

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 3 — MEDELLIN, NOVIEMBRE DE 1953 — NUMERO 9

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:

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

Prof. Oscar Duque Hernández, M.D.  
Decano de la Facultad

## REDACTOR JEFE:

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

## REDACTORES:

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

Margarita Hernández B.,  
Administrador.

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

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.

Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38

# SUMARIO:

## TRABAJOS ORIGINALES

Tratamiento Médico de la Tuberculosis. Dr. Rafael J. Mejía . . .	613
Fenómenos Locales y Ganglionares del B C G. Dr. Edmundo Medina M. . . . .	625
Cinco Casos de Persistencia del Canal Arterial. Drs. Alberto Vejarano, Alfonso Bonilla Naar y Rojas Franky . . . . .	630
Tratamiento Quirúrgico de un Aneurisma de la Aorta Descendente. Dr. Alberto Vejarano . . . . .	636
Pericardiectomía. Drs. José Pablo Leyva y Alberto Vejarano . . .	638
Esofaguetomía Trans-Torácica Derecha. Drs. Alberto Vejarano y Orlando Jiménez . . . . .	639

## RESUMEN DE CONJUNTO

Suero Antitetánico Preventivo y su Aplicación. Dr. Carlos Luis Sierra . . . . .	641
---	-----

## EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

Tratamiento de las Adenopatías Metastásicas del Cuello. Dr. Juan A. del Regato. Trad. B.M.P. . . . .	644
--	-----

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Acta de la Academia de Medicina de Medellín, febrero 27 de 1952 .	648
Acta de la Academia del 12 de marzo de 1952 . . . . .	652
Serología de la Sífilis. Dr. José J. Escobar A. . . . .	654

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín No. 31 de noviembre de 1953 . . . . .	655
---	-----

## NOTICIAS

Resolución No. 1899 de 1953 . . . . .	665
---------------------------------------	-----



# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

---

VOLUMEN 3 — MEDELLIN, NOVIEMBRE DE 1953 — NUMERO 9

---

## TRABAJOS ORIGINALES

### TRATAMIENTO MEDICO DE LA TUBERCULOSIS

Dr. Rafael J. Mejía  
Académico de Número.

#### ESTREPTOMICINA

El intento inicial de tratar la tuberculosis con antibióticos se hizo en 1938 cuando Rich y Follis ensayaron la sulfanilamida (Diazona, Promin etc.), pero su escollo estuvo en la toxicidad.

Luego se usó la penicilina sin resultado satisfactorio.

Fue en 1944 cuando Skats, Bugis y Waksman, de la estación agrícola experimental de New Jersey, aislaron la estreptomina de dos cepas de actinomicetes griseus y encontraron que tienen acción selectiva sobre las bacterias Gram negativas. Esas cepas se obtuvieron de tierra muy labrada y de la garganta de un pollo.

Es un polvo crema, ligeramente oscuro, higroscópico, insoluble en éter y acetona y soluble en agua. Soluciones hasta 60° y durante diez minutos no pierden su actividad. Se conserva bien en solución en refrigeradoras, pero es conveniente usar siempre soluciones nuevas, con no más de 24 horas.

Las sales usadas son el sulfato y el clorhidrato. Un gramo o sea la unidad S., tiene un millón de la sal pura, pero el sulfato tiene sólo 798 unidades por miligramo, al paso que el clorhidrato tiene 842, lo que lo hace más activo pero es más doloroso.

*Acción.*—Feldman, Mau y otros hicieron una investigación con 49 curies inoculados con cepa humana. De esos, 25 recibieron estreptomycin por 166 días y los otros 24 quedaron de testigos. De los tratados murieron 2 y 17 de los testigos. Luego la autopsia reveló diseminación tuberculosa en los testigos, al paso que en los tratados se hallaron sólo lesiones mínimas y en 13 no se encontraron lesiones.

*Intolerancia o Toxicidad.*—Se ha comprobado que no hay acción sobre el hígado y los riñones, pues se han hecho pruebas después de una inyección intravenosa de 600.000 unidades y sólo se han encontrado ligeras albuminurias y hematurias.

*Modificaciones sanguíneas.*—Se presentan leucopenias con granulocitopenia, lo que indica suspensión del tratamiento; en unas sobrevienen eosinofilias, pero éstas no indican suspenderlo.

*Difusión y excreción.*—Varía según la dosis y la forma de administración. Poniendo un gramo de una vez, se obtiene un nivel sanguíneo de 32 microgramos por 1 c. c., nivel que permanece entre 4 y 8 horas. Administrando 0.50 cada 6 horas, el nivel se va creciendo hasta alcanzar su máximo a las 24 horas.

Se le encuentra en el líquido cefalo-raquídeo, en la bilis, en el líquido pleural, pero no se ha encontrado en el tejido cerebral.

*Excreción.*—El 60 al 80% se excreta por la orina, 2% por las materias fecales, pero es una excreción más lenta que la penicilina.

*Drogas usadas.*—En un principio se usaron el sulfato y el clohidrato de estreptomycin, pero luego se usó especialmente la dihidroestreptomycin, menos tóxica que las anteriores. Ultimamente la casa Squibb ha dado un producto que tiene partes iguales de sulfato y de dihidro, conocido con el nombre de ambistryn, al que se le atribuye menor toxicidad y a la vez se considera que aleja la resistencia, pudiendo usarse por más largo tiempo que los otros productos.

*Vías de administración y dosis.*—Se usa la vía intravenosa continua e intermitente, intramuscular continua e intermitente, subcutánea, intrarraquídea y por nebulizaciones. La vía de elección es la intramuscular intermitente.

En un principio se usaron altas dosis (2 a 3 gramos diarios repartidos en 6 a 8 inyecciones). Hoy se tiende a reducir las aplicaciones y las dosis.

#### *Esquemas de tratamientos:*

1º) - Un gramo diario en dosis de 0.50 cada 12 horas.

2º) - Medio gramo en dosis de 0.25 cada 12 horas.



3º) - Un gramo cada tres días en dos dosis (0.50 cada 12 horas) Pas los otros dos días.

4º) - Un gramo en dos dosis repartidas en la semana y Pas los otros días.

5º) - Las mismas dosis, pero usando la Isoniacida diariamente.

Las diluciones se hacen en agua destilada en soluciones de novocaína o procaína al 1%.

En un tiempo se usaron vehículos en los que la liberación se hacía gradual, del tipo de la gradualina de Life, pero es lo cierto que en el Sanatorio hemos abandonado por completo su uso, pero hay algunos médicos que continúan usando esos vehículos, que tienen la ventaja de que hay que hacer una sola inyección en las 24 horas.

*Indicaciones.*—Las mejores indicaciones se encuentran en las formas agudas, las neumónicas y las infiltrativas. De acuerdo con esto, preferentemente en las laringitis, en la T. B. C. miliar, neumonías y bronconeumonías, etc.

En las formas renales sin cavernas, en las meningitis los pacientes deben recibir 50 miligramos intratecales a intervalos de 24 a 72 horas.

Como dosis total se llegó en un principio hasta 120 y 150 gramos, pero actualmente fluctúa entre 40 y 50 gramos. Los americanos sostienen que no se debe pasar de 42 gramos.

En los niños hemos empleado sin inconveniente 0.50 gramos en dos partes cada 12 horas en los mayores de 5 años; 0.20 gms. cada 12 horas en los menores, así que una ampolla de 1 gramo se disuelve en 10 c. c. para aplicar 2 c. c. cada 12 horas.

*Intolerancia.*—En la práctica hemos observado varias clases de intolerancias:

a) - Locales: excesiva sensibilidad, hay casos de verdadero impedimento a los movimientos de los miembros, se nota sobre todo con el clorhidrato, no obstante usar soluciones de novocaína al 1%.

b) - Manifestaciones alérgicas: herpes labial, eritemas, sensaciones de calor facial, cefaleas.

c) - Manifestaciones nerviosas: mareos, náuseas, vómitos y obnubilaciones visuales.

Pero lo más importante es saber y tenerlo muy presente, que la estreptomycinina produce mareos por su acción sobre el 8º par y la dihidroestreptomycinina, sorderas; tanto los mareos como la sordera son irreversibles.

En los casos distintos de los mareos y la sordera, los signos de in-

tolerancia se combaten fácilmente con antihistamínicos y con calcio.

*Resistencia.*—Esta puede ser clínica o bacilar.

La primera se nota en enfermos con buenas medicaciones que no mejoran u otras en que se inicia la mejoría y un día cualquiera empiezan a revelar retroceso sin haberse conseguido modificación en las lesiones.

La bacilar o bacteriológica, demostrada en los experimentos de laboratorio con cultivos, testigos y otros con adiciones de estreptomycinina en dosis diferentes.

En su famosa conferencia en la 5ª Conferencia Nacional de Tuberculosis del Prof. Vaccarezza, relata estadísticas en que la demuestra con las dosis altas usadas al principio de 90 a 120 gramos. Partearroyo ha comprobado que el 93% de los tratantes sufrieron estreptomycinoresistencia y anota que en unas la precocidad en su aparición es muy absoluta y cita el caso de que a los 13 gramos se presentó la resistencia y estudiada 4 meses después persistía.

Cuál es la naturaleza de esta resistencia? En un principio se pensó sólo en la adaptación, significando que el B. K. en un ambiente con estreptomycinina en forma paulatina adquiriera esa resistencia como medio de defensa. Estudios recientes, si bien no descartan aquella posibilidad biológica, afirman y con fundamento, que se trata de un fenómeno de selección y se ha comprobado que en casi todos existen cepas que desde el principio son resistentes a la droga, así que mueren las sensibles y quedan las resistentes multiplicándose. De aquí la importancia admitida hoy de la asociación de estreptomycinina y otros antibióticos, así sean sulfonas, Pas, tiozemicarbazones, izonizada, etc., que no sólo pueden obrar sobre esas formas aisladas estreptomycinoresistentes, sino que es hecho demostrado que retardan considerablemente la aparición de la resistencia.

El consejo de investigaciones médicas de la Gran Bretaña en enfermos tratados 90 días, comprobó que la proporción de cepas sensibles era sólo de 21% y el 79% restante se habían hecho resistentes; en cambio en grupos de enfermos tratados con la misma droga y con Pas, se registró después de 3 meses, que el 89% permanecieron sensibles y sólo 11% se habían hecho resistentes.

Estudios americanos consideran que a los 42 días se inicia la resistencia, de allí la tendencia general a no elevar más de esa cifra el tratamiento con estreptomycinina.

En nuestra reciente visita a Sur América pudimos ver estudios interesantes en Lima (Sanatorio Bravo Chico) en los que se comprue-



ba que cepas persistentes resistentes se hacen sensibles a los 28 días de tratamiento con isoniazida.

De este fenómeno de la resistencia a la estreptomycin se deducen dos grandes incidencias: la del pronóstico del enfermo que después no podrá servirse eficazmente de la droga, y la incidencia social, ya que es un hecho que el enfermo estrepto-resistente, transmitirá a los demás bacilos no sensibles. Qué grave daño y responsabilidad la de los médicos que pretendiendo ignorar estos hechos, usan a mano llena una droga de dos filos.

## TIOSEMICARBAZONE

### T. B. 1 - Conteben (alemán)

Desde 1940 Domafk había comprobado con experiencia que el sulfatiazol, era entre las muchas substancias quimioterápicas investigadas por él, la que acción más notable tenía contra el B. K., tanto en pruebas bacteriostáticas como en animales.

De las sulfonamidas sólo tienen este efecto algunos derivados sulfatiazolios. Pero la experiencia clínica mostró que el efecto específico de esos compuestos no influía con eficacia en los tuberculosos y además era bastante tóxico. Se hicieron ensayos para intensificar aquel efecto, pero fracasaron.

Fue entonces cuando Behnisch puso a disposición de Domafk, para sus ensayos, las anemias heterocíclicas libres de sulfonamidas y más tarde los tiosemicarbazonas. Algunos derivados de este grupo mostraron en aquellas experiencias marcada eficacia sobre el B. K. Ensayos hechos por Domafk in vitro e in vivo permitieron dar a luz en 1945 el preparado denominado Conteben, previamente llamado T. B. 1/698 y más tarde T. B. 1.

*Datos químicos:* Es un polvo cristalino, de color amarillo, es prácticamente insoluble en el agua, pero se disuelve mejor en el suero. Es soluble en glicerina.

*Datos experimentales:* Según aquellas experiencias se llegó a afirmar que su poder tuberculoestático era superior a la estreptomycin y el Pas.

*Usos:* Está indicado en las lesiones pulmonares de tipo exudativo, en diseminaciones hematógenas, frescas etc.

También lo han indicado por vía intrapleurale para el tratamiento

de derrames purulentos y serofibrosos, pero nuestra experiencia a este respecto no es satisfactoria y las hechas por Lichtenstein en Chicago durante 4 meses, con soluciones de 200 mgs. de T. B. 1 en 10 c. c. de glicerina, fueron también poco halagadoras.

También se ha indicado en el tratamiento local de las cavernas con soluciones en glicerina al 10%, aplicando de 0.20 a 0.50.

En la T. B. C. urológica se ha empleado por su gran eliminación por el riñón, pero su efecto es inconstante en la T. B. C. genital. Es lógico que en los casos de T. B. C. renal cavitaria sólo la cirugía daría efectos completos.

En la T. B. C. ósea, el T. B. 1, como los demás antibióticos conocidos no da resultados halagadores debido a la dificultad de hacer llegar el medicamento por vía sanguínea.

Mejores efectos se han conseguido en la tuberculosis cutánea y en el eritema nudoso.

Pero es en las tuberculosis de las mucosas, donde el T. B. 1 ofrece las mayores garantías de existir, son verdaderamente impresionantes por su rapidez en la acción, especialmente en la T. B. C. laríngea, intestinal y vesical.

*Dosificación.*—Nosotros hemos uniformado más o menos la dosificación así:

1ª semana:  $\frac{1}{2}$  tableta (0.025) por día.

2ª semana: 1 tableta (0.050) diaria.

De allí en adelante se aumenta  $\frac{1}{2}$  tableta por semana hasta completar una dosis máxima diaria de 4 tabletas de 0.050 o sean 0.20 dgms.

En otras ocasiones iniciamos con  $\frac{1}{2}$  tableta (0.025) a mañana y noche por 8 días a 10 y si la tolerancia es buena pasados a 20 tabletas diarias y así se continúa hasta terminar.

El tratamiento global se hace por cinco meses.

Debemos declarar que en general no se han observado ni en el Sanatorio de La María ni en el Dispensario Antituberculoso las intolerancias de orden hepático y hematológico de que tanto habla la literatura sobre esta droga.

Observaciones cuidadosas llevadas por el Dr. Alfonso Mejía en un grupo de enfermos del Sanatorio dieron por resultado el hecho de que la expectoración se hace abundante, que las lesiones mucosas ceden rápidamente y que en un porcentaje alto de pulmonares, la expectoración se hace sanguinolenta y aun se presentaron frecuentes hemoptisis.

En general se presenta una moderada anemia en los primeros días del tratamiento, anemia de carácter normoóptico, en veces micro-



éfico y en veces con deformaciones morfológicas de los hematíes, la que sí es más constante es la hipocromía con moderado descenso de la tasa hemoglobínica. Pero es de anotar que poco después se recupera el cuadro hemático sin necesidad de aplicar tratamiento especial. Con todo nosotros siempre instituímos un tratamiento anti-anémico desde el principio y concomitante con el T. B. 1.

La sedimentación se modifica al principio en sentido desfavorable, para luego descender, lo que parece estar de acuerdo con las características de la anemia.

De un detenido estudio hecho a este respecto por el Dr. Sigfrido Evdstein en la Cátedra de Patología de la T. B. C. en el Pabellón Roch, de Buenos Aires, se dio el siguiente resumen:

1º - Se realizó un control hematológico prolongado en una serie de enfermos tratados con tiosemicarbazone.

2º - No se observó ningún accidente de importancia de parte del aparato hematopagético.

3º - En una parte se registró una anemia pasajera, aparentemente de origen hemolítico, cuya patogénesis debe ser compleja.

4º - Se atribuyó la falta de complicaciones a la dosificación cautelosa con que se aplicó la droga.

## P A S

Para iniciar el estudio del Pas, quiero transcribir los propios conceptos emitidos por su descubridor, el Profesor Josfen Lehman, a quien el Congreso del America College of Chest Physicians le dio la medalla del mérito en agosto del año pasado en Río de Janeiro.

Dice Lehman: Se ha sabido muy poco del metabolismo del bacilo de Kock hasta que el bioquímico americano, Federik Bernheim en el año de 1940 mostró que los ácidos benzoicos y salicílicos estimulan específicamente la absorción del oxígeno de los bacilos. Esta observación abrió la puerta a la vida interna de la célula e invitó a atacar la célula. Este ataque se efectuó sobre mi escritorio en marzo de 1943, sencillamente al escribir la fórmula del ácido salicílico con un grupo amino introducido en la para-posición y sugiriendo que este único grupo amino podría cambiar el efecto estimulante del ácido salicílico a un efecto inhibitorio. La fórmula fue mandada a los laboratorios de investigación de la Cía. Farmacéutica Ferrosan en Malino (Suecia), con el pedido de sintetizar la sustancia. A pesar de la sencilla estructura de ella, la síntesis llegó a ser muy difícil. En diciembre del mismo año



el Dr. Rosdahal logró la síntesis usando un método ya descrito en 1902 por Seidel y Bittever, y consultando en 7 diferentes procedimientos químicos.

En diciembre de 1943 se iniciaron los estudios en cepas de B. K., añadiendo diferentes concentraciones de Pas. Luego se hicieron estudios sobre su toxicidad en animales y resultó ser tan pequeña tanto por vía oral como por inyecciones intravenosas e intramusculares.

En mayo de 1944 se iniciaron los experimentos clínicos en el Sanatorio Renstrom de Gotemburgo con la colaboración del Médico Jefe Dr. Vallentin y se obtuvo esta conclusión: "Fuera del alto efecto tuberculínico y la baja toxicidad, el Pas tenía otra propiedad notable: era el primer agente químico-terápico específico contra una particular especie dentro de las células de las bacterias, pues se comprobó que el B. K. era completamente inhibido con 0.2 mg. % de Pas, mientras que los otros bacilos, estafilococos, estreptococos, etc. necesitaban entre 600 y aún hasta 2.000 mgs. para poder ser inhibidos en su crecimiento.

Las soluciones de Pas deben emplearse nuevas si se usa la vía intravenosa. Para otras vías se puede usar pero es de advertir que la solución que en un principio es clara o ligeramente amarillosa, toma más tarde un color castaño, pero no es tóxico.

Una solución de Pas se absorbe rápidamente en el intestino y se difunde fácilmente en los tejidos, pero se excreta rápidamente por los riñones, alrededor de las 3 horas, de allí la necesidad de darlo al menos con ese espacio de tiempo. Esta excreción rápida es una desventaja del Pas porque su nivel sanguíneo no es constante, sino que baja pronto.

Otra desventaja del Pas estriba en que por el ácido salicílico es un irritante de la mucosa del estómago. Estas dos desventajas del Pas ha sido posible evitarlas por un simple proceso: de revestir Pas con capa entérica que no se disuelve hasta llegar al intestino. Como los gránulos de Pas se disuelven lenta y suavemente en el jugo alcalino del intestino, su absorción se hace más lenta y se obtiene un nivel en la sangre algo más bajo pero más constante. De allí que el Pas debe darse siempre encima de las comidas y con un alcalino.

No es necesario dar Pas durante la noche con excepción de las meningitis.

**Dosis:** Se administra generalmente en dosis de 10 a 12 gms. al día por vía oral, en comprimidos de 0.50 ctgms., que se deben dar en forma fraccionada cada 2 horas al menos.

Se usa en forma continua o mejor darlo 10 días y descansar 5, tomando como dosis total 1.000 grms. o sean 2.000 pastillas.



Se usa sobre todo combinado con la estreptomina porque está comprobado que evita o al menos retarda la estreptomina-resistencia.

Ya hablé de los estudios a este respecto anotados por el Profesor Vaccarezza, en la Argentina. Las experiencias de Lehman indican que hasta 1 año de tratamiento con Pas sólo dan el 5% de resistencia a esta droga. Usado a dosis comunes y aun 8 grms. al día no se encuentra resistencia a la estreptomina antes de 4 meses de tratamiento.

Ahora la usamos así: 2 días Pas (10 grms. diarios), un día descanso para aplicar un gramo de estreptomina en dos partes ( $\frac{1}{2}$  gmo. a mañana y noche).

Intravenosa se preconiza actualmente gota a gota, alcanzando la dosis de 30 a 40 grms. diarios en 24 horas, durante 15 a 20 días, con resultados halagadores en formas agudas (granulias y meningitis).

*Indicaciones:* Las mismas de la estreptomina y en los casos de intolerancia a esta droga.

En consecuencia debe emplearse:

1º - En la primo-infección, la indicación más formal y mejor del Pas. En este caso usar los granulados dando de 2 a 10 grms. según la edad; una buena fórmula es:

Pas . . . . .	20 a 50 grms.
Bicarbonato de sodio . . . .	10 a 20 grms.
Jarabe de C. D. N. A. . .	30 a 40 grms.
Agua destilada c. s. p. . .	500 grms.

Cucharaditas c/2 horas de día y si despierta en la noche darle hasta 2.

En el lactante se mezcla al biberón.

2º - En la tuberculosis pulmonar, formas exudativas. En la pleuro-tuberculosis: usarlo por vía oral e inyectarlo en soluciones del 20% de 10 c. c. en 15 a 20 días se obtiene la mejoría completa.

En la meningitis tuberculosa (dado intravenosamente gota a gota), usarlo unido a la estreptomina tanto intramuscular como intrarraquídea (de 0.05 a 0.10 intrarraquídea pero no usar la dihidroestreptomina).

## ISIONACIDA

La hidrazida del ácido isonicotínico fue sintetizado en Praga en el año de 1912 por 2 químicos austriacos, Hans Meyer y Josef Mally.

En 1940 Domafk encontró lo que ya dijimos en relación con el T. B. 1, que el sulfatiazol y el sulfadiazol poseían frente al B. K. una fuerte acción bacterio-estática en diluciones hasta del 1 50.000.



Este hallazgo dio origen a nuevas investigaciones químicas: Behmisch en 1948 comprobó que su acción no dependía del grupo sulfamídico, sino del anilo tiazol y tiodiazol y por substituciones adecuadas obtuvo compuestos más eficaces y preparó los tiosemicarbazonos (T. B. 1). Recordemos que Bomafk en Alemania a su vez investigó la manera de arbuir los tiosemicarbazonos y preparó el Centebén.

Mientras estos investigadores trataban de explicar el poder de los tiosemicarbazonos, Chorine en 1945 informaba que la nacinamida tenía efecto antituberculoso, pero los ensayos hechos en Italia, Francia y Alemania no alcanzaron el éxito deseado.

La aparición de la estreptomocina y el Pas, relegó a segundo grado esas investigaciones, que al parecer iban a quedar en el olvido, hasta que en junio de 1951 se hicieron ensayos clínicos en el Sea View hospital de New York con la Isonicotil genicosil hidrazida, amparados por los laboratorios Roche, que fue substituído el mismo año, en octubre, por el derivado propílico de la Isonicotil hidrazida "nidrazid" Roche, que fue más activo, más tolerado, estable y eficaz por vía oral.

En noviembre de 1952 la casa Squibb facilitaba a algunos clínicos de New York Hospital Cornell Medical Center, la hidrazida del ácido isonicotínico que denominó Nidrazid.

Estos dos estudios semejantes y simultáneos se mantuvieron recíprocamente ignorados hasta enero de 1952, época en que acordaron los dos grupos publicar los resultados hasta entonces adquiridos. La reserva médica fue rota el 21 de febrero con anuncios sensacionales aparecidos en los periódicos de New York. Intervinieron luego la Asociación Nacional de Tuberculosis y el Comité Ejecutivo de la Trudean Society y se acordó celebrar conferencia con la Prensa y la Radio y pasar circulares a sus asociados dando un resumen de las investigaciones sobre la necesidad de no aventurar optimismos prematuros sin antes haber obtenido una completa y más prolongada experiencia.

Se iniciaron rápidamente experiencias en todo el mundo y nosotros en Colombia con el apoyo de aquellas casas hicimos algo interesante que es la tesis de grado del Dr. Juan C. Aguilar.

Finalmente queremos anotar que ya se ha dado un término genérico que es "Isoniazida".

*Propiedades.*—La isoniazida es un compuesto químicamente puro, sintético, cristalino, poco doloroso, soluble en agua y de sabor ligeramente ácido.

Los estudios hechos "in vivo e in vitro" comprobaron su acción bacteriolítica y bacteriostática, lo mismo que se dieron datos precisos



sobre su toxicidad, pudiendo afirmar que prácticamente no existe, pues es siempre moderada, cuando se presenta. Con dosis elevadas se han notado algunos efectos secundarios de poca importancia, tales como estreñimiento, calambres musculares, hiperreflexia, somnolencia, vértigos, algunas veces estado sincopal, descenso de la presión arterial, disuria, fenómenos que generalmente se manifiestan en el principio del tratamiento y sólo cuando se usan las dosis altas desde el principio, de allí que se recomiende, como hecho fundamental, aplicar dosis paulatinamente recientes.

La absorción y difusión se hace rápida y completamente en el organismo, encontrándose poco tiempo después en el L. C. R. (a las 3 horas), de allí su aplicación en las meningitis. A las 48 horas se ha eliminado un promedio de 65% de la droga suministrada. Su excreción se efectúa rápidamente sobre todo por la orina y alcanza en las primeras 24 horas a un 55%; por el sudor, la saliva y hasta por la leche de la mujer se excreta la droga en pequeñas cantidades.

Su actividad clínica se manifiesta sobre la rápida desaparición del síndrome tóxico, viene un aumento del apetito en forma extraordinaria, la disminución de la tos y la fiebre, pero si se dan dosis altas al principio puede elevarse lo que se debe a la disolución bacilar que hace liberar una poca cantidad de principios tóxicos. Viene un rápido ascenso de peso, los esputos disminuyen y rápidamente se consigue la negativación del esputo en un gran número de veces.

Cuando se aplica localmente su efecto es notable como ocurre en las fístulas y en los derrames, en los cuales cambia pronto su consistencia de exudado purulento en serofibroso con rápida desaparición del bacilo.

Se usa especialmente en las formas pulmonares exudativas. En las cavitarias se obtiene a veces mejorías sorprendentes sobre todo en los insuflados con lesión bronquial, al mejorar ésta, desaparece aquélla.

Localmente también se usa entre las cavernas, nosotros empleamos soluciones al 5%, 5 c. c. pero también se usa en polvo.

La Isoniacida se ha mostrado igualmente eficaz en la tuberculosis ósea y articular, sobre todo aplicada en forma local, en la tuberculosis peritoneal, en la genital de la mujer, en las formas fistulizadas. Lo mismo ocurre con el lupus y el eritema nudoso.

*Dosis y aplicación.*—La dosis más aceptada es de 4 a 5 mgs. por kilo de peso, pero se puede llevar hasta 10 mgrs. por kilo de peso; lo mejor es iniciar con dosis pequeñas y aumentar según la tolerancia. Si se presentan síntomas de intolerancia es conveniente disminuir. Hoy



hay tendencia a usar dosis bajas porque con ellas se consiguen resultados similares. Debe darse siempre encima de las comidas.

También la damos combinada a la estreptomycin, aplicando 1 gramo en dos veces al día cada dos días.

Para las pleuresías se aplica localmente, poniendo una ampolla diaria de 2 c. c. de la solución al 2%. Pero en casos de pleuresías iniciales es suficiente la terapéutica oral.

En el tratamiento de la meningitis se usa por vía intrarraquídea, usando como dosis diaria máxima para el adulto 100 mgrs. o sean 5 c. c. de la solución al 2% o sean 20 a 50 mgrs., se debe siempre diluir en 10 c. c. de líquido cefalo-raquídeo.

Los niños pequeños reciben 5 mgrs., como máximo 10 mgrs., a los mayores se les puede dar hasta 30 mgrs.

En estos y para lesiones no meníngeas debe comenzarse por dosis diarias bajas de 1 a 2 mgrs. por kilo.

*Presentación.*—La isoniazida se consigue en pastillas de 200 mgrs., de 100 mgrs., de 50 mgrs.

En solución en frascos de 10 c. c. solución al 10% (nydrazid); ampollas de 5 centímetros solución al 2% (neoteben); ampollas de 10 c. c. de Rimifón al 2,50%, cada 1 c. c. tiene 25 miligramos de Isoniazida.

## BIBLIOGRAFIA

1. JEAN PARAF, JEAN DESBORDES, MADELAINS PARAF y PIEIRS ZIVY. - "El tratamiento de la tuberculosis por el ácido Paraminosalicílico". Hoja fisiológica. Tomo X, 135, 1950.
2. ATILIO OMODEI ZORINI. - "La experiencia del Instituto C. Forlanini sobre el nuevo preparado quimioterápico antituberculoso: "La Hidracida del ácido isonicotínico". Hoja Tisiológica. Tomo XII, 341, 1952.
3. H. SCHOLTZE y W. RIED. - "Nuevos datos acerca del tratamiento de la tuberculosis con tiosemicarbarzone". Revista de Información Terapéutica. Año XXIV, 36, 1951.
4. ROBERTO CETRANGOLO. - "Los antibióticos modernos en el tratamiento de las cavernas del pulmón". Hoja Tisiológica. Tomo XII, 146, 1952.
5. OVIDIO GARCIA ROSSELL y otros. - "Resultados clínicos del empleo de los derivados del ácido isonicotínico". Revista de Tuberculosis peruana. Año XII, Nº 34, 56, 1952.
6. LEOPOLDO MOLINARI. - "La Estreptomycin en el tratamiento de la tuberculosis en los Estados Unidos de Norte América". Revista de Tuberculosis del Perú. Año VII, 1143, 1947.
7. RAMON E. MARIN PITTALUGA, ALFONSO CRISCI, HUGO MALLOSETTI. - "Los antibióticos en la tuberculosis crónica del adulto". IV Congreso Uruguayo de la Tuberculosis. Tomo I, 112, 1951.



8. E. H. ROBITZEK and IRVING J. SELIKOFF. - "Hidrazina derivatives of isonicotinic acid in the treatment of active progressive caseous - pneumonic tuberculosis". The American Review of tuberculosis. Vol. 65, 402, 1952.
9. RAUL F. VACCAREZZA. - "Significado de la estreptomycin-resistencia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar". Memoria de la V Conferencia Nacional de Tuberculosis. Tomo I, 43, 1951.
10. JORGEN LEHMANN. - "Sobre el descubrimiento del Pas, sus grupos activos, su absorción y excreción". Tercer congreso argentino de Tisiología". 462, 1951.

---

## FENOMENOS LOCALES Y GANGLIONARES DEL B. C. G.

### FENOMENOS LOCALES

DR. EDMUNDO MEDINA M.  
Académico de Número

A partir de los primeros meses de este año (1953) se presentó un apreciable aumento de los fenómenos locales producidos por la aplicación del B. C. G. motivo por el cual nos dimos a la tarea de hacer un estudio para indagar sobre la causa de esta nueva modalidad en la campaña de vacunación. Para tal efecto recogimos un personal de 257 niños que habían recibido la vacuna a partir del mes de febrero de este año.

*Método de estudio.* - Todo niño del grupo anterior que se presentaba a controles post-vacunales era sometido al estudio de la reacción local del B. C. G., reacción que se anotaba en la clasificación que aparecerá más adelante. Al mismo tiempo se hacían pruebas de control de la alergia utilizando simultáneamente soluciones de O. T. y P. P. D. equivalentes al 1%. Igualmente en los casos en que era posible recoger material de los nódulos reblandecidos se practicaron exámenes directos, cultivos e inoculaciones utilizando los servicios del Instituto de Bacteriología de la Facultad de Medicina. Damos a continuación los resultados de nuestras observaciones:

*Reacciones Locales.* - En los 257 casos observados anotamos las siguientes reacciones locales:

*Nódulos reblandecidos:* 33 - %: 12.8.

*Nódulos duros:* 9 - %: 3.5.

*Costras hemáticas:* 34 - %: 13.2.

*Costras meliséricas:* 8 - %: 3.1.

*Úlceras:* 7 - %: 2.7.

*Exulceraciones:* 16 - %: 6.2.

*Cicatrices:* entre 3 y 12 milímetros: 63 - %: 24.5.

Se presentó un solo caso de **reacción ganglionar múltiple:** axila, cuello y mediastino.

*Sin ninguna reacción:* 87 - %: 33.9.

En los datos anteriores es necesario **hacer** algunas observaciones. En primer término es de notar que la **mayoría** de los nódulos se presentaron en su fase de reblandecimiento, **pero** por inconvenientes de diversa índole sólo fue posible hacer **estudios bacteriológicos** completos en 5 casos, cuyos resultados finales anotaremos más adelante.

El número de úlceras aparece **bajo**, debido a que la mayor parte de ellas se presentaban cubiertas **por costras hemáticas** y nos pareció más correcto clasificarlos en este **último grupo**. En cuanto se refiere a las cicatrices conceptuamos que **no debían tenerse** en cuenta las menores de 3 milímetros.

*Estudios bacteriológicos:* De los 5 casos en los cuales fue posible hacer estudios completos se obtienen los siguientes resultados:

*Examen directo:* Negativos para ácido-alcohol resistentes: 4 - Positivos: 1.

*Cultivos:* Negativos para ácido-alcohol resistentes: 4 - Positivos: 1.

*Cultivos positivos para piógenos:* 4. - *Sin infección agregada:* 1.

*Inoculaciones:* Todas negativas para el Bacilo de Koch.

*Estudios de la alergia:* En todos los casos de la presente investigación practicamos simultáneamente solución de tuberculina antigua al 1% y solución equivalente de P. P. D. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Total de pruebas positivas: 86; % 33.5.

Total de pruebas negativas: 171; % 66.5.

Total de reacciones iguales con O. T. y con P. P. D.: 212; % 82.6.

Total de pruebas positivas con O. T. y negativas con P. P. D.: 33; % 12.8.

Total de pruebas negativas con O. T. y positivas con P. P. D.: 12; % 4.6.

COMENTARIOS. - Por el resultado obtenido de los estudios bacteriológicos que pudieron ser verificados pueden sacarse las siguientes conclusiones:

a) Debe descartarse, una vez más, la posibilidad de una exalta-



ción de la virulencia en el B. C. G. producido en el laboratorio Samper-Martínez.

b) La mayor parte del contenido de los nódulos reblandecidos presentó gérmenes asociados, posiblemente por infección secundaria en el momento de la aplicación de la vacuna. Se presume lo anterior porque si esta infección hubiese ocurrido en el momento de preparación de la vacuna, el porcentaje de nódulos debió haber sido inmensamente mayor.

c) Por la gran incidencia de reacciones locales observadas en el presente estudio y las ganglionares que fueron estudiadas en el año pasado, puede presumirse que la vitalidad del bacilo está aumentada. Sin embargo existe un hecho contradictorio de difícil explicación y es el bajo porcentaje de la alergia post-vacunal y la gran incidencia de las reacciones locales. A no ser que éstas sean debidas en su mayor parte a infecciones secundarias lo que no es muy probable.

d) La incidencia comparativa de positividad entre el P. P. D. y la tuberculina antigua, personalmente nos demuestra una vez más, que O. T. tiene un poder de reacción mayor que P. P. D.

### ADENITIS

Desde que comenzamos a observar la gran frecuencia de aparición de adenitis, escogimos un grupo de 931 vacunados con el objeto de hacer una investigación sobre todos los nuevos aspectos de la vacunación. Desafortunadamente de este total de 931 vacunados, sólo han concurrido con regularidad para los correspondientes estudios, 547 niños y es sobre esta cifra que hemos obtenido las observaciones que pasamos a comunicarles.

1º) *Adenitis post-vacunales.* - Desde los primeros días del mes de junio se observó una gran frecuencia de adenitis después de la introducción intradérmica de B. C. G. Estas adenitis, en su inmensa mayoría eran de localización axilar, unas pocas cervicales y en un caso la adenitis apareció en la región escapular, cerca al sitio de la inoculación. El tamaño de los ganglios fue muy variable, pero en su mayoría presentaba un diámetro de 30 milímetros. Muchos de ellos alcanzaron mayores dimensiones y llegaron a reblandecerse, pero ninguno, hasta el momento se ha abierto espontáneamente. La frecuencia de estas adenitis fue de un 43%, puesto que de los 547 niños observados, 237 presentaron reacciones ganglionares. Este dato comprueba por sí solo que ha habido un cambio en el modo de actuar del producto porque debemos tener en cuenta la frecuencia de este fenómeno antes de junio del presente año.

En efecto, de un promedio de 60.000 vacunaciones que se habían practicado en este Dispensario hasta junio de 1952 la aparición de adenitis no alcanzaba un 1 por 10.000. Luego es necesario concluir que la modificación introducida a la técnica de preparación ha sido la causa del aumento en la frecuencia de la aparición de adenitis, máxime cuando hay una exacta coincidencia entre este fenómeno y la nueva modalidad en la preparación del B. C. G.

2º) *Controles post-vacunales.* - De acuerdo con nuestra propia experiencia y con los datos de otros países, la conversión tuberculínica hacia la positividad, ocurre en el segundo o tercer mes después de aplicado el B. C. G. y muy raramente al primer mes. En el grupo de los 237 niños que han presentado adenitis la prueba tuberculínica fue positiva al primer mes en 218 casos o sea en un 91.9% y fue negativa al cabo del mismo tiempo en 19 casos o sea en un 3.4%. Similar frecuencia se ha observado en los casos que no presentaron adenitis. Es decir que puede decirse que las cifras están invertidas. Fenómeno éste también que se ha presentado a partir de los primeros días de junio de este año. En cuanto a la intensidad de los controles tuberculínicos post-vacunales, no se ha presentado nada anormal, puesto que la gran mayoría de las lecturas corresponde a una o dos cruces y sólo en 10 casos la tuberculina post-vacunal fue de tres cruces.

3º) *Supuración del nódulo vacunal.* - En algún estudio anterior habíamos anotado que de los 547 vacunados que hemos estado observando han presentado supuración del nódulo 511 niños, es decir un 93.4%. En este aspecto ha habido también una notable modificación que coincide con la fecha a que nos hemos venido refiriendo.

4º) *Estudios ganglionares.* - En colaboración con el Instituto de Bacteriología de la Facultad de Medicina hemos venido haciendo estudios del producto obtenido de los ganglios que se han presentado reblandecidos. En el examen directo del contenido ganglionar se encontraron bacilos ácido-resistentes, sin ninguna infección asociada. Los cultivos de este mismo contenido fueron igualmente positivos para bacilo de Kock. Las inoculaciones directas del contenido ganglionar demostraron que los bacilos observados *carecían de virulencia*. El mismo resultado se obtuvo con las inoculaciones verificadas con el producto de los cultivos. Por la presencia de bacilos ácido-resistentes en los ganglios y la ausencia de infecciones asociadas, puede concluirse que las adenitis fueron provocadas por el B. C. G. El examen directo de los nódulos vacunales también demostró la presencia de bacilos ácido-resistentes.



5º) *Estudios radiológicos.* - Todos los 547 casos fueron sometidos a severas investigaciones radiográficas. Solamente en un caso se observó la presencia de ganglios mediastinales. Sin embargo no creemos que este fenómeno pueda ser atribuible al B. C. G. porque se refiere a un niño que vive en un ambiente eminentemente contagioso y por consiguiente es presumible que se trate de una infección virulenta agregada, máxime cuando los estudios radiológicos de los 546 restantes fueron completamente normales.

6º) *CONCLUSIONES.* - Por los datos anteriormente expresados nos atrevemos a proponer las siguientes conclusiones:

1ª) Con la modificación introducida en la preparación del B. C. G. se aumentó notablemente su potencialidad hasta el punto de provocar un altísimo porcentaje de adenitis específicas y de supuraciones del nódulo vacunal, lo mismo que positividad precoz en los controles tubercúlinicos post-vacunales.

2ª) Por los estudios bacteriológicos verificados con el contenido ganglionar y las investigaciones radiológicas hechas en los casos observados, puede asegurarse que el B. C. G. que hemos estudiado no ha retornado a la virulencia y por consiguiente su uso puede recomendarse sin reservas por ser inocuo y eficaz.

3ª) A pesar de que ni las adenitis, ni las supuraciones locales tienen importancia fundamental, es indispensable estudiar la forma de disminuir la frecuencia de estos fenómenos, pero procurando conservar al producto su alta facultad alergizante. Esto se sugiere porque no hay que olvidar que el público que asiste a la aplicación del B. C. G. es un personal ignorante, que con la frecuente aparición de los fenómenos anotados tiene tendencia a perder la confianza en este excelente método de inmunización contra la tuberculosis.

Agosto de 1953.

## CINCO CASOS DE PERSISTENCIA DEL CANAL ARTERIAL.

DRS. ALBERTO VEJARANO  
ALFONSO BONILLA NAAR  
GUILLERMO RUEDA  
ROJAS FRANKY

Antes de presentar estos casos, es nuestro deseo hacer un recuento de casos similares operados por diversos cirujanos en esta ciudad, desde 1948 hasta la fecha.

El primer cirujano que intentara entre nosotros esta operación fue el Dr. Jorge Salcedo Salgar, a raíz del primer viaje a Colombia del Dr. Humphryes. Desde entonces los Drs. Jorge Salcedo Salgar, Augusto Britton, Mario Negret, Alfonso Bonilla y el suscrito, hemos operado un total de 14 casos. Es de anotar que todos los cirujanos hemos obtenido 0% de mortalidad operatoria y que uno solo de los casos operados por el Dr. Salcedo murió a las 8 horas de intervenido por un shock sérico posiblemente. Esta serie de operados demuestra que es posible técnicamente efectuar este tipo de intervención, en condiciones similares y con los mismos buenos resultados obtenidos en centros quirúrgicos de reputación universal.

No discutiré la sintomatología clínica de la persistencia del canal arterial, sintomatología está por todos Uds. conocida.

La técnica quirúrgica que hemos seguido en los cinco casos motivo de este trabajo, consiste en una toracotomía postero-lateral izquierda, con resección de a IV o V costillas. Localizaremos luego los puntos de reparo que son el nervio frénico por una parte, el pneumo gástrico y el recurrente laríngeo, por otra. Una vez localizado este primer nervio, se hace una incisión sobre la pleura medias-tínica, paralela al citado nervio frénico y se comienza la disección de las caras anteriores de las arterias pulmonar y aorta. Al hacer esta disección es menester ligar con alguna frecuencia, pequeños vasos sanguíneos que usualmente se encuentran hipertrofiados. Existen además numerosos ganglios linfáticos que dificultan extraordinariamente la labor por la hemorragia en capa que producen al ser extirpados. Sobre la cara anterior y borde interno del arco aórtico se encuentra el pneumo gástrico y siguiéndolo se halla de una manera constante el recurrente laríngeo que, naciendo del nervio mencionado se dirige hacia atrás y hacia arriba abrazando el canal arterial. Es pues la localización del pneumo gástrico y del recurrente laríngeo, la mejor y más



segura forma de encontrar el Ductus Arteriosus. Sobre la cara anterior de dicho conducto se encuentra siempre un repliegue pericárdico, que varía mucho en cuanto a la superficie que recorre, pero que es necesario rechazar en todos los casos, para poder disecar la extremidad pulmonar del canal. Ha sido nuestra costumbre disecar en una forma completa tanto la arteria pulmonar como el cayado aórtico, con el objeto de tener un acceso fácil sobre estos vasos en caso de algún accidente. En un caso de los aquí presentados puede verse la importancia que tiene esta precaución, ya que sin ella el accidente que sufrió el enfermo hubiera sido fatal. Estamos pues listos para la disección de las paredes superior posterior e inferior del canal arterial. Esta disección debe hacerse con el mayor cuidado y es especialmente difícil la de la pared posterior, la cual se hace a ciegas.

Es menester disecar con algún cuidado la cara inferior del ductus y aislar completamente el recurrente laríngeo. Una vez que hemos logrado la disección de todas las caras del canal, pasamos hilos de reparo y solicitamos al cardiólogo cuya presencia siempre solicitamos, la toma de un electrocardiograma para poder saber si al ocluir el ductus se presenta algún cambio que pueda hacer sospechar alguna otra lesión, compensada por el ductus. Si este no observa cambio alguno procedemos a hacer nuestro nudo con seda retorcida gruesa o cinta umbilical, lo más distante posible el uno del otro. Es en este punto en el cual existen diversas opiniones, ya que algunos cirujanos no se contentan con hacer esta ligadura sino que seccionan el canal, previa la colocación de pinzas especiales. Nosotros no, nos hemos considerado lo suficientemente experimentados para hacer esta maniobra, que implica un mayor riesgo para el paciente y que, en nuestro concepto no se justifica, ya que la incidencia de recanalización es muy pequeña. Una vez concluidas estas ligaduras, procedemos al cierre del tórax mediante la técnica por todos conocida, puntos separados y por planos, previa la colocación de un dren bajo agua.

En nuestra serie hemos observado las siguientes complicaciones:

- 1 — Parálisis frénica en un caso, pasajera.
- 2 — Disfonía en dos casos; pasajera.
- 3 — Ruptura del ductus arteriosus con la hemorragia consecuente en un caso.

Es en este momento en el cual se demuestra la importancia de la disección previa aorta pulmonar ya que pudimos colocar un clamp de Satinsky en la extremidad pulmonar y uno de Potts en la aórtica;

seccionamos totalmente el ductus e hicimos sutura continua de los extremos del canal, con seda 5 ceros con aguja atraumática arterial.

4 — Neumonía en un caso.

Todos estos enfermos fueron controlados durante un mes y medio y solamente en dos hemos podido continuar este control.

Es de anotar como hecho curioso, que hemos tenido más complicaciones con los niños que con los adultos, hecho este que no está de acuerdo con las experiencias de otros cirujanos.

### **Historias Clínicas.**

M. C. Sexo masculino, edad 11 años, natural de Manizales.

En Manizales un médico le dijo a la madre que el niño sufría del corazón y por eso fue traído a Bogotá, Hospital de la Misericordia. Se quejaba de fuerte disnea de esfuerzo y de frecuentes afecciones de las vías respiratorias.

Por lo demás la historia clínica es negativa.

Examen físico. Temperatura 36.5 C. respiraciones 20, pulso 90 TA 110-45.

Niño pobremente desarrollado y mal nutrido. Pulsaciones arteriales en el cuello bastante marcadas; no hay frenito pero se aprecia en el 2 y 3 espacios izquierdo un choque que corresponde al segundo ruido pulmonar, el cual se encuentra notablemente aumentado de intensidad; soplo en máquina, sistólico y diastólico en el 2 3 espacio intercostal izquierdo; aumento de la matidez cardíaca que traduce hipertrofia cardíaca. Ritmo de galope presente. Pulmones, abdomen y extremidades negativo. Un estudio radiológico muestra prominencia marcada del arco pulmonar, congestión hiliar y aumento del tamaño de la sombra cardíaca en las radiografías A. P. y definitiva hipertrofia ventricular izq. en la radiografía O. I. A. El electrocardiograma es sugestivo de hipertrofia ventricular y un fono cardiograma registra los soplos sistólico y diastólico; nótese la intensidad del segundo ruido en el foco pulmonar.

El niño fue operado y un conducto arterial de considerable volumen fue ligado y seccionado.

### **Historia Nº 2**

L. A. C. de 21 años de edad, soldado.

Consulta en julio de 1952 por disnea de grandes esfuerzos.



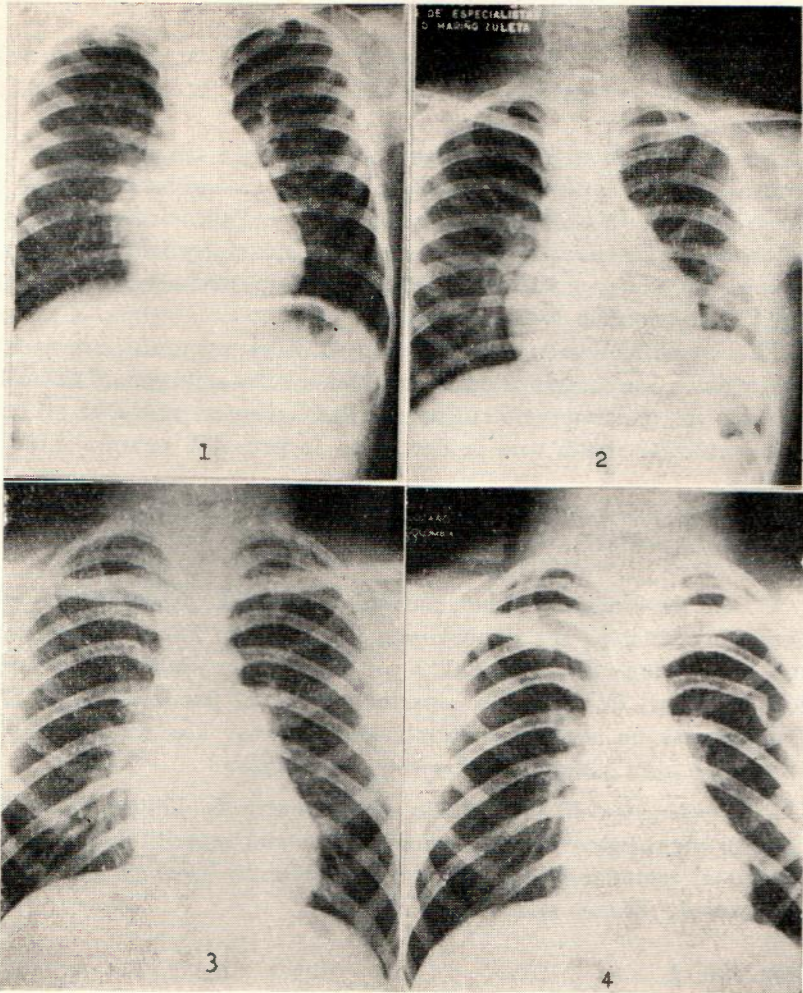


Fig. 1. — Ductus Arteriosos. Pre-operatorios.  
 Fig. 2. — Ductus Arteriosos. Post-operatorio.  
 Fig. 3. — Ductus Arteriosos. Pre-operatorio.  
 Fig. 4. — Ductus Arteriosos. Post-operatorio.

Antecedentes personales. Un año de servicio en Corea. Apendiceptomía.

Examen físico. El examen físico solamente revela soplo sistólico y diastólico, en máquina, a nivel del primer y segundo espacios intercostales izquierdos.

En las radiografías del tórax se aprecia un aumento global de la sombra cardíaca; existe baile hiliar. (Foto 1). Los exámenes de laboratorio están dentro de límites normales. Se hace el diagnóstico de Persistencia del canal arterial y se procede al acto quirúrgico. El enfermo hace un post-operatorio dentro de límites normales. (Foto). 2). Presentó una parálisis frénica pasajera.

Es de anotar que a este enfermo se le practicaron varios exámenes médicos, el de admisión al cuartel, el de admisión al Batallón Colombia y los exámenes de rutina que les hacen en el frente de combate. El enfermo relata que la disnea se le presentó cuando ascendía una colina.

### **Historia No. 3.**

C. C. de 9 años de edad, natural de Bogotá. Antecedentes personales y hereditarios sin importancia. Al examen físico se encuentra tremor en la horquilla esternal y un soplo en máquina, sistólico y diastólico a nivel del segundo espacio intercostal izquierdo. Los electrocardiogramas no revelan particularidad alguna. Las radiografías de tórax revelan una hipertrofia discreta ventricular.

Los exámenes de laboratorio están dentro de límites normales. Se hace el diagnóstico de persistencia del canal arterial y se procede a efectuar el tratamiento quirúrgico. El enfermo hace un post-operatorio dentro de límites normales.

### **Historia No. 4**

J. R. de 22 años de edad, natural de Bogotá. Antecedentes personales y hereditarios sin importancia. Consulta por disnea de esfuerzo desde la infancia y crisis taquicárdicas. Al examen clínico se encuentra un soplo en máquina en el 2 espacio intercostal izquierdo, acompañado de tremor. El resto del examen negativo. Las radiografías revelan un aumento discreto del área cardíaca; (Foto 3) los electrocardiogramas están dentro de límites normales. Se hace el diagnóstico de persistencia de canal arterial y se procede al acto quirúrgico según



técnica arriba descrita. El enfermo hace un post-operatorio dentro de límites normales. (Foto 4).

### Historia No. 5

M. D. de 12 años de edad, natural de Bogotá. La niña dice tener disnea de esfuerzo desde un mes antes y esta es la causa de la consulta. Los antecedentes personales y hereditarios carecen de importancia. Al examen físico se encuentra un soplo en máquina en el 2 espacio intercostal izquierdo, acompañado de tremor en el mismo, sitio. Las radiografías revelan un aumento del área cardíaca y los electrocardiogramas están dentro de límites normales. Se hace el diagnóstico de persistencia del canal arterial y se procede al acto quirúrgico. La enferma hace un post-operatorio dentro de límites normales.

---

**NOTA:** Este trabajo y los tres siguientes fueron presentados en el Congreso de Cirugía reunido en Medellín en abril del presente año. No fueron publicadas en el Número extraordinario dedicado al Congreso por no haber llegado el material a tiempo.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN ANEURISMA SACULAR DE LA AORTA DESCENDENTE

DR. ALBERTO VEJARANO

Nos permitimos presentar esta historia, perteneciente a un hombre de 50 años de edad, a quien se le hizo el diagnóstico de un aneurisma sacular de la aorta descendente y según el método preconizado por Blakemore.

M. C., de 50 años, presenta dolor en la región dorso lumbar, de un año de evolución, dolor que es más marcado hacia la izquierda y que le obligó a consultar. Al poco tiempo este dolor fue acompañado de disfagia especialmente para los alimentos sólidos y en la actualidad presenta los síntomas arriba enumerados, con irradiación hacia el esternón.

Al examen físico no se encontró particularidad alguna. En los exámenes de Laboratorio se anota una anemia de 3 millones, con fórmula blanca normal. Las radiografías revelan una masa tumoral localizada sobre la sombra cardíaca, que ha causado destrucción en D XII y L I, además de destrucción de la cabeza de la XII costilla. Existe también un rechazo del esófago, con detención de la comida baritada.

Con estos datos se hace el diagnóstico de Aneurisma de la Aorta Descendente y se resuelve intentar una toracotomía exploradora.

**Técnica quirúrgica;** Incisión por la VII costilla izquierda y resección de ella. Se abre la cavidad torácica y se encuentra un T. localizado sobre el diafragma al cual se halla adherido el parenquima pulmonar; es difícil su disección. Se intenta aislar el cuello de la tumefacción y al hacerlo se comprueba que tiene su origen en la última porción de la aorta torácica. Se comprueba, pues, el diagnóstico de aneurisma sacular. Se inserta dentro de la luz del aneurisma una aguja B. D., calibre 14, en la cual se ha colocado previamente una aza de alambre de acero inoxidable de un calibre correspondiente a una seda 0; hay una pequeña hemorragia la cual va quedando controlada a medida que se inserta el alambre. Con alguna dificultad es posible pasar 5 metros de alambre, pero es menester suspender esta maniobra por el mal estado del paciente. Se retira la aguja y se corta el alambre a su entrada al aneurisma. Se cortan luego tiras de papel cellophan, esterilizado previamente mediante su inmersión en solución



de Zephiran al 1% y lavado con solución salina. Estas tiras se colocan sobre toda la superficie del tumor y no es necesario fijarlas ya que debido a la humedad existente, se adhieren fácilmente.

Se reparan algunas brechas causadas en el parénquima pulmonar al disecarlo del tumor, reparación que se hace con suturas continuas de catgut intestinal.

Se cierra la pared mediante técnica usual, previa la colocación de un dren de caucho, en el IX espacio intercostal izquierdo.

El post-operatorio ha sido satisfactorio y en la actualidad no existe derrame alguno. El enfermo ha sentido mejoría en cuanto al síntoma disfagia, y el dolor lumbar que tenía ha disminuído notablemente.

**Conclusiones:** Es imposible sacar conclusiones, ya que el tiempo de observación ha sido muy corto. Anotamos la mejoría en cuanto al dolor y la disfagia, mejoría que no puede explicarse, por reducción considerable del aneurisma (del tamaño), ya que en las radiografías de control dicha reducción no ha sido aparente. Creemos necesario esperar por lo menos unos 6 meses antes de poder apreciarla.

Creemos que la presentación de este tipo de intervención, nuevo entre nosotros, y de una técnica quirúrgica sencilla, sea de interés para los cirujanos del país, ya que proporciona algún tipo de tratamiento a enfermos en los cuales no es posible intentar métodos diferentes.

Llamamos la atención en el hecho de que este tratamiento ha dado mejores resultados, siguiendo el método preconizado por Blake-more, del Medical Center, N. Y., el cual calienta a 80 grados C. el alambre, mediante una serie de aparatos eléctricos, cosa que no pudimos hacer, por carecer de dichos instrumentos.

## PERICARDIECTOMIA

DRS. JOSE PABLO LEYVA  
ALBERTO VEJARANO  
Hospital Sta. Clara - Servicio de Cirugía.

Niño J. I. M., de 14 años de edad, natural del Líbano, Tolima, ingresa al Hospital por fiebre constante y mal estado general.

Los antecedentes hereditarios carecen de importancia. Dice sospechar el contagio tuberculoso por haber trabajado en un campo cafetero con un compañero enfermo.

La enfermedad tiene una evolución de año y medio, con fiebre alta, mal estado general, dolores articulares. Fue llevado a Ibagué donde se le hizo el diagnóstico de TBC pulmonar y fue tratado con estreptomycin, Pas y Vit. C por tres meses. En vista de la poca mejoría se traslada a este Hospital. El paciente abandonó tratamiento durante algún tiempo y en la actualidad presenta tos intensa con expectoración mucosa abundante, dolores en el hemitórax izquierdo, escasos sudores nocturnos, anorexia, alzas térmicas vesperales, enflaquecimiento notable.

Al examen clínico se encuentra enfermo anémico, con una adenopatía axilar izq. grande y cicatrices de orificios fistulosos en regiones supra esternal y supra claviclar izquierdas.

Se instala tratamiento con ácido isonicotínico. El estado general continúa desmejorando y presenta entonces hepatomegalia, signos de insuficiencia cardíaca, circulación colateral, ascitis; hay anemia intensa, la cual se trata con transfusiones. Por el carácter de las fístulas se piensa en la posibilidad de infección micótica y, aun cuando los exámenes de laboratorio sean negativos, se suministra sulfadiazina y penicilina; con este tratamiento se obtiene mejoría notable, cierran las fístulas; la hepatomegalia y circulación colateral continúan. Se trata la insuficiencia cardíaca con digital y se sospecha invasión del pericardio por el proceso infeccioso. En vista de la resistencia al tratamiento médico se decide intervenir, para efectuar una decorticación pulmonar y pericardiectomía izquierda.

La operación se practica mediante toracotomía izquierda con resección de la 7 costilla, separación de adherencias pleurales y liberación del pulmón sin eliminar la pleura parietal, la cual se encuentra sembrada de nódulos blanquecinos en su porción lateral e inferior. En la base el lóbulo superior se encuentra un gran nódulo, el cual se



reseca en cuña. En el lóbulo inferior e íntimamente adherido al pericardio, se encuentra otro nódulo, se enuclea y se cierra la brecha mediante puntos en U. Se abre el pericardio en una línea paralela al nervio frénico y se disecciona buscando el nacimiento de la vena pulmonar inferior; se corta el pericardio de la cara anterior hasta la línea medioesternal. Se libera luego el borde izquierdo del corazón y parte de su cara posterior. Se reseca pues la totalidad del pericardio izquierdo, dejando libre la entrada de las venas pulmonares.

El enfermo hace un post-operatorio sin accidentes y en la actualidad aun desaparecida la hepatomegalia y circulación colateral, no hay signos de insuficiencia cardíaca y el estado general es bastante aceptable.

---

## ESOFAGUECTOMIA TRANS-TORACIA DERECHA

DRS. ALBERTO VEJARANO Y  
ORLANDO JIMENEZ

Es el objeto de este trabajo el relatar la Historia clínica de un enfermo a quien se le practicó una esofaguectomía mediante toracotomía derecha.

L. Q. G. de 28 años de edad, presenta dolor retro-esternal de 6 meses de duración con disfagia para los sólidos al poco tiempo. Tiene períodos de remisión hasta de 3 días. Fue tratado con antiespasmódicos y se le ordenaron radiografías del esófago, las cuales dieron como resultado una estenosis orgánica del tercio medio del esófago torácico.

Al examen clínico se encuentra un paciente en buen estado general, sólo acusa dolor y sensación de distensión retro esternal a la ingestión de alimentos. El resto del examen es negativo y los exámenes de laboratorio están dentro de límites normales.

Se practica una esofagoscopia y se encuentran lesiones vegetantes a 25 cm., de la arcada dental; el examen anatómo-patológico revela un carcinoma epidermoide. Con este resultado, se resuelve hacer la extirpación del órgano mediante toracotomía derecha.

## Acto quirúrgico.

Incisión trans-rectal derecha. Se abre la cavidad abdominal y se comprueba que no existen metástasis hepáticas. Se secciona, el ligamento suspensor del hígado y se moviliza el lóbulo izquierdo de esta víscera. Se procede enseguida a la liberación de las curvaturas mayor y menor del estómago, lo cual se consigue mediante la ligadura de la coronaria estomáquica y de la gastro epiplóica izq. Con alguna dificultad es posible seccionar los vasos cortos y rechazar el bazo

Queda pues completamente libre el estómago. Se cierra luego provisionalmente la cavidad abdominal y se coloca al paciente en posición para la toracotomía derecha. Se hace incisión sobre la 7 costilla y se reseca en su casi totalidad. Se abre la cavidad torácica y se encuentra a la palpación un tumor colocado a la altura del pedículo pulmonar, adherido a la vena pulmonar inferior. Al intentar su disección se produce lesión de esta vena por lo cual es menester ligarla y seccionarla. Se continúa la disección del esófago hacia arriba y se secciona el cayado de la vena azygos. Queda pues completamente libre el esófago torácico.

Se procede enseguida a seccionar las fibras del pilar derecho del diafragma, con lo cual se agranda el hiatus y es posible subir el estómago al tórax. Se secciona luego el cardias y se repara la brecha gástrica mediante puntos perforantes **totales** y seroserosa. Se hace luego, por encima del sitio en el cual estaba el cayado de la azygos, la anastomosis esófago-gástrica. Esta anastomosis se practica mediante puntos separados y en dos planos. Se ancla luego el estómago a la pared torácica, de tal manera que no exista tensión alguna en la anastomosis y se procede a cerrar el tórax, previa la colocación de un dren por el 9 espacio intercostal.

Se coloca nuevamente al paciente en decúbito dorsal y se explora cuidadosamente la cavidad abdominal. No se encuentran zonas de hemorragia ni anormalidad alguna; el estómago pasa fácilmente por la brecha diafragmática, sin estrechamiento. El lóbulo izquierdo del hígado se coloca por delante del muñón gástrico.

Se cierra la pared abdominal por planos, previa la colocación de un dren de Penrose en el hiatus diafragmático.

El paciente hace un post-operatorio dentro de límites normales. En la actualidad se encuentra bajo tratamiento de rayos X profundos, ya que al examen anatómico-patológico de la pieza quirúrgica, se encontraron ganglios metastásicos. Por tal motivo, hemos creído darle



mejores oportunidades a este paciente, con la reentgenterapia profunda.

### Conclusiones.

Aun cuando un solo caso no puede servir en forma alguna para sacar conclusiones podemos observar;

1. — Que la vía derecha, aun cuando alarga el tiempo operatorio, facilita la disección del esófago torácico. En este caso particular, consideramos que no hubiera sido posible hacerlo por vía izquierda, dadas sus adherencias al pedículo pulmonar.

2. — Que es mucho más fácil hacer la anastomosis por esta vía que por toracotomía izquierda.

3. — Que es preferible utilizar una laparotomía transrectal izquierda y no derecha como se empleó en este caso.

4. — Que debe completarse la disección por la vía abdominal, hasta dejarlo completamente libre.

---

### RESUMEN DE CONJUNTO

## SUERO ANTITETANICO PREVENTIVO Y SU APLICACION

DR. CARLOS LUIS SIERRA

En la enfermería de las plazas de toros, la aplicación de Suero Antitetánico (Suero antitóxico equino) se hace con sentido de causa y como tratamiento necesario y oportuno para prevenir el posible "Tétanos" a que está expuesto el torero que en la lidia recibe una cornada.

La cornada de toro es por lo general una herida profunda, desgarrada y anfractuosa que la mayoría de las veces tiene doble trayectoria y que es séptica por las condiciones y el terreno donde se produce. Por esto el médico de Plaza cura la herida y previene la aparición de una complicación grave y funesta (infección, gangrena, tétanos) aplicando antibióticos y Suero Antitetánico o Antianaerobio mixto.

Pero la aplicación del suero cuyo fin exclusivo es la profilaxis con la eliminación del peligro de infección, tiene para el herido que lo recibe el riesgo probable de los accidentes séricos o Anafilaxia de consecuencias desagradables y a veces funestas.

Es pues requisito indispensable para el manejo del Suero Antitético Equino, poner en práctica los principios fisiopatológicos que tienden a la prevención de tales accidentes.

En consecuencia, ante un torero herido en la lidia y en el circo, se le interrogará si ha sido inyectado en otras ocasiones, y si sabe qué clase de suero se le puso, cuánto tiempo hace y si tuvo o no manifestaciones séricas.

El anterior interrogatorio crea el siguiente cuestionario: Si el sujeto jamás ha sido inyectado con suero antitetánico todo se reduce a advertirle la posibilidad de un choque anafiláctico o enfermedad del suero que puede aparecerle dentro de los ocho o doce días siguientes a la aplicación, y que consiste en fiebre, hipertrofia ganglionar, dolores en las articulaciones y urticaria que empieza en el lugar de la inyección y que se extiende a todo el cuerpo con edema de las mucosas y de la piel, de los labios y los párpados. En menor escala puede sobrevenir asfixia, caída de la presión arterial, vómitos y diarrea.

Este fenómeno, que no se produce en todos los individuos que reciben por primera vez el suero, traduce una idiosincrasia electiva a ciertos organismos hipersensibles, debido a que la inyección suérica provoca dentro de los mismos, la formación de anticuerpos proteolíticos que desencadenan el choque, obrando sobre las proteínas que no estando neutralizadas, son transformadas en peptonas y polipéptidos.

Cuando el paciente ha recibido el suero en otra ocasión por primera vez, una segunda aplicación le dará con toda seguridad la enfermedad sérica pues está sensibilizado por la primera dosis de suero que recibió. Esta sensibilización que puede durar años, suele no presentarse cuando la segunda inyección se hace con suero de procedencia y clase distinta del primero, y en estas circunstancias nos encontramos frente a un organismo sin sensibilidad anafiláctica y en las mismas condiciones del que lo recibe por primera vez.

Los síntomas clínicos producidos por una primera inyección son los mismos que se producen cuando el individuo recibe por segunda vez un suero de la misma clase y procedencia del primero.

Tales síntomas se presentan durante las primeras veinticuatro horas que siguen a la inyección y entonces la reacción viene a ser in-



mediata, o dos o tres días después y entonces estamos en presencia de una reacción acelerada.

Para evitar tales accidentes se emplea el método desensibilizante de Besredka que consiste en administrar el suero fraccionado, inyectando medio, uno y dos centímetros cada cuarto de hora y cinco horas después la dosis total.

A este método de aplicación se agrega, para proteger y prevenir al herido contra los accidentes del suero, la ingestión oral de sal común, cloruro de calcio por vía endovenosa e inyecciones de hiposulfito de magnesio al diez por ciento. Procediendo así hay un gran margen de seguridad ya que se suprimen los accidentes graves, y en el caso de que la anafilaxia o choque proteico se presentara, son raros los peligros que amenazan la vida del paciente.

La enfermedad sérica dura pocos días como personalmente pudimos comprobarlo en un caso reciente de la última temporada.

El tratamiento se hace a base de calcio, sal común, suprarrenina, atropina, hiposulfito de sodio y magnesio en inyecciones antihistamínicos por vía oral y parenteral.

En el caso del torero de la última temporada, quien presentó un brote gigante de urticaria con dolores articulares y ligeros edemas, no obstante habersele puesto el suero por el método desensibilizante de Besredka, y a quien tratamos con toda diligencia por causa de sus próximos compromisos, obtuvimos éxito completo con el ACTH que se aplicó previo estudio clínico del enfermo y teniendo muy en cuenta las contraindicaciones de la droga.

El ACTH es una Hormona Adrenocorticotropa cuya función principal es estimular la glándula suprarrenal para que segregue todas sus hormonas corticales. Entre sus múltiples indicaciones está precisamente, la urticaria y la sensibilidad a las drogas tales como la penicilina y el suero antitetánico.

Medellín, junio de 1953.

## TRATAMIENTO DE LAS ADENOPATIAS METASTASICAS DEL CUELLO

DR. JUAN A. DEL REGATO  
Jefe del Dpto. de Radioterapia, The  
Ellis Frichel State Cancer Hospital  
Columbia, Missouri, E. U. A.

Conviene ante todo recordar que no hay razón alguna para unificar el tratamiento de las adenopatías metastásicas del cuello. Es también necesario recordar que el pronóstico de los tumores malignos aerodigestivos superiores depende grandemente de la precisa indicación en el tratamiento de sus adenopatías a la par que de su adecuada realización.

### *Cáncer Faríngeo*

A causa de su radio-sensibilidad y radio-curabilidad, las adenopatías que acompañan invariablemente a los linfosarcomas, linfoepiteliomas y epitelomas transicionales de la nasofaringe y orofaringe, deben ser tratadas simultáneamente con la lesión primitiva, por medio de la Roentgenterapia externa. Las metástasis cervicales de los epitelomas espinocelulares de la nasofaringe, orofaringe y laringofaringe también requieren ser tratadas con Rayos X.

La cirugía no puede ser considerada en el tratamiento de estas adenopatías porque aun cuando la naturaleza histológica no las contraindica, aun la más extensa intervención no alcanza a extirpar los ganglios profundos y los situados muy alto que son precisamente los más frecuentemente invadidos.

La administración externa de una dosis adecuada de Rayos X asegura un alto porcentaje de curaciones en los linfosarcomas de la amígdala y de la nasofaringe; los resultados en los linfoepiteliomas son menos notables. En los tumores mencionados una adenopatía metastásica es casi constante y por consiguiente, los resultados estarán de acuerdo con el control de aquéllos por irradiación externa.

Trabajo presentado ante el II Congreso Interamericano de Radiología.



## *Cáncer Bucal*

Si los Rayos X constituyen las mejores posibilidades de éxito en el tratamiento de las metástasis de los tumores faríngeos, la cirugía tiene lugar prominente en el tratamiento de las metástasis de los epitelomas de la boca. Los epitelomas de la lengua, del piso de la boca, de la mucosa geniana y del reborde alveolar superior producen frecuentemente metástasis simultáneas en varios ganglios de la región submaxilar y yugular, relativamente apartados entre sí.

Independientemente de la forma escogida de tratamiento para la lesión primitiva, el tratamiento lógico de estas metástasis es su extirpación por medio de la disección radical de los ganglios del cuello. La cirugía proporciona buenos resultados aun en casos avanzados.

La Roentgenterapia puede en verdad esterilizar estos ganglios metastásicos cuando es aplicada en forma intensiva sobre un territorio restringido. Pero en los epitelomas de la lengua la invasión es invariablemente múltiple y repartida en un amplio territorio. Irradiar un ganglio que se ha hecho palpable es ignorar que existen múltiples colonias metastásicas concomitantes en un grado subclínico. La irradiación de las metástasis submaxilares de los epitelomas labiales es mucho más lógica, pero a dosis suficientes implica el peligro de radionecrosis.

### *Tratamiento profiláctico de las Metástasis del Cuello*

Se entiende por tal la intervención terapéutica en casos sin evidencia clínica de metástasis. El objeto de tal conducta es el de administrar un tratamiento precoz en cierto número de casos en que las metástasis existen en un estado preclínico. Se entiende que el tratamiento resulta sin valor cuando los ganglios no han sido aún invadidos.

El tratamiento profiláctico de las adenopatías del cuello se limita a las lesiones de la cavidad bucal. La administración de Rayos X sobre el amplio territorio de las posibles metástasis, en dosis capaces de esterilizarlas no está justificado. La Roentgenterapia no tiene propiedades antimetastásicas y su empleo en pequeñas dosis es fútil.

Para facilitar una discusión racional del tan discutido problema de las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento profiláctico de las metástasis del cuello, es preferible limitarse a las dos formas más comunes del cáncer de la cavidad bucal, los epitelomas del labio y de la lengua. Estas dos lesiones ofrecen caracteres diametralmente opuestos que no justifican su frecuente consideración en un solo grupo.



Proponemos que la indicación relativa de la disección profiláctica de los ganglios del cuello sea analizada a la luz de las siguientes consideraciones:

1ª. La proporción de casos que pueden ser curados localmente después de un tratamiento adecuado. Aproximadamente un 50% de los epitelomas de la lengua curan localmente por medio de la curieterapia intersticial (Roux Berger). Esto implica que una gran proporción de las disecciones profilácticas resultan inútiles a causa de la recidiva local. En los epitelomas del labio la proporción de recidivas locales es ínfima. (Schreiner).

2ª. La proporción de casos que no presentando metástasis cuando se instituye el tratamiento de la lesión primitiva las manifiestan más tarde. Aproximadamente un 40% o un 50% de los enfermos con epitelomas de la lengua que no presentan metástasis cuando son tratados localmente desarrollan metástasis ulteriormente (Martin). En los epitelomas del labio inferior la proporción de metástasis posteriores es mucho menor (Figi, Taylor); en nuestro Hospital es sólo de 6% pero cifras de 13% y 16% han sido anotadas en otras fuentes.

3ª. El número de pacientes que se pierden debido a inoperabilidad, cuando la operación es diferida. Una gran proporción de epitelomas de la lengua hacen metástasis de marcha rápida y se vuelven inoperables en corto tiempo. No sería exagerado estimar que la mitad de estos enfermos acuden a la consulta o son vistos con metástasis por la primera vez cuando la adenopatía se ha hecho inoperable. En los epitelomas del labio, por el contrario, el proceso metastásico permanece localizado en la región submaxilar por largo tiempo y existen posibilidades de curación con la extirpación quirúrgica aun cuando la metástasis se ha extendido a la piel o al maxilar inferior. (Sugarbaker).

4ª. La mortalidad operatoria de las disecciones del cuello. - Este es un factor importante porque los enfermos corren todos el mismo riesgo, aun cuando parte de los operados no se benefician de la operación.

La disección radical que está indicada en los epitelomas linguales resulta en una mortalidad variable según la habilidad del cirujano. Se estima que esta mortalidad es del 10% como promedio (Martin). En manos expertas, sin embargo, la mortalidad operatoria es sólo de 1.5% a 2.5% (Roux Berger). La disección parcial superior del cuello en el cáncer del labio, va acompañada de una mortalidad operatoria ínfima (Figi), pero una mortalidad de 7% ha sido también reportada (Eckert).

5ª. La proporción de curaciones por la disección profiláctica (en



los casos en que los ganglios aparecen histológicamente invadidos, comparada con la proporción de curación de la disección terapéutica en ganglios clínicamente ostensibles). - Digamos ante todo que el estudio es sólo posible gracias a la devoción y minuciosidad del anatomopatólogo. Es posible, y relativamente fácil el considerar un espécimen quirúrgico como negativo, cuando en realidad existen ganglios invadidos en las disecciones del cuello; un reporte negativo no debe rendirse a menos que se hayan examinado microscópicamente tantos ganglios como sea posible. En nuestro Hospital se examinan como promedio 35 a 55 ganglios en cada espécimen de disección del cuello (Ackerman).

Aproximadamente 27% de los casos de epiteloma con metástasis cervicales cura cuando la operación es practicada profilácticamente (Roux Berger). Si la operación es diferida ya hemos visto que muchos casos se vuelven inoperables y en aquellos que reciben la disección terapéutica el resultado final es bastante pobre. Aproximadamente 17% (Roux-Berger).

En el cáncer del labio la operación profiláctica ofrece 42% de posibilidades de cura cuando los ganglios están invadidos (Eckert), pero la operación practicada cuando los ganglios se hacen ostensibles ofrece casi los mismos resultados (Taylor).

En resumen: a pesar de que un cierto número de operaciones resulta inútil, la disección profiláctica está indicada en el cáncer de la lengua a causa del gran número de pacientes que en definitiva hacen metástasis cervicales, a causa del número de enfermos que se pierden irremediablemente cuando la operación es diferida, y principalmente a causa de la marcada diferencia en curabilidad de los ganglios metastásicos por la operación profiláctica y por la operación terapéutica. La mortalidad operatoria no es argumento suficiente para aminorar las ventajas de la disección profiláctica en el cáncer de la lengua. En el cáncer del labio, por el contrario, la disección profiláctica no está indicada a causa de la pequeña proporción de enfermos que desarrollan metástasis después del tratamiento de la lesión primitiva, del reducido número de enfermos que se pierde a causa de inoperabilidad cuando la operación es diferida y principalmente debido a la poca diferencia que existe en la curabilidad de las adenopatías metastásicas por la operación profiláctica y la operación terapéutica.

## RESUMEN

1. La Roentgenterapia externa es la forma de tratamiento indicada

- en las adenopatías metastásicas de los tumores malignos de la nasofaringe, orofaringe, y laringofaringe.
2. La disección radical de cuello es la forma de tratamiento indicada en las adenopatías metastásicas de los epitelomas espinocelulares de la cavidad bucal.
  3. La disección profiláctica de los ganglios del cuello está indicada en los epitelomas de la lengua, pero carece de justificación suficiente en los epitelomas del labio.

*B. M. P.*

---

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

### ACTA DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Febrero 27 de 1952

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín, el día 27 de febrero de 1952 a las 6 p. m. y bajo la presidencia del Dr. Alfredo Correa Henao, se reunió la Corporación con la asistencia de los siguientes académicos: Arango Oriol, Bustamante Z. Ernesto, Correa Henao Alfredo, Cardona Pedro Nel, Guzmán Miguel, Martínez E. Miguel, Mejía C. Benjamín, Ospina Antonio J., Ortiz Velásquez Julio, Robledo Emilio, Restrepo José Miguel, Rodríguez Pérez Antonio Pedro, Sierra Darío, Villa Eugenio, Vélez Escobar Ignacio, Vasco Eduardo y Mejía Rafael J.

El siguiente fue el programa para el orden del día presentado por la Comisión de la Mesa:

1º - Alocución del Sr. Presidente.

2º - Lectura del acta anterior y comunicaciones.

3º - Modificación del reglamento en relación al número de sesiones por mes. (Proposición de la Mesa Directiva).

4º - Proposición para elección de Miembros Honorarios (La Mesa Directiva propone al Dr. Julio Ortiz Velásquez).

5º - Lectura de Miembros correspondientes y demás aspirantes a Miembros de Número.



6º - Elección de Miembros de Número (5 vacantes) .

7º - Programa Científico para el año de 1952 (Proposición de la Comisión de la Mesa) .

Marzo 12. - Dr. Eduardo Vasco .

Abril 2. - Dr. Marcos Barrientos .

Abril 23. - Abierta .

Mayo 7. - Dr. José Miguel Restrepo .

Mayo 21. - Dr. Darío Sierra .

Junio 4. - Dr. Juan B. Pérez C. .

Junio 18. - Dr. Antonio Pedro Rodríguez Pérez .

Julio 4. - Celebración del 65º aniversario de la Academia. Discurso del Dr. Pedro Nel Cardona .

Agosto 13. - Dr. Edmundo Medina (Simposium sobre cáncer pulmonar) .

Septiembre 3. - Dr. José Posada Trujillo .

Septiembre 17. - Dr. Miguel Múnera Palacio .

Octubre 1º - Dr. Benjamín Mejía C. .

Octubre 22. - Abierta .

Noviembre. - Elección de la Junta Directiva .

8º - Preguntar a los Honorables Académicos que quieran cambiar su diploma .

9º - Lo que propongan los HH. Académicos .

Ese programa se llevó a cabo así: El Sr. Presidente Dr. Alfredo Correa Henao en sinceras palabras agradeció el nombramiento hecho a la nueva Directiva y además hizo el elogio de los Presidentes que lo antecedieron. Se refirió a la galería de retratos de Académicos desaparecidos la cual hizo él colocar en el salón de sesiones .

El acta anterior quedó pendiente ya que el Secretario Dr. Gabriel Jaime Villa no pudo presentarla. Entre las comunicaciones había una referente al ingreso del Dr. Jorge Gómez Jaramillo, relacionada con su trabajo de ingreso a la Academia. El Sr. Presidente nombró en comisión para estudiar este trabajo a los Dres. Ernesto Bustamante Z. y Antonio Pedro Rodríguez Pérez, con un plazo de 15 días para informar .

Después de leídas las comunicaciones se entró a considerar una proposición de la Comisión de la Mesa que a la letra dice: "La Comisión de la Mesa se permite proponer que se modifique el reglamento en el sentido de que las sesiones se verifiquen una vez al mes y de preferencia el segundo miércoles. Esta modificación se propone con el fin de obtener una mejor asistencia de los H. Académicos y además per-

mitirles concurrir a las demás actividades científicas de la Facultad de Medicina, que como todos sabemos son bastante numerosas e interesantes. - Firmada: Alfredo Correa Henao, Edmundo Medina, Miguel Martínez E., Oriol Arango”.

En la discusión de esta proposición intervinieron los Académicos: Ignacio Vélez E., Benjamín Mejía y Julio Ortiz V. Los tres eran de opinión que las sesiones debían ser dos al mes y después de exponer sus razones, modificaron la proposición primitiva en el sentido de que el número de sesiones fuera a elección de la Directiva de acuerdo con las circunstancias y así se aprobó. De este modo no hubo necesidad de modificar el reglamento.

A continuación se presentó una proposición que a la letra dice así: “La Comisión de la Mesa se permite proponer el nombre del Dr. Julio Ortiz Velásquez como Miembro Honorario. Firmada, Alfredo Correa Henao, Edmundo Medina, Miguel Martínez E., Oriol Arango”.

El Sr. Presidente manifestó que el Dr. Julio Ortiz V. había prestado numerosos servicios a la Academia ya como Secretario en varias ocasiones ya como Presidente y que esto unido a sus méritos personales lo hacían acreedor a la distinción de Miembro Honorario, tal como lo solicitaba la Comisión de la Mesa. Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

Luego se procedió a nombrar 5 Académicos de Número. Los candidatos a estas vacantes fueron:

*Miembros Correspondientes Residentes:* Alfonso Mejía C., Luis Carlos Montoya, Miguel Múnera Palacio, Darío Sierra L., Marcos Barrientos, Tomás Quevedo y Ernesto Bustamante Z.

*Aspirantes:* Dres. Jorge Gómez Jaramillo, Jorge Henao Posada, Gabriel Toro Mejía, Luis Carlos Uribe Botero, Gabriel Zapata L., Francisco Restrepo Molina.

Después de haber procedido a la elección la Presidencia nombró escrutadores a los Dres. Miguel Guzmán y Eduardo Vasco, quienes anunciaron el siguiente resultado: Dr. Alfonso Mejía C., 16. Dr. Luis Carlos Montoya, 14. Dr. Miguel Múnera Palacio, 15. Dr. Darío Sierra, 16. Dr. Marcos Barrientos, 12. Dr. Ernesto Bustamante, 4. Dr. Tomás Quevedo, 2. Dr. Jorge Gómez J., 1.

De acuerdo con el resultado, salieron elegidos los Dres. Alfonso Mejía C., Luis Carlos Montoya, Miguel Múnera Palacio, Darío Sierra Londoño y Marcos Barrientos. La Presidencia preguntó si la Academia los declaraba electos y se respondió afirmativamente.



Después de la elección de los Miembros de Número la Comisión de la Mesa presentó una proposición que a la letra dice: "La Comisión de la Mesa se permite proponer a consideración de la H. Academia el siguiente programa científico para el año de 1952".

Este programa ha sido elaborado para una sola sesión mensual cada segundo miércoles. Los temas versarán sobre las ponencias que elijan los H. Académicos nombrados. El máximo de cada ponencia será de 45 minutos.

El programa científico fue modificado y quedó como sigue:

Marzo 12. - Dr. Eduardo Vasco.

Abril 2. - Dr. Marcos Barrientos.

Mayo 7. - Dr. José Miguel Restrepo.

Mayo 21. - Dr. Darío Sierra.

Junio 4. - Dr. Juan Pérez C.

Junio 18. - Dr. Antonio P. Rodríguez Pérez.

Julio 4. - Celebración del 65º aniversario de la Academia. Discurso del Dr. Pedro Nel Cardona.

Agosto 13. - Dr. Edmundo Medina (Simposium sobre cáncer pulmonar).

Septiembre 17. - Dr. Miguel Múnera Palacio.

Septiembre 3. - Dr. José Posada Trujillo.

Octubre 1º. - Dr. Benjamín Mejía C.

Octubre 22. - Abierta.

Noviembre 12. - Elección de la Junta Directiva.

De acuerdo con lo manifestado antes por H. Académicos al discutir sobre el número de sesiones por mes, se decidió modificar el programa y éste será presentado en la próxima sesión.

La Secretaría preguntó a los H. Académicos sobre cuáles querían cambiar su diploma por el nuevo. Se convino en que los interesados se entendieran con la Secretaría directamente. Finalmente las siguientes proposiciones:

*1ª Proposición:* Procédase a nombrar el representante de la Academia de Medicina ante el Consejo Consultivo de Orientación Científica del Instituto Colombiano de Seguros Sociales que al mismo tiempo lleva la representación de la "Asociación Médica Antioqueña". Esta proposición fue presentada por el Dr. José Miguel Restrepo quien sugirió el nombre del Dr. Martiniano Echeverri Duque, nombre que ya había sido aprobado por la Asociación Médica Antioqueña. El Dr. David Velásquez pidió que se nombrara al Dr. Martiniano Echeverri Du-

que por aclamación y así se hizo. Pedida la verificación por el Dr. Miguel Guzmán se confirmó que era por unanimidad.

*2ª Proposición:* Pídase a la Comisión de la Mesa que adquiriera los retratos de los Académicos fallecidos que no figuren en la galería de retratos instalados en el salón de sesiones". Puesta en consideración esta proposición del Dr. Ignacio Vélez E. fue aprobada.

*3ª Proposición:* El Dr. Benjamín Mejía C. propuso que se estudiara una modificación del reglamento en el sentido de que la elección de Miembros de Número se circunscribiera solamente a los Miembros que ya eran Correspondientes. El Dr. Pedro Nel Cardona manifestó a su vez que estaba de acuerdo con el Dr. Benjamín Mejía C., pero que creía se debía hacer la elección en orden cronológico de aceptación como Miembro Correspondiente, es decir, prefiriendo a los de más antiguo ingreso a la Academia como Miembros Correspondientes. El Dr. Emilio Robledo manifestó que esto sería una innovación que no se justificaba, ya que el procedimiento hasta ahora seguido por la Academia era el mismo que se estilaba en toda corporación semejante a la nuestra. A solicitud del Dr. Eduardo Vasco y demás Académicos interesados en la discusión, se pidió a la Comisión de la Mesa que estudiara este punto, hiciera una revisión general del reglamento e informara en este sentido en la próxima reunión.

Se convino en hacer citación para las reuniones en el futuro mediante llamada telefónica y tarjeta, en la cual constará el objeto de la reunión.

No habiendo más que tratar, a las 7.30 p. m. la Presidencia levantó la sesión.

El Presidente, *A. Correa Henao, M. D.*

El Secretario, *Oriol Arango, M. D.*

---

## ACTA DEL 12 DE MARZO DE 1952

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín, el día 12 de marzo de 1952 a las 6 p. m. bajo la Presidencia del Dr. Edmundo Medina Vicepresidente titular y actuando como Secretario el Dr. Gabriel Jaime Villa, por ausencia del titular Dr. Oriol Arango se reunió la Corporación con quórum reglamentario.

El acta anterior fue leída y aprobada sin modificación. Luego se leyeron varias comunicaciones, entre ellas una suscrita por el Dr. Mar-



tiniano Echeverri Duque que reposa en el archivo, por la cual renuncia la representación de la Academia de Medicina y de la "Ama" ante el Consejo Consultivo de Orientación Científica del I. C. S. S., en virtud de que fue derogado el Acuerdo N° 15 de 1950 y reemplazado por el N° 28 de 1951 por medio del cual ya no hay representante del Cuerpo Médico ante el I. C. S. S. sino solamente un "invitado permanente con voz pero sin voto". El Dr. Miguel Martínez dice que no se le acepte la renuncia al Dr. Echeverri Duque hasta clarificar la situación; el Dr. Emilio Robledo presentó la siguiente proposición que fue aprobada por unanimidad:

"La Academia de Medicina de Medellín se ve obligada a aceptar la renuncia que el Dr. Martiniano Echeverri Duque ha presentado del cargo de representante de esta Entidad y de la Asociación Médica Antioqueña ante el Consejo Consultivo de Orientación Científica del Instituto Colombiano de Seguros Sociales. La Academia declara que está en todo de acuerdo con las razones aducidas por el Dr. Echeverri Duque y expresa su conformidad con esta determinación en vista de que ellas son argumentos suficientes para renunciar".

Refiriéndose a esto el Dr. Benjamín Mejía C. explica que el I. C. S. S. aduce como razón principal el hecho de que un decreto del Ejecutivo Nacional que creó tal Consejo no prevé el nombramiento del representante discutido y que esto se debió a una mera gentileza de la Caja Seccional de Antioquia, la cual le podía dar voz pero no voto; como razones secundarias el I. C. S. S. estimó que el exceso de representantes médicos, ya que cada una de las especialidades quiere tener el suyo, ante el Consejo Consultivo lo cual estaba dificultando un poco la marcha de éste y a veces trataba de supeditar las funciones del Jefe, siendo aquella entidad meramente asesora y no directora de las actividades del I. C. S. S.

En seguida tomó la palabra el Dr. Eduardo Vasco quien hizo una magnífica exposición sobre el Congreso de Higiene Mental reunido en México al cual le tocó asistir como delegado. Su disertación fue muy aplaudida y una vez terminada, el Dr. Benjamín Mejía C. propuso:

"Felicítese al Dr. Eduardo Vasco por su magnífica actuación en el Congreso de Higiene Mental de México y pídase al Sr. Decano de la Facultad se establezca lo más pronto posible la enseñanza de Siquiatría Infantil en nuestra Facultad de Medicina, ya que ella es una necesidad apremiante". Una vez aprobada por unanimidad se levantó la sesión.

El Presidente, *A. Correa Henao, M. D.*

El Secretario, *Oriol Arango, M. D.*

## SEROLOGIA PARA SIFILIS

El Dr. José J. Escobar, en el Congreso de Microbiología (Roma, 6 al 12 de Septiembre de 1953), con un trabajo original:

### "EMULSIONES BLOQUEADAS O INHIBIDAS DE EXTRACTOS LIPOIDES"

El doctor José J. Escobar, titulado de la Universidad de Antioquia y Miembro de la Academia de Medicina de la misma, salió para Italia, con el objeto de asistir al Congreso de Microbiología que se actuará en Roma del 6 al 12 de septiembre de 1953.

El doctor Escobar es un inquieto y eficaz investigador, actual profesor de Bacteriología en la Universidad del Valle y probado Hematólogo a quien debe nuestro Hospital de San Vicente, la iniciación técnica de su bien organizado "BANCO DE SANGRE". Los trabajos sobre "BRUCELLOSIS EN COLOMBIA" y "EL CARATE AZUL EN EL VALLE DE LOS CHILLOS" (Ecuador), muestran la aquilatada organización de su personalidad científica.

Hoy, lleva al Congreso de Microbiología ya citado, a donde acuden ases de celebridad mundial, un trabajo original, al cual ha dedicado doce años de paciente labor documental y experimentativa: "EMULSIONES BLOQUEADAS O INHIBIDAS DE EXTRACTOS LIPOIDES" denomina su interesante ponencia al Congreso Romano.

Textualmente copiamos:

#### "RESUMEN:

- a) se presenta la técnica para preparar la EMULSION BLOQUEADA de uno de los extractos de corazón de buey, el Antígeno de Kahn y la manera de usar esta emulsión en una prueba Serológica.
- b) Se resume el significado y los resultados obtenidos con la técnica propuesta.

#### CONCLUSIONES:

- 1) Las EMULSIONES BLOQUEADAS de extracto de lipoides de corazón de buey pueden ser usadas en una sencilla reacción Serológica Auxiliar en el diagnóstico de la Sífilis.
- 2) La comparación de resultados producidos por el extracto emulsionado usado por la técnica propuesta por su autor y el mismo extracto usado por el sistema propuesto por nosotros para el empleo de



EMULSIONES BLOQUEADAS ayuda a eliminar algunas de las reacciones biológicas falsas positivas encontradas en el sero-diagnóstico de la Sífilis”.

En la BIBLIOTECA DE LA FACULTAD, están algunos ejemplares, a la disposición especial de los Laboratoristas que deseen indagar el “modus operandi” del doctor Escobar, en el trabajo nombrado.

---

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### BOLETIN No. 31

Mes de Noviembre de 1953

*Apartes de un ensayo sobre el porvenir de la Biología y la Medicina en Latino América, por el Dr. E. S. Guzmán Barrón.*

#### *Nota preámbula*

El Dr. Guzmán Barrón es oriundo del Perú. Desde hace muchos años él llevó sus inquietudes investigativas a Norteamérica y hoy es una de las lumbreras de la Biología en Estados Unidos de América. El Dr. Guzmán ha sido Profesor de Bioquímica en la Universidad de Chicago y de otras instituciones, y la mayor parte de sus estudios los ha dedicado al campo físico-químico de las actividades celulares, al metabolismo de los hidratos de carbono y a las reacciones enzimáticas de la respiración celular.

El Dr. Guzmán Barrón ha visitado y estudiado centros universitarios de Latino América. Hace poco, con ocasión de su incorporación a la Universidad de San Marcos en Lima, el Dr. Guzmán tuvo el pesar de ver su entusiasmo y sus inquietudes anuladas por los vicios y deficiencias comunes a nuestras Universidades Latinoamericanas. A raíz de sus observaciones y de su propia frustración, este grande hombre de ciencia escribió un ensayo “HACIA DONDE MARCHA LA BIOLOGIA”, publicado en el Boletín del Centro de Cooperación Científica de la Unesco para América Latina. N° 6 - Marzo-Abril 1953. pp. 4-9. Las observaciones del Dr. Guzmán Barrón son agudas, realistas y de una gran actualidad e importancia para las Universidades Latinoamericanas.

Este Decanato publica complacido algunos párrafos del artículo de Guzmán Barrón, con la esperanza de que sus palabras sean pensadas y valoradas por todos los miembros de esta Facultad. Quizás no sea mucho esperar que estas ideas influyan también en el ánimo de quienes tengan en sus manos los destinos de las Universidades Latinoamericanas, la Universidad de Antioquia, entre ellas.

---

“El estudio de la biología moderna requiere entonces reposar sobre sólidas bases de un conocimiento serio de las ciencias físicas y químicas. El biólogo moderno, en la búsqueda del misterio de la vida, debe estar en acecho de los descubrimientos en dichas ciencias para utilizarlos y aplicarlos. La biología moderna así, ha utilizado los progresos de la química, aún más, ha contribuido a dichos progresos con los métodos de aislamientos de proteínas, enzimas, vitaminas, hormonas; ha utilizado los progresos de la física para seguir reacciones de velocidades considerables, para medir el tamaño y la forma de las moléculas, para estudiar la estructura celular. La biología se ha convertido así en complicada y costosa ciencia, requiriendo no sólo la instalación de laboratorios muy caros y la posesión de bibliotecas completas, sino también la atención íntegra de quienes se dedican a ella. Su avance formidable ha dejado ya para la historia la existencia del *amateur* biólogo y del biólogo por horas. *O se es biólogo a tiempo integral o no se es*”.

“Ante tales exigencias se han oído en ciertos países voces de derrotismo y de claudicación. Se ha llegado a decir que puesto que la instalación y mantenimiento de laboratorios de investigación moderna se vuelve cada vez más costosa, sería más práctico abandonar tales investigaciones a las naciones con recursos poderosos y dedicarse así a la aplicación del fruto de dichas investigaciones. Hay que combatir decididamente tal actitud en nombre de la ciencia y de la civilización que requieren para su desarrollo el vasto ambiente universal, la diversidad de miras y el continuo intercambio de ideas. El aceptar tal tesis sería para las naciones que así lo hicieran someterse a la posición de perenne colonialismo”.

“Por lo que respecta al desarrollo de la investigación biológica en la América Latina, creo, a través de mis visitas a algunos de los países de esta parte del mundo, que hay el deseo de dedicarse a su cultivo y que hay igualmente, el entusiasmo para penetrar en la fructífera senda de la biología moderna. Puedo citar como ejemplo, entre los laboratorios que pude visitar, el Instituto de Biofísica del Profesor Chagas en Río de Janeiro; el laboratorio de Fisiología celular del Profesor Jun-



queira, y el laboratorio de Farmacología del Dr. Rocha e Silva de Sao Paulo; el laboratorio de Histología del Dr. de Robertis en el Instituto de Investigaciones Biológicas del Profesor Estable en Montevideo; el Instituto de Medicina Experimental del Profesor Houssay, y el Instituto de Bioquímica del Dr. Leloir en Buenos Aires; los laboratorios de Fisiología de los Profesores Luco, Croxatto y Hoffman en Santiago; el Instituto de Estudios de altura del Profesor Hurtado en Lima; y el Instituto de Cardiología del Profesor Chavez en México. En cada uno de estos institutos observé labor seria y completa dedicación al trabajo. Algo más, al final de cada una de mis visitas he vuelto con la certidumbre de que Latino América está resuelta a entrar en el seno de las naciones que contribuyen al progreso del conocimiento científico. Porque tengo esta fe y porque he visto el entusiasmo de sus jóvenes hombres de ciencia, es por lo que voy a exponer someramente lo que es necesario hacer para llevar a la realidad el anhelo que he sentido flotando en todos los laboratorios que visitara”.

“El acuerdo es unánime, y nadie se atrevería a contradecir, que la investigación científica en institutos oficiales o particulares, así como en las Universidades, requiere la posición de personal de tiempo completo con salarios suficientes para permitirles llevar vida adecuada y sin temor a un futuro incierto. Repetirlo parece inútil. Sin embargo, tal ambiente no se observa sino en la Universidad de Sao Paulo y en una que otra entidad aislada. Es indispensable hacer campaña decidida y continua por el establecimiento del personal a tiempo completo en todas las Universidades e Institutos. La campaña no debe cesar sino cuando se haya alcanzado el objetivo de la lucha. Preferible sería clausurar instituciones que de Universidad no tienen sino el nombre. Campaña entre la sociedad para conseguir que el elemento acaudalado contribuya, como en los Estados Unidos, al mantenimiento de la investigación; campaña dentro de los gobiernos y parlamentos para que un mayor porcentaje de sus ingresos sean dedicados al desarrollo de la investigación científica sin trabas de ninguna clase”.

“La biología moderna requiere para su establecimiento la posesión de un personal conocedor de los nuevos métodos de investigación. América Latina debe buscar decididamente la atracción hacia sus Universidades e institutos de hombres de ciencia del extranjero deseosos de llevar sus conocimientos hacia Latino América. Debemos recordar que el admirable desarrollo de las Universidades Americanas fue debido a esta saludable política que hasta ahora se practica. La ciencia no entiende de nacionalismos y las puertas de las instituciones de investiga-



ción deben mantenerse abiertas para acoger en su seno y para invitar a hombres de ciencia que con sus experimentos o sus lecciones contribuyan a su mejoramiento”.

“Tarea formidable es sin duda la de convertir instituciones añejas y somnolientas en instituciones dedicadas a investigaciones de biología moderna. Para su realización se requiere no solamente firme comprensión de parte de las autoridades universitarias sino apoyo entusiasta de parte del estado y de la sociedad en general. Se hace indispensable la reorganización de las Universidades para que el profesorado a tiempo completo, se dedique íntegramente a la investigación y a la enseñanza, ya que *Universidad que no investiga no es Universidad*. Es esencial el reconocimiento definitivo de la autonomía universitaria, libre completamente de los caprichos de la política y donde el derecho de libertad académica se defienda sagradamente. Estos deben ser pasos esenciales. A los esfuerzos de la Universidad se deben unir los esfuerzos proporcionados por el estado no con la creación de institutos esporádicos y sin plan general, sino como se ha hecho en el Brasil con la creación de Consejos Nacionales de Investigación cuyos miembros se dediquen a promover el desarrollo de la investigación científica integral creando becas para postgraduados, estableciendo cátedras especiales, ayudando económicamente a laboratorios que ejecuten trabajos meritorios. Estos consejos de investigación que han procurado en Inglaterra, en Bélgica, en Francia, enorme beneficio, deben establecerse lo más pronto posible en todos aquellos países de Latino América animados del anhelo de mejorar su posición científica. El desarrollo de un país se reconoce por el desarrollo de sus instituciones de investigación.

“En pos del descubrimiento de los mecanismos celulares la biología moderna se ha lanzado decididamente a la busca de los fenómenos fundamentales que gobiernan dichos mecanismos. Y es así como la biología ha tomado la vía molecular. Muchos hombres de ciencia en Latino América han tomado ya esta vía y han cosechado frutos merecidos. Debemos hacer todo lo posible para que estos modernos métodos de investigación se generalicen y que así las instituciones biológicas latinoamericanas, equipadas convenientemente, tomen asiento definitivo entre los modernos laboratorios mundiales. Entusiasmo para hacer esta obra lo he visto por donde pasé. Hay solamente que aumentar con rapidez el número de investigadores preparados teóricamente y poseedores de rigurosos métodos científicos. Hay que dedicarse seriamente a convencer al Estado de la urgencia de convertir este anhelo en realidad”.



## INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. El Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia hizo los siguientes nombramientos durante los meses de septiembre y octubre:

a) Dr. Antonio Ramírez como Profesor Auxiliar de Cirugía torácica, con una dedicación de medio tiempo o su equivalente y con la obligación de organizar y dirigir el Departamento de Cirugía torácica de la División de Cirugía, colaborar con el Jefe de la División y dictar conferencias al personal docente y de la misma división, examinar, y si es necesario operar los pacientes que necesitan la intervención de su especialidad, promover y dirigir la investigación clínica y experimental de esta misma especialidad.

b) Dr. Nacienceno Valencia como Profesor de Cirugía y Jefe del Servicio de Anestesia del Hospital de San Vicente de Paúl, con una dedicación de medio tiempo o su equivalente y con la obligación de organizar y dirigir el Departamento de Anestesiología, colaborar con el Jefe de División de Cirugía, dictar conferencias al personal docente y sobre esta especialidad, pasar revista diaria a los pacientes de servicios quirúrgicos en compañía de los internos que corresponden a este servicio, enseñar a éstos y a los estudiantes que se le asignen, efectuar demostraciones prácticas cuando éstas complementen su función docente-clínica y promover y dirigir la investigación clínica y experimental de su especialidad.

c) Dr. Marco Tulio Osorio como Profesor Interno de Anatomía.

d) Dr. Alfonso Siegert como Profesor Agregado de Anatomía, con carácter de Interno.

e) Dr. Alberto Betancur como Instructor de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia, con dedicación de tiempo completo.

f) Dr. Juan C. Aguilar como Ayudante-residente e instructor de medio tiempo en el Servicio de Cirugía torácica.

g) Dr. Ignacio Vélez Escobar como Profesor Agregado de Clínica Interna y Jefe del Servicio de Gastroenterología, y Consejero en asuntos de enfermería.

h) Señorita Angela Ortiz como ayudante del Laboratorio de Microbiología.

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

a) Dr. Bernardo Ospina Román. - *Título de la tesis*: "Algunas con-



sideraciones de los estados asfícticos del recién nacido y su relación con el mecanismo del parto”.

- b) Dr. Jorge Vasco Posada. - *Título de la tesis*: “Hospitales municipales en Antioquia y el pian en el oriente antioqueño”.
- c) Dr. Octavio Giraldo Arango. - *Título de la tesis*: “Síndrome poscolecistectomía (Hallazgos operatorios)”.
- d) Dr. Mario Robledo Villegas. - *Título de la tesis*: “PATOLOGIA DE LA GLANDULA TIROIDES”. Esta tesis mereció la máxima calificación, o sea, el LAURO, por su magnífica presentación, alto mérito en sus apreciaciones, originalidad y profundo estudio de la materia. Fue considerada por el Tribunal de Honores como una de las mejores tesis que de este género se pueden presentar en nuestro medio, y este trabajo servirá de base en el Instituto de Anatomía Patológica para futuros estudios.
- e) Dr. Jaime Mejía Restrepo. - *Título de la tesis*: “Estudio Médico-social del Municipio de Bello”.
- f) Dr. Moisés Levy Hamaoui. - *Título de la tesis*: “Estudio bioestadístico e higiénico-social del Municipio de Puerto Tejada”.
- g) Dr. Gonzalo Puerta Tamayo. - *Título de la tesis*: “LITIASIS RESIDUALES DE LAS VIAS BILIARES”.
- h) Dr. Ricardo Mejía Isaza. - *Título de la tesis*: “Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar”.

#### NORMAS PARA LOS EXAMENES DE ADMISION Y PARA LA MATRICULA EN EL PRIMER CURSO DE LA FACULTAD EN 1954.

1ª - Los aspirantes a ingresar al primer curso de la Facultad de Medicina, llenarán la planilla de solicitud de admisión y la acompañarán de dos referencias personales, lo que devolverán a la Secretaría con el fin de hacer la inscripción.

2ª - En los meses de Octubre y Noviembre se presentarán a una entrevista personal ante el Consejo de la Facultad o sus delegados, en las fechas que se fijarán para cada colegio o Liceo Departamental. Los aspirantes de otros departamentos harán la entrevista el Lunes 11 de Enero de 1954. Si en el momento de presentarse a la entrevista no han devuelto la planilla de admisión con las dos cartas dichas, es preciso que antes de ella, la entreguen a la Secretaría.

3ª - Los exámenes de admisión se verificarán de 9 a 11 a. m., así:  
MES DE ENERO. *Martes 12*: Química general. *Jueves 14*: Física general. *Sábado 16*: Castellano y Ortografía. *Lunes 18*: Biología general, que comprende lo relativo a Anatomía, Fisiología, Botánica y Zoo-



logía. *Miércoles 20*: Francés (Gramática y traducción). *Viernes 22*: Inglés (Gramática y traducción).

4ª - Los temas se desarrollarán sobre los programas oficiales de bachillerato. Los exámenes serán escritos en papel que suministrará la Facultad con el sello correspondiente y tendrán como máxima duración dos horas.

5ª - Los exámenes serán identificados por medio de números y cada estudiante usará el mismo número en todos ellos. Su equivalencia nominal será conocida únicamente por la Secretaría de la Facultad. En la presentación de estos exámenes, cada aspirante debe estar provisto de su carnet o tarjeta de identidad, a fin de identificarse cuando lo solicite cualquiera de los miembros del Jurado o las directivas de la Facultad.

6ª - En los exámenes de Inglés y de Francés se permite usar el diccionario por espacio de la primera hora, pero no puede ser prestado a los demás. Fuera de esto, no se permite entrar a los salones de examen ninguna clase de libros, revistas, copias o papeles.

7ª - Durante el examen es permitido fumar de sus propios cigarrillos. No se permitirá suministrar a los compañeros cigarrillos, lápices, ni ningún objeto. Todos deben proveerse de lo necesario, pues una vez iniciados los exámenes es prohibido entrar o salir de los salones mientras no se haya entregado el trabajo.

8ª - Cualquier aspirante que sea sorprendido haciendo fraude, será automáticamente suspendido en todas las pruebas.

9ª - Cada examen será calificado por un profesor diferente. La calificación fluctuará entre cero (0) y cincuenta (50) puntos. La Secretaría elaborará los cómputos finales.

10ª - Los resultados de los exámenes se darán a conocer el *Miércoles 27* a las 12 m. y los aspirantes que sean aceptados podrán proceder a llenar los requisitos de matrícula, que son los siguientes:

a) Partida de bautismo y libreta de servicio militar. b) Exámenes de órganos de los sentidos, serología, estudio radioscópico del tórax, clínico general. c) Vacunación contra tifo y viruela. d) Recibo de la Tesorería de la Universidad. e) Tres retratos tamaño cédula.

11ª - Para efectos de valor de la matrícula y cuota anual, es preciso que cada estudiante venga provisto de los certificados de renta líquida y patrimonio, que lo expide la Recaudación de Hacienda Nacional; y del certificado de la Oficina de Catastro, pues la cuantía depende de la situación económica de los padres o interesados y se avalúa de acuerdo con una tarifa progresiva fijada por la Universidad.

12ª - Para asentar la matrícula se exige que cada aspirante se presente con el padre o acudiente que ha de representarlo en la Facultad.

## FACULTAD DE MEDICINA

### DISTRIBUCION DEL TRABAJO EN ENERO DE 1954

<i>Lunes 11.</i>	8 a 12 m. y 2 a 6 pm.	ENTREVISTAS PERSONALES A LOS ESTUDIANTES DE OTROS DEPARTAMENTOS QUE ASPIRAN A INGRESAR AL PRIMER CURSO DE LA FACULTAD.
<i>Martes 12.</i>	9 a 11 am.	EXAMENES DE ADMISION: Química general.
<i>Miérc. 13.</i>	8 a 12 m. y 3 a 6 pm.	EXAMENES SUPLETORIOS Y DE HABILITACION.
<i>Jueves 14.</i>		
<i>Jueves 14.</i>	9 a 11 am.	EXAMENES DE ADMISION: Física general.
<i>Sábado 16.</i>	9 a 11 am.	EXAMENES DE ADMISION: Castellano y Ortografía.
<i>Lunes 18.</i>	9 a 11 am.	EXAMENES DE ADMISION: Biología general.
<i>Martes 19.</i>	Todo el día.	TRABAJO DE SECRETARIA.
<i>Miércoles 20.</i>	9 a 11 am.	EXAMENES DE ADMISION: Francés (Gramática y traducción).
<i>Jueves 21.</i>	8 a 12 m. y 2 a 6 pm.	MATRICULAS A QUIENES TENGAN PROBLEMAS, INCOMPATIBILIDADES, REPETICIONES, etc.
<i>Viernes 22.</i>	9 a 11 am.	EXAMENES DE ADMISION: Francés (Gramática y traducción).
	8 a 12 m. y 2 a 6 pm.	MATRICULAS A QUIENES TENGAN INCOMPATIBILIDADES, PROBLEMAS, REPETICIONES, etc.
<i>Sábado 23.</i>	8 a 11 am.	MATRICULAS A QUIENES TENGAN PROBLEMAS, etc.
	9 am.	REUNION DEL CONSEJO DE LA FACULTAD.
<i>Lunes 25.</i>	Todo el día.	MATRICULAS DE 3º a 6º CURSOS (Para completarlas con los certificados de salud, partida de bautismo, libreta militar, recibo de la tesorería de la Universidad, etc.).
<i>Martes 26.</i>	Todo el día.	MATRICULAS DE 3 a 6º CURSOS (Sin problemas-completarlas).
<i>Miércoles 27.</i>	9 a 12 m.	Reunión del Sr. Decano de la Facultad con el Jurado Calificador de los exámenes de admisión y el Consejo para decidir de acuerdo con los resultados de dichos exámenes, cuáles estudiantes serán aceptados en el Primer Curso.
	2 a 6 pm.	MATRICULAS A LOS ACEPTADOS AL PRIMER CURSO Y A LOS ALUMNOS DEL 2º.
<i>Jueves 28.</i>	Todo el día.	MATRICULAS PARA EL PERIMER CURSO Y A LOS DEL 2º.



- Viernes 29.** Todo el día. MATRICULAS PARA EL 1º Y 2º CURSOS.  
**Sábado 30.** 8 a 12 m. TRABAJO DE SECRETARIA.  
 9 am. REUNION DEL CONSEJO DE LA FACULTAD.  
**Lunes 1º (Febrero)** 7 am. INICIACION DEL AÑO LECTIVO: clases, laboratorio, anfiteatro, clínicas, etc.

**RECOMENDACION:**

Se recomienda encarecidamente a todo el alumnado de la Facultad, ceñirse estrictamente a la presente distribución de trabajo.

---

CALENDARIO PARA 1954

- Enero 11. - Lunes:**  
 Entrevistas personales a los aspirantes a ingresar al Primer Curso de la Facultad, que son de otros departamentos.
- Enero 12. - Martes:**  
 Iniciación de los exámenes de admisión al Primer Curso.
- Enero 13, 14 y 15:**  
 Exámenes supletorios y de habilitación.
- Enero 21, 22 y 23:**  
 Matrículas a quienes tengan incompatibilidades, problemas, repeticiones, etc.
- Enero 25 y 26:**  
 Matrículas de 3º a 6º cursos a los alumnos que llevan sus materias completas.
- Enero 27. - Miércoles:**  
 Resultado de los exámenes de admisión y matrículas a los aceptados.
- Enero 27, 28 y 29:**  
 Matrículas para 1º y 2º cursos.
- Febrero 1º - Lunes:**  
 7. a. m. Iniciación de clases.
- Marzo 19. - Viernes:**  
 Receso. Fiesta religiosa: San José.
- Abril 10. - Sábado:**  
 12 m. Se inicia el receso por motivo de la Semana Santa.
- Abril 19. - Lunes:**  
 7 a. m. Termina el receso de la Semana Santa. Presentación de la única prueba parcial en las materias semestrales.
- Mayo 1º - Sábado:**  
 Receso. Fiesta nacional: Día del trabajo.
- Mayo 3 a 8. - Lunes a Sábado:**  
 Primeras pruebas parciales de las materias que tienen como duración un año.
- Mayo 27. - Jueves:**  
 Receso. Fiesta religiosa: La Ascensión del Señor.

Junio 7, 8 y 9. - Lunes a Miércoles:

Exámenes finales de las materias del primer semestre.

Junio 10. - Jueves:

Iniciación de las materias semestrales correspondientes a la segunda mitad del año lectivo.

Junio 17. - Jueves:

Receso. Fiesta religiosa: Corpus Christi.

Junio 25. - Viernes:

Receso. Fiesta religiosa: Sagrado Corazón de Jesús.

Junio 29. - Martes:

Receso. Fiesta religiosa: San Pedro y San Pablo.

Julio 20. - Martes:

Se inicia el receso de vacaciones de mitad del año.

Agosto 9. - Lunes:

Reanudación de las clases, por terminar las vacaciones.

Agosto 31. - Martes:

Presentación de la única prueba parcial de las asignaturas del segundo semestre.

Septre. 6 a 10.-Lunes a Sábado:

Segundas pruebas parciales de las materias que tienen duración de un año.

Octubre 9. -Sábado:

Receso por motivo de la celebración del Día Clásico de la Universidad.

Octubre 30.-Sábado:

Terminación de los programas y de las clases.

Novbre. 1º-Lunes:

Receso. Fiesta religiosa: Día de todos los Santos.

Novbre. 2.-Martes:

Iniciación de los exámenes finales en todas las materias.

Novbre. 11.-Jueves:

Receso. Fiesta nacional: Independencia de Cartagena.

Novbre. 30. - Martes:

Ultimo examen y terminación del año lectivo.

DR. OSCAR DUQUE HERNANDEZ  
Decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Antioquia.



## NOTICIAS

República de Colombia - Departamento de Antioquia. - Secretaría de Gobierno. - Medellín - Oficio N° 2828.

Medellín, 31 de agosto de 1953.

Señor  
Director de la Academia de Medicina.  
La ciudad.

Por la Resolución N° 1899 del corriente año, el Ministerio de Justicia abrió un concurso para la provisión de algunos puestos de Médicos Legistas, concurso que habrá de celebrarse el día 15 de octubre.

Desde el quince de los corrientes se encuentra abierta la inscripción de aspirantes, la que podrá hacerse hasta el día 10 de octubre en la Gobernación del Depto.

En espera de su colaboración y para mejor conocimiento de las bases del concurso, me permito enviarle copia de la resolución del Ministerio por medio de la cual se abre el concurso, asimismo de la resolución N° 175 de 1947 en la cual se indican las bases del concurso.

Me permito anticiparle a usted mis agradecimientos por la colaboración que se servirá prestar.

Saluda a usted atentamente,

*Emilio Vélez M.*

- Subsecretario de Gobierno -

---

### RESOLUCION NUMERO 1.899 DE 1953

— Agosto 12 —

Por la cual se abre concurso para la provisión en propiedad de algunos puestos de Médicos Legistas.

EL MINISTERIO DE JUSTICIA, en uso de sus atribuciones legales, y

Considerando:

Que en algunas capitales de departamentos se han presentado varias vacantes en los cargos de Médicos Legistas de la respectiva Oficina Central;

Que es necesario proveer en propiedad dichas vacantes para la mayor conveniencia del servicio;

Que las leyes 101 de 1937 y 42 de 1945 establecen la forma como

han de ser provistos los cargos de Médicos Legistas en las Oficinas Centrales de Medicina Legal;

Resuelve:

Art. 1º - Abrese concurso para la provisión en propiedad de los siguientes cargos que se hallan vacantes en las Oficinas Centrales de Medicina Legal de:

CALI:	Médico Jefe y Médico Legista Ayudante.
BUCARAMANGA:	Médico Legista Ayudante.
CUCUTA:	Médico Legista Ayudante.
MEDELLIN:	Médico Legista Ayudante.
NEIVA:	Médico Legista Ayudante.
TUNJA:	Médico Legista Ayudante.

Art. 2º - Para la celebración del concurso anterior, rigen las bases establecidas por la Resolución N° 157 de 14 de marzo de 1947 originaria de este Ministerio.

Art. 3º - Señálase el día 15 de octubre del corriente año, para la celebración del concurso.

Art. 4º - La inscripción de aspirantes comenzará el día 15 del presente mes y quedará cerrada el 10 de octubre próximo.

Art. 5º - El profesor que nombre el Ministerio para integrar el Jurado Calificador del concurso, tendrá derecho a cobrar honorarios de veinte pesos (\$ 20.00) m/cte. por cada hora.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, a 12 de agosto de 1953.

(Fdo.) Antonio Escobar Camargo

El Secretario General (Fdo.), Hugo Rodríguez Cortés

Es copia auténtica. - (Fdo.) Guillermo Uribe Cualla, Médico Director.

## RESOLUCION NUMERO 175 DE 1947

(Marzo 14)

por la cual se señalan las bases de los concursos para la provisión del personal científico de las Oficinas Centrales de Medicina Legal de las capitales de zona.

El Ministro de Justicia, en uso de las atribuciones que le confiere el artículo 8º de la Ley 42 de 1945,

Resuelve:

Artículo 1º - La provisión del personal científico-técnico de las Oficinas Centrales de Medicina Legal se hará por medio de concursos.



Artículo 2º - Los concursos para la provisión en propiedad de los cargos de Médicos Legistas en las Oficinas Centrales de Medicina Legal tendrán por base dos clases de pruebas:

a) Presentación de los trabajos científicos sobre *Medicina Legal, Psiquiatría o Criminología, publicados* o inéditos, que hayan elaborado los concursantes, y de los títulos o antecedentes que demuestren la práctica en Medicina Legal.

b) Desarrollo, por escrito, de un tema de Medicina Legal y Psiquiatría Forense, que será enviado oportunamente a la primera autoridad política de la zona a que pertenezca la Oficina Central.

Artículo 3º - El tema sobre que verse el concurso debe desarrollarse durante dos horas continuas bajo la inmediata vigilancia de la primera autoridad política de la zona o de un delegado suyo, sin que sea permitido a los concursantes consultar libros o apuntes.

Artículo 4º - Las exposiciones escritas serán firmadas con seudónimo, y en un sobre aparte se incluirá el nombre propio del concursante, correspondiente al seudónimo. Los sobres deberán sellarse inmediatamente y autenticarse con la firma de la primera autoridad política de la zona o de su delegado.

Artículo 5º - Tanto los trabajos científicos presentados por los concursantes como las exposiciones de los temas médico-legales y los sobres con los nombres propios de los concursantes, serán enviados directamente por la primera autoridad política de la zona al Director del Instituto de Medicina Legal de Bogotá.

Artículo 6º - Los trabajos científicos presentados por los concursantes y las exposiciones sobre los distintos temas médico-legales serán examinados y calificados por un tribunal integrado por el Médico Jefe, y un Médico Legista del Instituto de Medicina Legal de Bogotá y un profesor nombrados por el Ministerio de Justicia.

Parágrafo. El profesor nombrado por el Ministerio para los concursos tendrá derecho a cobrar honorarios de \$ 10 por cada hora.

Artículo 7º - El Instituto de Medicina Legal de Bogotá enviará al Gobernador del respectivo Departamento el tema que deban desarrollar los concursantes. Los temas irán en sobres cuidadosamente sellados, y no podrán ser éstos abiertos hasta el momento en que vaya a practicarse el examen. Para la provisión del cargo de la Oficina Médico-Legal de Quibdó, el sobre será enviado al Intendente del Chocó.

Artículo 8º - La inscripción para los concursos se abrirá por el Gobernador o Intendente con dos meses por lo menos de anticipación al día en que deba practicarse la prueba escrita. Durante todo este tiem-



po se recibirán los trabajos científicos, títulos o antecedentes a que se refiere el artículo 2º, numeral a) .

Parágrafo. - Es entendido que la inscripción para los concursantes puede hacerse por los aspirantes en cualquiera de las capitales de Departamento, pero especificando a qué Oficina de Medicina Legal se aspira a pertenecer.

Artículo 9º - Solamente podrán ser inscritos, para tomar parte en los concursos, los médicos colombianos que acrediten su título con el diploma debidamente autenticado y registrado por el Ministerio de Educación Nacional, o en su defecto con una copia del acta de grado.

Artículo 10. - La prueba escrita del concurso tendrá lugar en todas las capitales, aun cuando se trate de concursantes inscritos para aspirar al cargo de Médico Legista en otro Departamento, verificándose en el mismo día y con las condiciones prescritas.

En Bogotá se efectuará la prueba el mismo día para aquellos concursantes que residan allí y se hayan inscrito en los concursos para Médicos Legistas de las capitales de Departamento.

Artículo 11. - El tribunal de calificación examinará por separado los trabajos científicos que presenten los aspirantes y las composiciones firmadas con seudónimo, como los títulos y antecedentes. La calificación definitiva será el promedio de las notas obtenidas computadas de 1 a 20, para cada clase de pruebas.

Artículo 12. - Para que haya concurso es indispensable que la calificación definitiva exceda de doce puntos, y éste se entenderá surtido aun cuando sólo se presente un aspirante.

Artículo 13. - Se entiende que el concursante que obtenga la más alta calificación obtendrá el puesto en propiedad de Médico Jefe, y el que siga inmediatamente tendrá el puesto de Ayudante. En caso de que dos o más concursantes obtuvieren la misma calificación, se preferirá al que compruebe con los títulos respectivos haber tenido mayor práctica en la Medicina Legal, pero en igualdad de circunstancias decidirá la suerte.

Artículo 14. - Cuando no haya habido inscripciones para los concursos o cuando verificadas las pruebas por el tribunal examinador, ninguno de los concursantes obtuviere la calificación mínima exigida en la presente Resolución, el Ministerio de Justicia, después de un año, volverá a abrir el concurso, y si nuevamente se declarase desierto, se repetirá todos los años hasta que se pueda llenar la vacante en propiedad. Entre tanto, continuarán desempeñando sus cargos, en interinidad, los empleados nombrados por el Gobierno.



Artículo 15. - El tribunal examinador remitirá un acta detallada, sobre el resultado de las pruebas, al Instituto de Medicina Legal, a fin de que teniendo en cuenta el resultado, se elabore el decreto sobre nombramiento en propiedad a los que hubieren resultado vencedores.

Artículo 16. - Los médicos que salgan vencedores en estos concursos para ser nombrados como Médicos Legistas por el Organó Ejecutivo, se comprometen a dedicar seis horas en el día al despacho de todos los asuntos de las Oficinas Centrales de Medicina Legal.

Parágrafo. - El incumplimiento reiterado de esta promesa será motivo de destitución de sus cargos. Igualmente lo será la mala conducta, la embriaguez habitual y la intervención activa en política.

Artículo 17. - La vacante del puesto de Médico Jefe la llenará el Médico Ayudante, y la de este último, si fuere temporal, el concursante que le hubiere seguido en calificación en el concurso respectivo; y si fuere absoluta, mediante concurso en iguales condiciones a las señaladas en la presente Resolución.

Artículo 18. - La inscripción para estos concursos principiará el día 1º de abril y será cerrada el día 31 de mayo del presente año.

Artículo 19. - Los concursos se celebrarán en todas las capitales el mismo día, o sea el 9 de junio próximo.

Comuníquese y publíquese.

Dada en Bogotá a 14 de marzo de 1947.

*Arturo Tapias Pilonieta*

El Secretario General, *Eduardo Piñeros y Piñeros*.