#### **Recibieron ascensos:**

Dr. Jaime Tobón, de Asociado a Profesor Auxiliar de Clínica Infantil.

Dr. Conrado Vásquez, de Instructor a Asociado de Clínica Infantil.

Dr. Marcos Barrientos, de Profesor Auxiliar a Profesor Agregado de Clínica Organos de los Sentidos.

Dr. John Ortiz Gaviria, de Profesor Auxiliar a Profesor Agregado de Clínica Organos de los Sentidos.

Dr. Francisco Piedrahíta, de Interno Permanente a Residente de Neurocirugía.

Dr. Juan Esteban Puerta, de Residente en Policlínica a Instructor en rotación por los servicios especializados de Cirugía.

2. La Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía en el transcurso del mes de Marzo, a los siguientes señores:
- Dr. Clímaco Vásquez López: **Título de la tesis:** Revisión de los casos de embarazo ectópico ocurridos en el Hospital de San Vicente de Paúl durante los años de 1.951 a 1.956.

Dr. Emilio Robledo Aguilar: **Título de la tesis:** Monografías y estudio médico social del Municipio de Granada (Antioquia).

Dr. Julio C. Maldonado Bustillo: **Título de la tesis:** Técnicas e interpretaciones radiológicas en Otorrinolaringología.

Dr. Gonzalo Arango Barreneche: **Título de la tesis:** Estudio de la Medicina Industrial en Medellín. Tesis de MENCION HONORIFICA.

Dr. Gustavo Ruiz Gómez; **Título de la tesis:** Compresión medular tumoral.

3. En la semana comprendida entre el Lunes 8 y el Sábado 13 del presente mes, se efectuarán los SANTOS EJERCICIOS ESPIRITUALES en esta Facultad, para todos los Profesores y alumnos de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia.
- Estos Santos Ejercicios serán dirigidos y predicados por el eminente

- orador Sagrado Rvdo. Padre JAIME MARTINEZ S. J. de acuerdo con el programa detallado anteriormente.
- Las Directivas Universitarias se permiten invitar a todo el Cuerpo de Profesores de las Facultades dichas y a todo el estudiantado de ellas a disfrutar de los grandes beneficios que proporcionan estos Santos Ejercicios Espirituales.
4. Conforme se anunció en el Boletín anterior, el Dr. H. Marvin Pollard, Profesor Asociado de Medicina Interna de la Universidad de Michigan en Ann Arbor llegó a nosotros acompañado de su digna esposa el día señalado.  
El Dr. Pollard desarrolló un programa admirable sobre actividades clínicas, conferencias y rondas hospitalarias en el Hospital Universitario de San Vicente de Paúl. Expresamos los más sinceros agradecimientos al Dr. Pollard por tan distinguida colaboración y con toda atención lo despedimos en compañía de su señora esposa.
  5. Continúan en actividad los preparativos para el XI Congreso Panamericano de la Tuberculosis que se celebrará en esta ciudad el 28 de Abril y durará hasta el 3 de Mayo, de acuerdo con la IV Exposición Internacional de Las Flores.  
Los temas oficiales son: "EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS" y "BACTERIOLOGIA DEL BACILO DE KOCH". Además habrá temas libres, pero de tiempo limitado, como también mesas redondas para el desarrollo de los siguientes temas: "TRATAMIENTO MEDICO DE LA TUBERCULOSIS", "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TUBERCULOSIS" y "NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LUCHA ANTITUBERCULOSA".  
Como lo dijimos antes, se verificarán reuniones de profesores de Fisiología para tratar de preferencia estos dos temas: "EXAMEN SISTEMATICO PERIODICO DEL ALUMNADO UNIVERSITARIO" y "ACTUALIDAD EN TRANSFORMAR LAS CATEDRAS DE FISIOLOGIA EN CATEDRAS DE NEUMOLOGIA".
  6. Se activan los preparativos para el VII Congreso Latinoamericano de Neurocirugía y el de Electroencefalografía que se efectuará en la ciudad de Medellín en los días comprendidos entre el 8 y el 11 de Julio, bajo los auspicios de la Universidad de Antioquia.
  7. Efectivamente llegaron a nosotros los representantes de la W. K. Kellogg Foundation, Dres. Ned C. Fahs, Maurice F. Seay y Thomas N. Moss. De modo especial el Dr. Fahs se dedicó a visitar esta facultad y a entrevistarse con varios aspirantes a becas que concede esta Fundación, y que en este sentido nos ha prestado tan benéficos servicios en la preparación de nuestro personal docente. Se formalizó la donación de equipos para el Dpto. de Anatomía Patológica.
  8. El Profesor Richard Jung, Director del Departamento de Neurofisiología Clínica de la Universidad de Freiburg, Alemania, llegará a la ciudad el 5 de Mayo del año en curso, con el objeto de dictar un curso de conferencias sobre Neurofisiología Clínica y Epilepsia. El programa que ha de desarrollar se dará a conocer en boletín especial.
  9. Con la presencia de la Sra. Da. JOSEFINA VALENCIA DE HUBACH,

Ministra de Educación Nacional, del Excelentísimo Sr. Obispo Auxiliar de Medellín, Buenaventura Jáuregui, del Sr. Gobernador del Departamento Coronel Gustavo Quintero Santofimio, de los Sres. Secretarios del Gobierno Departamental, del H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia y de altas personalidades, se llevó a cabo la solemne inauguración de la Escuela de Bibliotecología de esta Universidad, el 14 de Marzo del año en curso.

El programa inaugural consistió en lo siguiente:

- 8 a.m. Santa Misa oficiada en el Oratorio de la Facultad de Medicina.
- 5 p.m. Retreta ejecutada por la Banda Departamental.
- 6 p.m. Discurso del Dr. Gaston Litton, Director de la Escuela de Bibliotecología, en el auditorio de la Facultad de Medicina.  
Discurso de la Sra. Da. Josefina Valencia de Hubach, Ministra de Educación Nacional, en el mismo auditorio.
- 6:30 pm. Copa de champaña servida en la Escuela de Bibliotecología en honor de la Señora Ministra de Educación y de las autoridades civiles y eclesiásticas.
- 10. Desde el mes de Febrero pasado se terminó la lujosa edición del nuevo Prospecto de la Facultad de Medicina. Los profesores que aún no lo posean, pueden reclamarlo en la Secretaría de la Facultad.
- 11. En el mes de Marzo se incorporó al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública el Dr. Rodrigo Solórzano, después de haber obtenido su título de Master en Salud Pública de la Universidad de Tulane, y de haber realizado trabajos de investigación que le merecieron ser publicados en revistas de aquel país. Con el Dr. David Botero, que está encargado de la Cátedra de Parasitología de la Facultad, quien también obtuvo su título de Master en Salud Pública de la Universidad de Columbia, se espera que la enseñanza de esta materia y sus relacionadas, tan importantes para el mejoramiento social e higiénico de nuestro país, obtendrá gran mejora y avance dentro de nuestra Facultad.
- 12. El Plan Socio-familiar de la Universidad continúa en progreso. En el pasado mes se incorporaron a él dos nuevas Facultades: la de Derecho de la Universidad de Antioquia y la de Química de la misma.
- 13. El Centro Jurídico de la Facultad de Derecho, integrado por estudiantes de último año de dicha Facultad, ofreció espontáneamente sus servicios al Plan Socio-familiar, y al efecto envió una delegación a la reunión conjunta que se celebra mensualmente entre los estudiantes participantes de Medicina, Odontología y Enfermería. También la Universidad Pontificia Bolivariana, a través de sus Facultades de Arquitectura y por intermedio de su Consultorio León XIII, ofreció su colaboración en asuntos relacionados con urbanizaciones, reparaciones de viviendas, etc.
- 14. Estudiantes de la Universidad Medellín, y su Rector, están colaborando en la redacción de los estatutos de la "Fundación del Café" que ha sido creada por Dn. Adolfo Aristizábal, con el fin de estudiar y tratar de ayudar a familias necesitadas del Valle y de Antioquia. Representantes de la Familia Aristizábal, entre ellos, la Srta. Gloria Aristi-

- zabal, Reina Nacional del Café, visitaron la Facultad y se enteraron del funcionamiento de la Cátedra de Medicina Preventiva por medio de visitas que practicaron a varias familias con los grupos estudiantiles. Se espera que esta Fundación en Medellín contribuya al funcionamiento y mejoras del Plan Socio-familiar, con un apreciable aporte. La Familia Aristizabal nombró una Junta Directiva en esta ciudad, integrada por el Dr. Héctor Abad Gómez, Profesor Jefe del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina; Dn. Santiago Aristizabal y un Representante de la Venerable Curia.
15. Tal como se anunció en Boletín especial, tuvimos la visita del Dr. Arnoldo Gabaldón, uno de los malariólogos más distinguidos del mundo, quien expuso en excelentes conferencias los avances de la lucha antimalárica en Venezuela y los cambios sociales de toda índole que tal campaña ha traído a su país. El Dr. Gabaldón hacía 18 años había visitado esta ciudad y ahora regresó altamente sorprendido del adelanto de esta y de sus Facultades universitarias.
  16. El Programa Radial que los estudiantes de Medicina Preventiva tienen establecido desde el año pasado, se ha ampliado durante este semestre a las emisoras Radio Bolivariana y La Voz de Medellín. Aquella lo retransmite directamente de la Emisora Cultural de la Universidad de Antioquia de 8:30 a 9 p.m., todos los jueves, y La Voz de Medellín lo retransmite en grabación todos los domingos de 10:30 a 11 de la mañana.
  17. Durante el mes de Marzo se practicaron en el Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Medicina 1.172 exámenes, y el Laboratorio Clínico del Hospital de San Vicente de Paúl se efectuaron 12.450 exámenes.
  18. Del 1º al 6 del presente mes, es el tiempo hábil para que los señores Profesores pasen a la Secretaría las calificaciones de las pruebas parciales de las asignaturas que se cursan en el primer semestre del año lectivo.
  19. Exito completo tuvieron las gestiones de la H. Junta Directiva del Hospital para la financiación del Centro de Diagnóstico. Dicho centro funcionará en un edificio planeado en conjunto, situado en la calle Barranquilla, y estará compuesto de los siguientes departamentos del hospital: Consulta Externa, Policlínica, Laboratorio Clínico, Rayos X y Radioterapia, Historias Clínicas y Estadística.
  20. Una comisión de la Junta del Hospital de San Vicente de Paúl compuesta por el Presbítero Antonio Jaramillo, Dn. Jesús Mora y el Dr. Ignacio Vélez Escobar, se reunió con la Junta de la Cía. Colombiana de Tejidos "Coltejer". El Dr. Vélez Escobar hizo una brillante exposición de las necesidades del Hospital y dio a conocer los planes de sus directivas para duplicar la capacidad sin aumentar el número de camas existentes, mediante la disminución del promedio de estadía a base de mayor eficiencia, para lo cual se hacía necesaria la construcción del Centro de Diagnóstico. Terminó solicitando la financiación, por parte de Coltejer, del bloque que comprende la Consulta Externa, el Laboratorio Clínico y el Dpto. de Historia Clínica. La Junta y la Asam-

blea General aprobaron por unanimidad dicha financiación hasta por un valor de \$ 500.000.00. Por otra parte, ya está asegurada la construcción de la Policlínica con fondos del Hospital y del Municipio de Medellín. La construcción de la Consulta Externa fue iniciada a mediados del mes de marzo y deberá ser inaugurada el 22 de octubre próximo, fecha del centenario de Coltejer.

21. A consecuencia del cierre de la oficina de registro de importaciones durante un largo período, se han agotado en forma alarmante las existencias de algunos materiales de primera necesidad en el Hospital de San Vicente de Paúl. Rogamos por lo tanto al Cuerpo Médico limitar el consumo de elementos a lo estrictamente necesario, hasta tanto se obtenga la aprobación de licencias de importación y se reciban los despachos correspondientes.
22. Durante los días comprendidos entre el 17 y el 31 del mes próximo pasado, nos visitó el Dr. Ralph Baillif, Profesor de Histología y Neuroanatomía de la Universidad de Tulane, New Orleans, en intercambio de esta Universidad con la nuestra, y como enviado por el Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Dr. Baillif dictó varias conferencias relacionadas con métodos de enseñanza de las asignaturas de las cuales es Profesor, y especialmente una a los Neuro-cirujanos sobre los "METODOS DE ESTUDIO DE LA NEUROANATOMIA".

Dr. IGNACIO VELEZ ESCOBAR  
Decano Facultad de Medicina,  
Universidad de Antioquia.

