

563



REVISTA MEDICA

ORGANO DE LA ACADEMIA NAL. DE MEDICINA

VOL. 48

JULIO DE 1946

Nº 563

DIRECTOR: PROFESOR JULIO APARICIO

COMITE DE REDACCION:

Prof. Jorge Bejarano
Prof. Luis Patiño Camargo
Prof. Juan Pablo Llinás
Prof. Manuel Antonio Rueda Vargas



ADMINISTRADOR: ALFREDO ORTIZ SAENZ
Apartado Nacional, Nº 386

Editorial A B C — Bogotá

VIOCOPLEX

Antianémico y Hematínico.

VIOCOPLEX es un medicamento insuperable en el tratamiento de todas las anemias.

VIOCOPLEX reúne la insustituible acción estimulante y antianémica del

**Hierro
Cobre
Extracto hepático concentrado
Complejo Vitamínico B
Tiamina
Riboflavina y
Niacinamida.**

Cada cápsula corresponde a 40 gramos de hígado crudo.

Posología - Adultos - 2 o 3 cápsulas después de cada comida

Niños - El contenido de una cápsula mezclado con almíbar 2 o 3 veces diarias.

Envase: Frascos de 20, 50 y 100 cápsulas.



"Medicamentos preparados científicamente y dedicados al servicio del médico."

Distribuidos por:

LABORATORIOS WINTHROP LTDA.

Calle 22 N° 6-28.

Teléfonos 7646 y 7811.

Bogotá.

“NEUMOSEPTUM MEOZ”

Balsámico coadyuvante en las afecciones de las vías respiratorias.

Cada ampolla contiene:

Gomenol	0.15
Alcanfor natural	0.15
Cineol	0.15
Guayacol cristº	0.06
Aceite Seje c. s. para	3 c. c.

Cajas de 6 ampollas de 3 c. c.

Cajas de 25 ampollas de 3 c. c.

Licencia Nº 7.156 de la Com. de Esp. de la República.

LABORATORIOS FARMACEUTICOS MEOZ

Teléfono 1013 Ch. Apartado Nº 737. Telégrafo “Meoz”.

Bogotá — Colombia.

LABORATORIO CLINICO

DR. F. SCHOONEWOLFF

Profesor de la Facultad de Medicina.

BACTERIOLOGIA — PARASITOLOGIA — HEMATOLOGIA
SEROLOGIA — QUIMICA BIOLÓGICA.

Exámenes a domicilio a toda hora.

CALLE 12 NUMERO 4-44. — TELEFONOS: 2-50 y 42-11.

LEMAR

**TONICARDIACO
ESTIMULANTE CIRCULATORIO**

FORMULA :

ESPARTEINA (ALCALOIDE) . . . 0.008 grs.
ALCANFOR 0.10 grs.
ETER 0.25 grs.
ACEITE C.S.P. 1.C.C.

INDICACIONES :

SINCOPEs, COLAPSOS, ASTENIA,
INSUFICIENCIA CARDIACA,
ENFERMEDADES INFECCIOSAS,
PROCESOS SEPTICOS PULMONARES.

Dosis : DE UNA A TRES AMPULAS DIARIAS

*PRESENTACION :
CAJAS CON 5 AMPULAS
DE 1.C.C.*

LE
MAR

INTRAMUSCULAR

**LABORATORIOS
LEMAR**

HABANA-CUBA

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA COLOMBIA

**ALL-AMERICA
TRADING COMPANY**

BOGOTA

COLOMBIA

Apartado Nacional N° 1741
Apartado Aéreo 3712

Carrera 6ª N° 14-16 Of. 503
Telegramas "TRADING"

Laboratorios Om

GINEBRA

SUIZA

PENTAL comprimidos

Para-amino-fenil-sulfamida 0,50 gms.

Estreptococias, Gonococias, Neumococias, Meningococias

PENTAL intravenoso 12%

PENTAL intramuscular 6%

Para-sulfamido-fenil-amino-metilen-sulfonato sódico en solución al 12% y al 6% respectivamente.

Las mismas indicaciones que PENTAL comprimidos, de acción más rápida y prácticamente atóxico

PENTAL QUININA comprimidos

Para-amino-fenil-sulfamida 0,40 gms.

Etil carbonato de Quinina 0,10 "

Canfo carbonato sódico 0,05 "

Infecciones agudas del aparato respiratorio. Paludismo

PENTAL POMADA

Para-amino-fenil-sulfamida 10 gms.

Excipiente graso 100 "

Piodermitis, Impétigo, Ulceras, Heridas, Quemaduras

BUCO-PENTAL para disolver en la boca

Para-amino-fenil-sulfamida 0,10

Excipiente aromatizado c. s. p. una tableta.



INSTITUTO BIOQUIMICO

BOGOTA

Calle 30-A N° 6-89. Teléfono N° 3890.



**ESTIMULANTES
DE LA
RESPIRACION Y CIRCULACION**

A U X I C O R

**Estrofantina G. (ouabaina)
Esparteína Sulfato
Estricnina Sulfato**

En el enfisema pulmonar

AMPOLLAS Y FRASCO GOTERO

C A R D I O L

**Alcanfor
Calcio canfosulfonato
Efedrina clorh**

Asma y trastornos del aparato circulatorio.

AMPOLLAS Y FRASCO GOTERO

E T I R A Z I N

**Carbopiridindietilamida
en solución acuosa al 25%**

En las formas agudas de insuficiencia cardíaca y respiratoria.

AMPOLLAS Y FRASCO GOTERO



LABORATORIOS "LIFE"

**Sucursal para Colombia
Calle 18 N° 13-11. Apartado aéreo 4406. Teléfono N° 5374.
B O G O T A — COLOMBIA**

CORNIN GLASS WORKS

Material de vidrio para laboratorio, marca

PYREX



COLEMAN & BELL Co.

Productos, Sustancias, Reactivos,
Colorantes, Indicadores, etc.
para análisis en laboratorios
bacteriológicos y químicos.



ALMACEN PADCO

Carrera 9ª N° 13-33. Edificio Jaramillo.

Apartados: Aéreo N° 3901.—Nacional N° 1283

Teléfono: 4018.—Telégrafo: "PADCO"

Bogotá — Colombia.

LISTA DE LOS MIEMBROS ACTUALES
DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Miembros Honorarios Nacionales:

Martín Camacho

Luis López de Mesa

Miembros Honorarios Extranjeros:

Bernard Cuneo

Andre Latarjet

Claude Regnaud

Louis Tavernier

Henry Roger

Paul Durand

Miembros de Número:

Rafael Ucrós

Pedro J. Almánzar

Roberto Franco

Francisco Vernaza

Rafael A. Muñoz

Luis Patiño C.

José María Montoya

Manuel A. Rueda V.

Julio Aparicio

Carlos J. Cleves V.

Adriano Perdomo

Miguel A. Rueda G.

Manuel A. Cuéllar D.

Manuel José Silva

Arcadio Forero

Francisco Gnecco M.

Miguel Jiménez López

Hernando Anzola Cubides

José del C. Acosta

Augusto Rocha Gutiérrez

Jorge Bejarano

Antonio M. Barriga Villalba

José V. Huertas

Guillermo Uribe Cualla

Jorge de Francisco C.

Pablo A. Llinás

Alfredo Luque B.

Juan Pablo Llinás

Lisandro Leiva Pereira

Edmundo Rico

Calixto Torres U.

Ramón Atalaya

Carlos Trujillo G.

Jorge Llinás Olarte

Alfonso Esguerra G.

Gonzalo Reyes García

Gonzalo Esguerra G.

Santiago Triana Cortés

Jorge E. Cavalier

Manuel José Luque

OPTICA SCHMIDT HNOS.

CALLE 12 NUMERO 7-29. — BOGOTA

OPTICOS OPTOMETRAS GRADUADOS

**EXAMEN Y ADAPTACION CIENTIFICA DE ANTEOJOS
HA SIDO NUESTRA ESPECIALIDAD HACE 30 AÑOS.**

**Instrumentos de Cirugía y Medicina
Elementos para Laboratorios Químicos y Bacteriológicos.
Productos Químicos, Reactivos y Colorantes para Análisis.**

**INSTRUMENTOS Y ACCESORIOS PARA INGENIERIA
Y DIBUJO.**

**ELEMENTOS PARA PINTURA ARTISTICA.
Taller para la Reparación de Instrumentos de Precisión.
CALIDAD Y SERVICIO.**

CLINICA DE MARLY

ESPECIALIDAD: CIRUGIA — MATERNIDAD



DIRECCION: carrera 13 N° 49-30.

Teléfonos Nos. 2300 a 2307, Chapinero.

REVISTA MEDICA

• ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA •

Tarifa Postal Reducida. Licencia N° 1382 del Ministerio de Correos y Telégrafos

VOL. 49

JULIO DE 1946

N° 563

Director:

Profesor Julio Aparicio

Comité de Redacción:

Prof. Jorge Bejarano

Prof. Luis Patiño Camargo

Prof. Juan Pablo Llinás

Prof. Manuel Antonio Rueda Vargas

Administrador.

Alfredo Ortiz Sáenz

CONTENIDO

	Pág.
La visita de Sir Howard Florey, por el profesor Francisco Gnecco Mozo	619
Elogio del doctor Evaristo García, por el doctor Edmundo Rico	621
Los mascadores de coca en el Huila (conclusión), por el señor Jeremías Repizo Cabrera	630
Un caso más de embarazo ovárico llegado a término, por el doctor Rafael F. Martínez Merchán	636
Pronósticos de la eclampsia convulsiva por medio de la uricemia, por el doctor Casimiro Daza P.	643
Extirpación quirúrgica del cáncer de la próstata: operación radical, por los doctores J. A. Campbell Colston, y Juan Wilson	653

LEMAR

Calcio Coloidal Lemar

CON VITAMINA D

FORMULA:

CALCIO AL ESTADO COLOIDAL
CON 5000 U.I DE VITAMINA D
POR C.C.

INDICACIONES:

CAQUEXIA, FRACTURAS, RAQUITISMO, ADENOPATIAS,
TUBERCULOSIS, PROCESOS HEMORRAGICOS,
SENSIBILIDAD ANAFILACTICA, CARIES DENTARIAS.

Intramuscular

Indolora

LE
MAR
A
R

LABORATORIOS

LEMAR

HABANA-CUBA

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA COLOMBIA:

ALL-AMERICA

TRADING COMPANY

BOGOTA

COLOMBIA

Apartado Nacional N° 1741
Apartado Aéreo 3712

Carrera 6ª N° 14-16. Of. 503
Telegramas: "TRADING"

LA VISITA DE SIR HOWARD FLOREY

El Consejo Británico ha honrado la ciencia colombiana con la visita a Bogotá de Sir Howard Florey.

Hacia mucho tiempo que no teníamos el placer de ver en esta altiplanicie figuras de fama mundial en las ciencias médicas, y estas visitas tienen una influencia estimulante innegable para la juventud, que, al ver de cerca personajes de esta talla, pueden convencerse de que, al fin y al cabo, son hombres también, de pura carne y de puro hueso.

Porque si un descubrimiento científico tiene trascendencia en cuanto a las aplicaciones que de él haga la humanidad, para los médicos, y aun para los estudiantes de medicina tienen otro aspecto no menos importante: el entusiasmo que contagia el presenciar una victoria; la satisfacción que da el saber que tras todo esfuerzo continuado y bien dirigido llega el premio al fin.

Los trabajos de Florey y sus colaboradores de Oxford tienen por este lado una característica digna de subrayar. Trabajaron ellos para hacer posible lo imposible. Lo que Fleming, ese gran Pasteur moderno dejara por difícil, ellos lo estudiaron hasta lograr ponerlo en las manos del público. Y en cuanto al camino abierto con la investigación de la penicilina, que deja la esperanza de que muchos otros hongos y plantas de propiedades aun no estudiadas suficientemente, produzcan en día no lejano sorpresas de gran valor para el arte de curar, de ello también la juventud colombiana ha de tomar nota acuciosa.

Sir Howard Florey es hombre modesto, como todo verdadero sabio, y no quiso permitir que se le hicieran todas las atenciones oficiales y sociales que Bogotá habría querido ofrecerle. Fue por ello escaso el número de médicos que tuvieron el placer de estrechar la mano que tanto bien otorgara a la humanidad; pero, en cambio, casi todo el cuerpo médico de Bogotá, los estudiantes de las distintas fa-

cultades, y aun mucha gente profana en Medicina, se agolparon en el insuficiente salón del Colegio de San Bartolomé para oír las conferencias del grande hombre de ciencia, con un entusiasmo que no se había visto en la ciudad hacia los tópicos de la ciencia pura.

La Academia Nacional de Medicina confirió al Dr Florey el título de Miembro Honorario de la Corporación, y con tal motivo el Profesor Bejarano ofreció a Sir Howard un espléndido banquete, con asistencia de todos los académicos, y en elocuentísimo discurso demostró la importancia de la visita del sabio inglés a Colombia. (Es de aplaudir, entre paréntesis, la determinación del Profesor Bejarano, de no discutir siquiera proposición alguna que autorizara a la Academia para otorgar galardón con tal superabundancia de timbres merecido.)

Ojalá que la rubia Albión siga haciendo de visitas tales como esta de Sir Howard nuevos motivos de agradecimiento para Colombia toda hacia ella, y especialmente para la ciencia colombiana, que con Florey en Bogotá se sintió incorporada al movimiento médico universal.

F. G. M.

ELOGIO DEL DR. EVARISTO GARCÍA

Por EDMUNDO RICO

Conmemora hoy la república —y muy notoriamente desde luego, el departamento del Valle del Cauca— el centenario natal de un varón que viviera para la ciencia y la investigación, para la patria y la sociedad. Evaristo García.

Cuando merced a la ley número 66 del 22 de septiembre de 1867 se creaba la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, un joven caleño, Evaristo García, destacose, sostenidamente, entre el fogoso equipo de discípulos que por entonces en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, modelaron las enseñanzas doctas de Antonio Vargas Vega, Abraham Aparicio, Manuel Plata Azuero, Francisco Bayón, Liborio Zerda, Nicolás Osorio y Rafael Rocha Castilla.

Doctorado el 18 de febrero de 1872, no tardaba Evaristo García por el querer de su inteligencia, de su voluntad y aptitudes pedagógicas en llegar a la cátedra de clínica médica en el Hospital de San Juan de Dios. Eran, precisamente, aquellos tiempos de oro de la medicina francesa, en los que Trousseau, Peter, Grissolle y Jacoud, partían el sol de la ciencia gala. Evaristo García dióse en cuerpo y alma a infundir en sus discípulos la esencia tan fértil como renovadora del latino diagnóstico. Y no satisfecho con ello, el profesor García fundó y dirigió, en asoció del gran Plinio Rengifo, el curso de anatomía patológica del que tanto había menester la Facultad. Desde estas dos cátedras —clínica interna y anatomía patológica— vale decir, desde el sistema somato-psíquico que sufre y demanda al dúctil diagnóstico diferencial el auxilio aleatorio de la terapia, hasta la confirmación de la táctica y técnica clínicas allá en la yerma plancha anatómica en donde el organismo fenecido, exhibe, de par en par, el palpitante corolario de lo que es la vida, Evaristo García, desple-gaba, prolijamente, junto con la densidad creciente de su saber, la

hipertonia anímica del optimismo patrio, enhebrados ambos en el fluir ardoroso de su actividad creadora.

Las enseñanzas del doctor Evaristo García en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de Bogotá, llevaban, por así decirlo, la marca de fábrica indeleble e indestructible de la escuela francesa. Y ello no es de extrañar, pues que en la inmortal Lutecia, los profesores del joven médico vallecaucano habían apuntalado la arquitectura de sus inteligencias clínicas lo mismo en la diafanidad que en la sutileza intuitiva e infinitamente fecunda de Javier Bichat, Claudio Bernard, Laenec y Luis Pasteur.

Y es que la medicina francesa tienen por goznes la inteligencia que piensa, medita o discrimina; la imaginación que por el caleidoscopio incesante de las senso-percepciones, condensa, sintetiza, crea; y la afectividad que por el crepitar emocional de los sentimientos, hace del enfermo un ser humano y no una máquina de fofa experimentación ni menos un ente oportuno para inmisericorde explotación diplomada.

Tal era el derrotero pedagógico que en su clínica médica se impuso, desde mediados de 1827, el profesor Evaristo García. Del selecto auditorio que escuchaba, asiduamente, aquellas lecciones, tres alumnos sobresalían así por la viveza de su inteligencia como por la agilidad intuitiva que desde entonces mostraron para el diagnóstico. Ducho observador de los hombres, y por ende, experto olfateador del futuro, Evaristo García, estimulaba, ahincadamente, las primicias mentales de estos tres discípulos suyos que —no obstante poseer diferentes temperamentos y caracteres disímiles— los tres coincidían en la misma innata vocación médica. Estos tres discípulos predilectos del profesor García —tallados clínicamente por él— y que con el devenir del tiempo fueron eximios catedráticos de nuestra Facultad de Medicina, se llamaban Juan David Herrera, José María Lombana Barreneche y Pablo García Medina.

A medida que transcurren los años la figura prócera de Juan David Herrera adquiere mayores, más indelebles matices en el glorioso escudo científico de la medicina nacional. Su talento altivamente orgulloso pero de exquisito buen tono; la envidiable ley de gravedad ética que regía todos y cada uno de sus movimientos intelectuales; su independiente ideología, fueron atributos incommovibles de su personalidad ejemplar.

Pocos profesionales nuéstros han dominado los estudios anatómicos con la maestría de Juan David Herrera. Y esta pericia en la contabilidad integral del cuerpo humano, debíasela, en gran parte, a la destreza anatómica de Evaristo García. Juan David Herrera fue un estupendo profesor de anatomía y se ha dicho que el trasegar incesante de su escalpelo por los vericuetos de la disección, lo condujo a la desolada filosofía materialista. Error. Y muy grave error. Herrera fue determinista y, más que determinista, fue positivista. A ello lo llevaron sus búsquedas de la causa al efecto, y sobradamente, esos amortiguadores del empirismo mágico que son la observación y la experimentación, bases irrecusables de los postulados científicos. Confundir, mistificar el materialismo con el positivismo equivale, ni más ni menos, que a confundir la metafísica con la biología.

Dilatadas y fructíferas resultaron siempre las exploraciones de Juan David Herrera por los suelos y los subsuelos ilimitados de la medicina. Nunca vivió al socaire de las labores y deberes agobiantes que ella demanda. Libró exitosas justas con la entonces espectacular y peligrosísima cirugía; lustró magníficamente, sus avizores sentidos externos e internos en la diagnosis de las enfermedades y, como profesor de medicina legal, hizo de su cátedra torreón estelar en donde campeaban, airosamente, junto con su erudición galénica, profundos conocimientos de los problemas judiciales, amén de acertadas normas sobre profilaxis social. Juan David Herrera fue humanista, científico de acrisolado cuño y cuyo diapasón interior estaba burilado por no escasas vetas de idiosincrasia artística.

El otro discípulo de excepción —alentado, adivinado y guiado, igualmente por el profesor Evaristo García— fue José María Lombana Barreneche, príncipe de la clínica cuya figura austera y agresivamente cerebral, representa, sin lugar a duda, el genio médico más grande habido en Colombia.

Cráneo dolicocefalo, elocuentemente dolicocefalo que apenas si podía sostenerse sobre el corte elevado de los hombros; rasgos tajantes, angulosos, porque en este varón que hubiese ensalzado Plutarco, todo eran ángulos y líneas rectas, todo era, por así decirlo, geometría espiritual y somática; todo huía de la esfera y buscaba la arista; todo acusaba "inteligencia poliédrica", valiéndome, aquí del término feliz puesto en boga por Luis López de Mesa.

En el agudo, rectilíneo y cortante mirar de Lombana Barreneche

había algo del escarpelo que diseca, de la daga que intimida, del genio que señorea. En sus labios irónicos, en su hidalga barbilla —semejante a un triángulo de nieve— en la agilidad festiva de sus músculos faciales zigzagueaba la dúctil, amarga y pesimista filosofía de la experiencia humana.

Medularmente clínico, clínico en la prístina majeza del vocablo, su cátedra del viejo y demolido hospital de San Juan de Dios, simboliza el caduceo áureo de múltiples generaciones médicas. Por cerca de cuarenta años, en aquellas salas destartaladas, José María Lombana Barreneche no solamente “empinose por encima del hombro de los siglos”, que diría Zea Uribe, sino que imperó como el máximo dominador de la patología. La finura de sus diagnósticos, la magistral exposición de la filosofía en los procesos morbosos, la sapiencia clarividente de su dialéctica semiótica, la nítida apreciación de los detalles más nimios en apariencia, su verbo sonoro y reposado, sus oportunos paréntesis filosóficos, su lenguaje técnico, sus rebeldías contra la jactancia ex-dómine del laboratorio; en fin, sus arrebatos nobles y hasta sus mismos motivados caprichos fueron brújula mágica de una enseñanza que, punto por punto, coincidía con el más jugoso sabor y olor didácticos de la decantada esencia gala.

Pablo García Medina completaba la trilogía de estos sobresalientes alumnos del médico caleño. Varón suave, algo nostálgico, lento en el obrar pero rápido en el pensar, García Medina era el arquitecto del temperamento esquizoide aunque su morfología corporal no correspondiera a los rasgos orgánicos por lo común inherentes a tan nítida modalidad psicológica. García Medina fue un contemplativo, un jardinero discreto de su hermoso mundo interior. De aquí que adquiriera el ritmo inmanente de la sabiduría. La soledad, la meditación, el ensueño eran para él, a la par que fermentos, jugos indispensables para engendrar postulados científicos. El pragmatismo, el menor contacto terreno, siquiera el roce con las glorias humanas, aterían el lujoso brío de sus aptitudes intelectuales, en la inmovilidad de la parálisis.

Transitaba por la compleja raigambre de la filosofía, conocía los hontanares de esta veleidosa síntesis de la vida, con pericia única. Empero el “bobby” de sus estudios radicó y giró siempre en torno de la higiene. La erudición atañedora a problemas de profilaxis social en García Medina, fue sencillamente pasmosa. Con su versación

de higienista, con sus monumentales obras al respecto, García Medina obtuvo así en su propia patria como en congresos médicos internacionales, los más prominentes honores que sin que se soliciten ni se aspire a ellos, se otorgan, en veces a los hombres de ciencia.

Cuando supo el fallecimiento, ocurrido el 19 de junio de 1921 en la ciudad de Cali, de su venerado maestro, el doctor Evaristo García, escribía, al respecto, en "El Diario Nacional", estos párrafos que transcribo como el mejor medallón ofrendado por un prestigioso discípulo a un profesor de élite:

"Vuelto a Colombia, su pluma, maestra y veterana, y su palabra tan brillante como persuasiva, se dedicaron a servir a la patria, no sólo en el campo de la ciencia sino en el estudio de todo asunto que pudiera afectar los intereses de la Nación. Su actividad fue asombrosa, pues en medio de la vida y a pesar de que su generoso corazón lo llevaba a consagrar sus horas y sus días a servir a todas las clases sociales para llevarles el consuelo de la ciencia, enriqueció la literatura científica de Colombia con estudios que serán siempre título de gloria para su autor. Trató su pluma todos los grandes problemas de nuestra patología. Las enfermedades del hígado en nuestros climas cálidos; el paludismo en nuestras más ricas regiones; la lepra, la tuberculosis, las infecciones tíficas; las enfermedades de la piel, peculiares en algunas de nuestras provincias; todos estos fueron temas en que hizo brillante su grande ilustración y aquel criterio general que lo colocó a la cabeza de nuestros escritores científicos."

"Dotado de un poderoso talento, de una altísima imaginación y de una palabra fácil como elocuente, supo dar a sus conferencias y a sus escritos, la forma elegante, austera y penetrante que exige la ciencia grave y difícil a la que consagró su inteligencia. Como cirujano ocupó también el doctor Evaristo García uno de los primeros puestos entre nuestros profesores; él practicó la cirugía con atrevimiento fundado en sus grandes conocimientos anatómicos y en las excepcionales dotes de clínico que le caracterizaron."

En esta forma concisa, Pablo García Medina dejaba engastada la obra fecunda de su maestro. Mas, es preciso hacerla resaltar aún. En 1875, el clínico vallecaucano emprendía viaje de estudios de perfeccionamiento hacia Europa. Por aquel tiempo, en París, la figura romana de Charcot, imperaba, mundialmente, desde la legendaria cátedra de la Salpêtrière, con su autoridad arrogante, indiscutida e in-

discutible en asuntos de patología nerviosa. Cual nueva Minerva salida del cerebro de Júpiter, Charcot acababa de crear, íntegramente, esa agorera enfermedad que se denomina esclerosis lateral amiotrófica. El héroe mitológico de la Salpetrière, disertaba, asimismo, sobre la siringomielia y el panadizo analgésico de Morvan. La controversia iba planteada entre algunos partidarios de la identidad de estas dos enfermedades con la lepra mutilante y otros, los más, que sostenían la etiología diferente de las tres entidades nerviosas.

El doctor Evaristo García, experto en la diagnosis del mal de Hansen, y convencido, por la sola observación clínica de que el famoso panadizo de Morvan era nada menos que nuestra lepra tropical mutilante, osó, con el apoyo de algunas preparaciones anatómo-patológicas que había traído desde Colombia, comunicarle su certidumbre, al respecto, al profesor Charcot. Y fue tal el asombro de este semidios galo cuando escuchó aquellas observaciones saturadas de lógica, que a poco de oírlas, invitaba a nuestro compatriota nada menos que ante la Academia de Medicina de Francia para que allí disertara sobre la lepra antonina o mutilante como la bautizara el mismo doctor García.

Nunca olvidó Charcot a este colombiano famoso y cuando ulteriormente en Francia, el profesor Miguel Rueda Acosta ligaba contacto con él, este hombre orgullosamente admirable y admirablemente orgulloso, le aconsejó que eligiera como tema de grado, el de "Lepra nerviosa de los países tropicales" en que tan versado era el doctor Evaristo García. Y así se hizo.

Un técnico, universalmente conocido por sus estudios sobre la enfermedad de Hansen, el turco Zambaco Pachá, en su admirable obra, "La lepra a través de los siglos y de las naciones", publicada en 1914, se expresa así en la página 610: "Desde 1876, el doctor Evaristo García, de Colombia demostró en la Sociedad Anatómica de París, que estas alteraciones óseas provenían de los leprosos llamados antoninos en Colombia."

De regreso a su patria, el profesor García radicose, definitivamente en Cali, la ciudad en que el 17 de noviembre de 1845 se meciera su cuna. Prefería a los oropeles tornadizos de mejores centros, el dulzor de su patria chica quizá porque el sentido barresiano de la tierra y de los muertos —pésele a la genial morbosidad de André Gide— liga ciertas naturalezas a su habitáculo natal con tan eximios

lazos de sangre que romper estas ataduras, equivaldría a la postre, a menguar la propia nacionalidad.

Sería labor de largas travesías, si mencionase uno a uno, los trabajos científicos de Evaristo García, publicados en el lapso de diez lustros. Básteme citar, entre otros, sus estudios "Sobre el Beriberi en Colombia, los Gusanos Urticantes del Valle del Cauca, el Plátano en Colombia, y los Ofidios Venenosos del Cauca".

Su monografía acerca de los Ofidios Venenosos del Cauca y publicada en París, por la imprenta Bouret está agotada. Apenas si en el Instituto Butantam del Brasil, queda algún ejemplar del que se propone el afecto filial de Demetrio García Vásquez, obtener la reimpresión.

Y qué tan enjundioso será este tratado sobre los Ofidios Venenosos del Cauca, cuando la célebre científica francesa, la señora María Phisalix, en su conocido libro, "Animales venenosos y venenos", enhebra en torno de él, la más cálida y honrosa citación.

La sabiduría del doctor Evaristo García iba respaldada en el arco toral del honor, la dignidad y la bondad. Ejerció sus luminarias médicas no como lucro sino como función social. Gratas, muy gratas épocas las de otrora, cuando el verdadero galeno, el médico de familia, de sombrero de alta copa y levita, de rostro todavía no rasurado, iba de hogar en hogar, de villorio en villorio, al pasitrote de suave y filosófica jaca, de esos equinos tan portentosamente descritos en "El Moro", por Marroquín y que evocan, no propiamente el melancólico Rocinante de Zuloaga sino el consentido, amable y bien vitaminado Guilliver de la Yerbabuena "¡en servicio médico!"

El malogrado profesor Juan N. Corpas, en su interesante opúsculo "Resumen histórico de la enseñanza de Medicina desde la época de la Colonia hasta la fundación de la actual Facultad" reseña —en el estilo minucioso y vocacional de historiógrafo que tanto caracteriza a su discreta hiperemotividad— las primeras andanzas tendientes al nacimiento de la actual academia nacional de medicina "el día 3 de enero de 1873, a las siete y media de la noche, se reunieron en la sala de la casa del doctor Abraham Aparicio, los doctores Manuel Plata Azuero, Nicolás Osorio, Liborio Zerda, Abraham Aparicio, Leoncio Barreto, Evaristo García, Pío Rengifo y Rafael Rocha Castilla con el fin de fundar la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales; provisionalmente fue nombrado presidente de la Sociedad el

doctor Manuel Plata Azuero y secretario el doctor Aparicio; el doctor Zerda fue comisionado para redactar el reglamento. Se acordó editar un periódico, "La Revista Médica de Bogotá", de la cual fue primer redactor el doctor Pío Rengifo".

"La Sociedad se instaló definitivamente el 9 de febrero de 1873, y siguió funcionando regularmente, laborando con fruto en el campo de la medicina y de las ciencias naturales, de que dan fe las numerosas e importantes publicaciones que en su Revista oficial aparecieron; en fin, la Sociedad fue oficialmente reconocida por el gobierno y elevada a la categoría de Academia Nacional de Medicina por medio de la ley 71 de 1 de noviembre de 1890."

De modo, pues, que Evaristo García, a más de ser fundador de la Academia Nacional de Medicina de Bogotá, fue miembro honorario de la misma; fundador de la Sociedad de Medicina del Cauca; miembro honorario de la Academia de Medicina de Medellín y de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Cartagena; presidente del primer congreso médico nacional reunido en Bogotá el 20 de julio de 1893; fundador y primer presidente del Centro Vallecaucano de Historia y Antigüedades y Delegado al Congreso Médico de Lima en 1913, en cuyo seno destacose por sus exposiciones sobre esplenectomía o ablación del bazo, mayormente por haber sido el primer cirujano que en Popayán, desde 1877 extirpara este órgano hematopoiético en una leucemia palúdica con eficientes resultados.

Es en extremo placentero y rememorativo para los anales de la Academia Nacional de Medicina, consagrar esta sesión extraordinaria al profesor Evaristo García, no solamente por ser él su fundador y miembro honorífico sino uno de sus más gallardos, de sus más lujosos exponentes científicos.

Por estos tiempos vesánicos y cruentos en que acentúa sus desequilibrios el Cosmos, nada que conforte tanto —siquiera sea por algunos momentos— el ánimo conturbado como el rememorar la vida y las obras de ese colombiano ilustre que fue Evaristo García. En verdad que si él, como buen patriota, conoció y supo de las amarguras anejas a las subintrantes contiendas fratricidas de entonces, ignoró el dramático colapso ecuménico de esta civilización contemporánea, de esta etapa pre-agónica de la sociedad en que no solamente se desintegran los átomos físicos sino —lo que es todavía más grave— se dislocan los átomos psíquicos. Tal vez Evaristo García por ha-

berla experimentado finalmente en su patria, creyó en la paz gregaria, fenómeno imposible de sostener ahora, pues mientras hoy se hipertrofia, más que nunca, el instinto biológico combativo-defensivo que impele a los seres vivientes a destruirse entre sí (y los instintos biológicos únicamente los aniquila la muerte), los hombres de buena voluntad que anhelan una paz eterna apenas si logran respirar en una incubadora de utopías...

Y es que, por paradójico que el hecho parezca, sólo hay una paz en esta tierra, una paz que a la vez que ejemplariza, immortaliza, la que procura la conciencia del deber cumplido. Ella es privilegio de algunos seres de excepción: la serena paz espiritual que oreó la vida de Evaristo García.

LOS MASCADORES DE COCA EN EL HUILA

TRABAJO DE HIGIENE presentado por el alumno de Medicina señor Jeremías Repizo Cabrera al Profesor de Higiene, doctor Jorge Bejarano, en septiembre de 1944.—Facultad de Medicina.

(Conclusión)

Su vivienda es infeliz: cuatro paredes de palos parados; un techo de hojas secas de caña de azúcar. En la mitad un fogón. En las esquinas barbacoas de palos que hacen las veces de camas. Debajo de éstas, numerosos cuyes (curies) que comen pasto fresco. En un rincón y en el suelo, una gallina que incuba; en otro rincón, un perro que duerme. Afuera, y amarrado a uno de los palos de la choza, un puerco y las basuras de que se alimenta. A diez metros de distancia, un hoyo profundo de donde sacan el agua del consumo. Así es su vida.

ESTADISTICA

En el Huila no se llevan estadísticas sobre la coca; en vano busqué en las oficinas de Neiva datos al respecto. Sólo en estos últimos tres meses, gracias a la diligente labor del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, las alcaldías del sur del Huila y las comisiones sanitarias han emprendido el levantamiento del censo de las plantaciones de árboles de coca.

SAN AGUSTIN

San Agustín es un puerto terrestre: a él llegan los comerciantes de Nariño, Cauca y Ecuador que vienen a vender ganados flacos para engorde, coca y otros productos, y a comprar caballos, maíz y sal con que vuelven a su tierra. Pero ni en San Sebastián del Cauca, ni en San Agustín del Huila, se lleva estadística de la coca que traen del Cauca.

El Concejo Municipal de San Agustín ha venido ensayando medidas para acabar con el uso de la coca. Hace unos diez años un acuerdo disponía contar las plantaciones existentes. Los indios se

levantaron, amenazaron a las autoridades; no fueron a trabajar. Los pastales se llenaron de maleza; los víveres escasearon; se entronizó el hambre y fue preciso derogar el acuerdo para restablecer la normalidad.

Lo más que han soportado los indígenas es lo establecido en el "Artículo 14 del Acuerdo N° 4 de 1944".

"El sitio donde se expende coca y mambe en calles, plazas o caminos públicos, pagará \$ 1 por día o fracción de día, cada expendio.

"*Parágrafo.* Cuando la venta de coca y mambe se haga en piezas o casas particulares, únicamente se pagarán los derechos de almota-cén o 20 centavos por día o fracción de día."

En este municipio se vende coca procedente del Cauca y coca producida en plantaciones del lugar. La estadística es la siguiente:

Coca procedente del Cauca:

Puestos de venta en el mercado.....	5	puestos.
Venta en c/u y por cada mercado.....	2	arrobas.
Total de arrobas por mercado.....	10	arrobas.
Total de arrobas por año.....	520	arrobas.
Valor de una libra.....	\$ 0,80	
Valor de una arroba.....	\$ 20.00	
Valor de 520 arrobas.....	\$ 10.400.00	
Sin contar la coca que venden en los caminos.		

Coca producida en San Agustín:

N° de árboles cultivados y en producción..	30.000.
Libras que producen al año.....	60.000.
Que son.....	2.400 arrobas.
Que tienen un valor de.....	\$ 48.000

Total: \$ 58.400 que se mueven por concepto de coca en un municipio cuyo presupuesto actual es de \$ 10.000.

Es preciso tener en cuenta que todo este dineral procede de gentes pobres que ganan mezquinos salarios ya que los ricos y acomodados no mascan coca. Esto es escandalosamente paradójico.

En los tiempos de invierno, cuando los caminos se ponen intransitables, la coca procedente del Cauca sube de precio: \$ 1, \$ 1,20 la libra. Pero los indios la compran, cueste lo que costare. Les es indispensable.

PITALITO

En este municipio hay dos personas que han tomado a pecho y con marcado interés el levantamiento del Censo de cicales y ventas de hoja y el estudio del modo de resolver tan serio problema. Son el alcalde de la población, señor don Juan de la Cruz Bahamón, y el Jefe del Centro de Sanidad, doctor Blanco Cabrera. Gracias a sus labores, podemos consignar los siguientes datos estadísticos:

Coca procedente del Cauca:

Puestos de venta en la plaza.....	4	puestos.
Cada uno vende por mercado.....	20	libras.
Que al año son.....	4.160	libras.
Valor de una libra.....	\$ 0,85	
Valor de 4.160 libras a 85 cvs. cada una...	\$ 3.512.00.	

En el municipio:

Nº de árboles cultivados y en producción..	47.000.
Cosecha que producen al año.....	94.000 libras.
Valor de una libra.....	\$ 0,85
Valor de 94.000 libras a 85 cvs. cada una..	\$ 75.200
Son en total \$ 78.712 anuales que circulan por concepto de coca en un municipio cuyo presupuesto alcanza a \$ 20.000.	

ACEVEDO

Coca procedente del Cauca:

Más o menos la mitad de la que llega a Pitalito.

Coca del municipio:

10.000 árboles.
El valor de una libra es allí de \$ 0,85.

SALADOBLANCO

Coca introducida del Cauca:

Por año.....	3.000	libras.
Valor de una libra.....	\$ 0,85	
Valor de las 3.000 libras.....	\$ 2.550	

Coca del Corregimiento:

Nº de árboles.....	18.000.
Libras que producen por año.....	36.000.

Valor de una libra.....\$ 0,85
Valor de 36.000 libras a 85 cvs. cada una...\$ 30.600.
Son en total \$ 33.150 por concepto de coca al año.

ELIAS

En este municipio no se cultiva, ni se vende ni se masca coca.

TIMANA

En sus mercados no se vende coca. Los pocos mascadores que de vez en cuando se ven por esos lados son gentes que van de paso.

No hay cultivos. Unos cien árboles que hay en casas campestres se cultivan con fines terapéuticos.

En los demás municipios del sur no se cultiva ni se vende ni se hace uso alguno de la coca.

Queda por estudiar la otra zona del occidente del departamento en donde se encuentran plantíos de coca. Cuando el Censo se termine podremos hacer el cálculo total del departamento.

CONCLUSIONES

De lo expuesto concluimos:

- 1ª—En el más pobre de los departamentos se mueven fabulosas cantidades de dinero por concepto de hojas de coca.
- 2ª—Los salarios más bajos se pagan en el Huila, y los trabajadores, lejos de beneficiarse de ellos y atender a las necesidades de su familia, los malgastan en el vicio.
- 3ª—Es alarmante la enorme cantidad de coca que se produce en el departamento del Cauca y la que distribuye en los mercados de poblaciones huilenses.
- 4ª—No hay control alguno que restrinja la introducción de coca caucana.
- 5ª—Es evidente cómo de día en día aumentan los cultivos de coca en el Huila.
- 6ª—Son manifiestos los perjuicios que los mascadores en particular y los pueblos en general reciben del citado vicio.
- 7ª—Las mujeres que mascan coca hacen frecuentes abortos involuntarios.
- 8ª—Los niños que se entregan al vicio se idiotizan y se degeneran.
- 9ª—Hay un alto porcentaje de criminalidad imputable a la costumbre del mambeo.

- 10^a—La desnutrición y deshidratación del mascador lo llevan en corto plazo al cuadro final de la tuberculosis pulmonar.
- 11^a—La economía nacional pierde terreno a medida que se degeneran las gentes trabajadoras.
- 12^a—Los naturales del Huila no mascan coca.
- 13^a—Es preciso que el Estado intervenga de una manera eficaz.

¿PERO COMO?

¿Dictando una ley para derribar los árboles?

No sería esa la medida apropiada: los indios se levantarían; matarían alcaldes; se batirían a fuego con las gentes armadas. Esa medida implica una enorme cantidad de dinero para sostener cuantiosos piquetes de policía armada que defiendan a los alcaldes que ordenan la destrucción de los árboles. Y el Estado no tiene dinero para este sostenimiento.

¿Comprando los árboles para derribarlos luego?

Tampoco. El gasto sería mucho mayor. Al costo del sostenimiento de la gente armada se sumaría el gasto de miles y miles de árboles cortados. Por otra parte, ese dinero que el indio no emplea en comprar coca, lo empleará en comprar aguardiente. Se emborrachará; atacará a la gente armada y cuando ésta se energice, se hundirá en las selvas. Allá sembrarán coca y se alimentarán de yuta silvestre mientras maduren la yuca y la arracacha cuyas semillas llevarán en su fuga. Y entonces la República estará al frente del espantoso problema de la falta de brazos: más de cien mil trabajadores se han escondido y la escasez de víveres azotará a la República.

¿Cómo entonces?

Levantar el censo de las familias en donde haya siquiera una sola persona que masque coca, con nombre del padre, de la madre y de los hijos. Prohibir bajo fuertes multas a los padres, que enseñen el vicio a sus hijos y esposas. Al adulto que mambee dejarle los árboles necesarios para obtener por año una cosecha de 52 libras de hojas que son las que necesita para entretener el vicio al año. Es decir, dejarle unos 18 árboles. Los demás, serán derribados por la autoridad competente. Los dueños de haciendas cuyos parceleros tienen árboles de coca ayudarán a vigilar a fin de que en sus tierras

no se siembren más árboles. Cualquier ciudadano puede denunciar ante la autoridad competente al padre que enseñe a mascar hojas de coca a alguno de sus hijos. Como la coca y el mambe manchan los dientes es fácil verificar la verdad de la acusación. El muchacho que ha incurrido en falta, pagará servicio personal al municipio a que pertenece. Cuando el dueño de los árboles muera, la autoridad hará cortar los árboles y pasará a la viuda o a los hijos la indemnización que el Estado pague.

Con la práctica se irían resolviendo las dificultades del método.

La destrucción de esta costumbre es cuestión de tino y de paciencia.

La costumbre es fuerte y resiste más golpes que la ley. Por otra parte la ley no debe reñirse con las costumbres de un modo ostensible.

La que trate de acabar con este vicio abominable debe ser sabia y tener cuerpo y agilidad de serpiente.

Pero esa ley tiene que aparecer tarde o temprano, antes que las gentes viciosas pero trabajadoras, sucumban al fuego exterminador de la tuberculosis pulmonar.

Bogotá, septiembre 19 de 1944.

J. REPISO CABRERA.

UN CASO MAS DE EMBARAZO OVARICO LLEGADO A TERMINO

Por el Dr. RAFAEL F. RAMIREZ MERCHAN, Jefe de Clinica Obstétrica.
(Hospital de San Juan de Dios.)

¿Puede el óvulo ser fecundado en el ovario, desarrollarse allí y, en ocasiones, llegar a término? Hasta hace pocos años aún había autores que negaban esta posibilidad; pero hoy en día está plenamente demostrada la realidad del embarazo ovárico en sus diversas fases. Sin embargo, se exige para aceptar como tal un embarazo ectópico que se cumplan los requisitos anatómicos señalados por Spiegelberg, citado por casi todos los autores americanos, y que son los siguientes:

- 1º Integridad de la trompa homónima del ovario grávido;
- 2º Saco fetal en posición correspondiente al ovario;
- 3º Unión de dicho saco al útero por el ligamento útero-ovárico, y
- 4º Hallazgo de tejido ovárico en la pared del saco.

Todos estos requisitos pueden evidenciarse en los primeros meses de la evolución de una gestación ectópica, pero algunos de ellos son de difícil comprobación cuando el embarazo evoluciona cerca de término. En esta eventualidad, debido al crecimiento, a la infiltración, a la reacción de conjunto de los anexos, el ovario y la trompa se hacen solidarios en forma tal que su diferenciación es imposible a simple vista. Anotan los autores que siempre que se produce el embarazo ovárico, superficial o profundo, se forma un tumor pediculado que se extirpa con facilidad aun cuando crea adherencias con los tejidos contiguos. El ovario, como sucede siempre en el desarrollo de los quistes de este órgano, proporciona un saco de membranas resistentes, capaces, por demás, de llevar el embarazo a término. El conjunto de signos subjetivos es, para el caso, similar al de un quiste del ovario. Conviene anotar que un embarazo llegó a término en topografía anómala pero dentro de su saco primitivo perteneciente a la trompa o al ovario, no es un embarazo abdominal, en el sentido estricto de

esta acepción, y por consiguiente no hay razón para encontrar en la exploración clínica los signos del embarazo abdominal tan sugestivos y tan elocuentes para la precisión del diagnóstico. En resumen, cuando, como en el caso que voy a exponer, el embarazo ha llegado a su término y se ha producido el óbito fetal al propio tiempo que no se perciben partes fetales, puede sospecharse la existencia del embarazo ovárico cuando, armonizando síntomas, se encuentra toda la sintomatología de un quiste del ovario y además razones de peso en apoyo de una gestación suspendida, y de una gestación ectópica.

En la revista *Medicina y Cirugía* correspondiente al mes de junio del presente año publiqué otras dos observaciones de embarazo ectópico llegado a término y en uno de los cuales el examen anatomo-patológico del saco reveló la existencia de tejido ovárico; tales casos son muy similares al presente, pero en éste, por ser el tercero que hemos tenido la oportunidad de observar, se hizo el diagnóstico oportunamente y se comprobó por los exámenes de laboratorio correspondientes así como también por las características encontradas en el momento de la intervención.

Historia N^o 900 de 1946.—Servicio del Profesor Rodríguez Apon-
te. Maternidad.

Edad de la paciente, 42 años. Casada. Vive con el marido.

Antecedentes ginecológicos: *Menarquia a los 17 años*; meno-
metrorragias.

Antecedente de *flujo amarillento* hace 2 años.

Antecedentes obstétricos: Un parto normal a término al primer
año de casada; hace 21 años. Un 2^o parto de 7 meses al 2^o año de ca-
sada.

20 años de infecundidad. Últimas reglas el 7 de julio de 1945.
Coincidiendo con la supresión de las reglas ocurrieron los fenómenos
simpáticos, la paciente vio crecer progresivamente su abdomen como
en los embarazos anteriores y afirma categóricamente haber percibido
los movimientos fetales desde el 4^o mes también como en los embara-
zos anteriores, y dejó de percibirlos hacia el 9^o mes fecha en la cual
hubo una pequeña pérdida sanguínea vaginal al propio tiempo que
de sus senos fluyó espontáneamente calostro en cantidad suficiente
para llamar la atención de la paciente. Finalmente recurre al Hospi-
tal el 7 de junio de 1946, 11 meses después de iniciada la amenorrea
y 2 meses después de haber dejado de percibir los movimientos fetales.

Examinada por el Interno, con la presunción de que se trataba de un embarazo, a más de los datos del interrogatorio encuentra que la masa que ocupa el abdomen y que da las apariencias de ser la matriz grávida tiene una altura de 28 cms. sobre el pubis; ocupa situación mediana con ligera desviación hacia la izquierda, hay tenue circulación colateral y dicha tumefacción abdominal es regular, de movimientos limitados lateralmente, da la sensación de contener líquido a alta presión y aun cuando *no se perciben partes fetales* ni irregularidades de la tumefacción y *la auscultación es negativa*, propone el diagnóstico de embarazo a término con feto muerto.

Con gran interés procedí a practicar el examen ginecológico el que reveló lo siguiente: cuello largo de consistencia normal que se continúa hacia la derecha con un cuerpo más duro cuyos límites no se pueden precisar pero que parece ser la matriz no grávida. Los fondos de saco existen pero poco profundos y tensos; los movimientos de la tumefacción abdominal y del cuello uterino no son solidarios. Con todos estos datos *considerados en conjunto* sin darle a ninguno en particular valor absoluto, pero sin despreciar su mérito en apoyo de un diagnóstico hice el de embarazo ectópico muy probablemente ovárico, con feto muerto.

Es verdad que no existían los signos de certidumbre para el diagnóstico de embarazo pero no por eso podía excluirse éste, y mucho menos en las condiciones anotadas, puesto que, guardadas relaciones, se planteaba el diagnóstico de embarazo ectópico en la misma forma en que se plantea cuando evoluciona en los primeros 4 meses en que tampoco hay los signos de certidumbre y sin embargo se ácierta frecuentemente en consideración al valor de los otros síntomas.

Es el caso paradójico en que los llamados signos de probabilidad unidos al interrogatorio y a la observación clínica, suplen con ventaja la ausencia de los signos de certeza. El hecho de ser la paciente de una cultura superior a la común de las gentes que vienen al Hospital, y de haber tenido dos hijos da mayor fuerza a los datos que ella suministra.

Que concurren además, ciertos hechos, invocados frecuentemente en la etiología del embarazo ectópico, es también muy sugestivo en el caso presente. Tales hechos son los siguientes:

- a) Menarquia tardía (a los 17 años)
- b) Infecundidad de 20 años.

- c) Antecedentes de flujo vaginal, indice de infección.
- d) La edad de la paciente.

Y si a éstos se agregan los siguientes que son propios de la evolución de la eccesis sería imperdonable quitarles su valor en el diagnóstico, porque no existan los signos de certidumbre:

- a) Amenorrea de 11 meses.
- b) Falso trabajo que se produjo hacia el 9º mes de amenorrea.
- c) Metrorragia concomitante.
- d) Calostorraea espontánea concomitante.
- e) Supresión de los movimiento fetales después del falso trabajo.
- f) Disminución de la tumefacción abdominal desde entonces.
- g) Crisis de irritabilidad simpática.
- h) Los preciosos datos suministrados por el tacto vaginal en cuyo examen se diferenciò la matriz como independiente del tumor abdominal y no grávida.

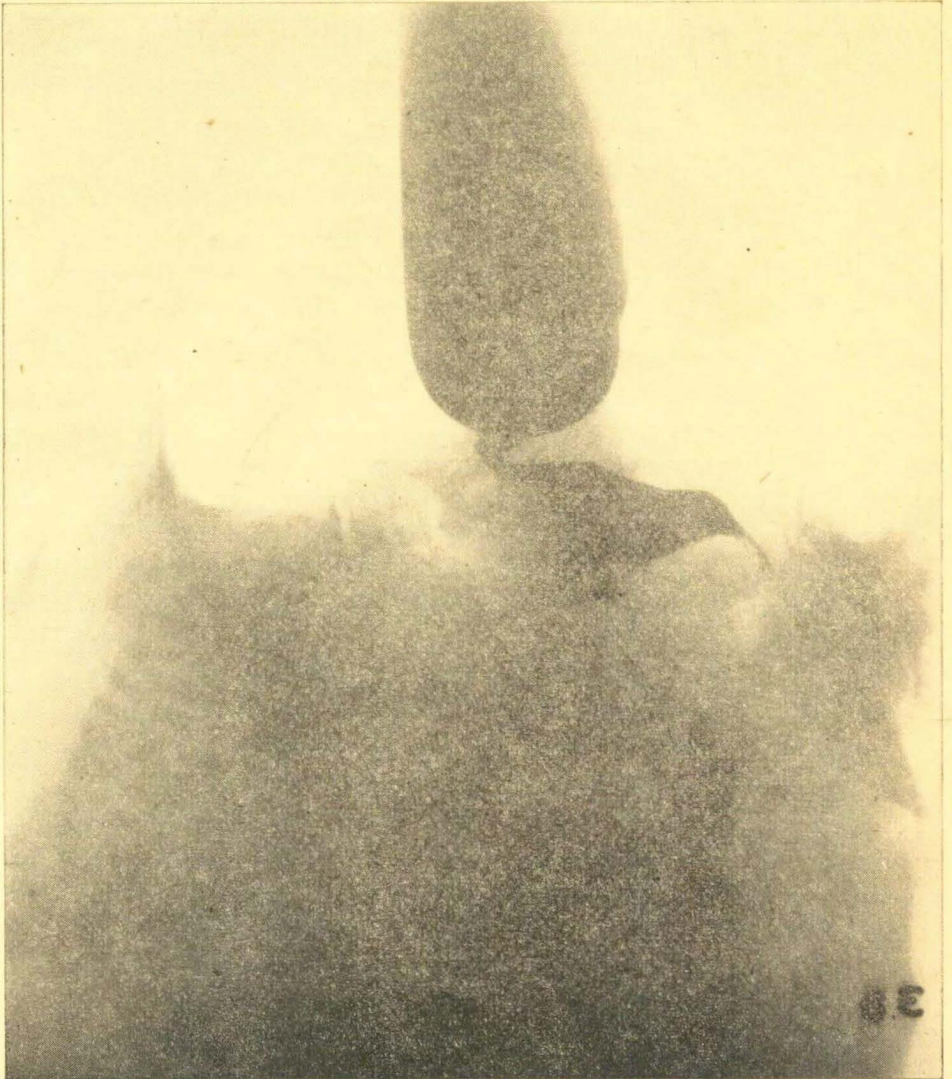
Para dilucidar mejor el caso se solicitó examen radiológico del abdomen y una histero-salpingo-grafía. Practicado el examen radiológico del abdomen se nos comunicó: "En la radiografía simple encontramos un embarazo que presenta todos los signos radiológicos de feto muerto tales como el de Horner-Spalding, exageración de la curva de la columna vertebral y el signo de Mathews los cuales todos son positivos. También aparece una alteración del líquido amniótico porque encontramos una densidad más elevada de la normal." Anotaba además, verbalmente, el radiólogo que las paredes del continente eran densas y que su situación mediana así como el desarrollo fetal le hacían pensar que quizá el continente no podría ser otro que la propia matriz. Pero ante la insistencia nuestra se practicó la histero-salpingo-grafía en la cual, "encontramos, reza el boletín, que la matriz se inyecta normalmente y su tamaño y forma son normales pero su situación ligeramente desviada hacia la derecha. Aumentando un poco la entrada de yodatol y por consiguiente la presión intra-uterina, se logra hacer pasar la sustancia opaca a las trompas; *tanto del lado derecho como del lado izquierdo se inyectan en casi toda su longitud.* (El subrayado es mío.)

Conclusiones: Embarazo muy avanzado cercano a los 7 meses extraterino y extratubárico." Firmado: Campo Elías Pedraza.

Estos exámenes radiográficos, cuyos fotograbados acompañamos, corroboran el diagnóstico del Jefe de Clínica con la diferencia de

que el radiólogo calcula 7 meses de embarazo por las características fetales, cuando en realidad llegó a término sin tener el desarrollo correspondiente por su calidad de ectópico.

Finalmente, se intervino bajo anestesia por ciclopropano-éter-oxígeno el 26 de junio. Laparotomía mediana iniciada a unos 4 cms.



Nótese la matriz libre y las trompas inyectadas con la sustancia opaca. En la bolsa ovárica el feto en presentación de pelvis.



por encima del ombligo y terminada a unos 2 cms. por encima del pubis. El peritoneo parietal se encuentra adelgazado y adherido a la aponeurosis; se hace cuidadosamente su disección y se llega a la cavidad abdominal. El tumor abdominal tiene adherencias epiploicas e intestinales; da a la vista y aun al tocarlo, la impresión de un quiste del ovario; se continúa la intervención para aislar el quiste. El aislamiento se hizo sin mayores dificultades y se logró exteriorizar el tumor

cuyo pedículo se ligó y se extrajo el quiste sin abrirlo. La intervención se continuó suturando adherencias y peritonizando. Al revisar los órganos genitales internos se encuentra la matriz de tamaño normal. Los anexos del lado derecho quedaron íntegros y sanos; los del lado izquierdo formaban cuerpo con el tumor que se extirpó. Antes de cerrar la cavidad peritoneal se dejaron 5 gramos de sulfatiazol cristalizado en ella y un tubo de caucho para avenamiento. La paciente sale de la Sala en muy buenas condiciones.

Abierto el tumor encontramos, como cuando se abre un quiste del ovario, paredes musculares y fibrosas; salió gran cantidad de líquido de color verde con meconio. El feto perfectamente formado e iniciada su maceración era de sexo masculino y pesó 1.400 gramos. La placenta, que se extendía casi en totalidad sobre las paredes del quiste, era delgada y adhería íntimamente a ellas.

La descripción microscópica de la pieza es la siguiente:

"Embarazo tubo-ovariano. Los cortes muestran ovario y tubo uterino. Además se encontró placenta en estado de desintegración situada aparentemente entre el tubo y el ovario. Tanto en el ovario como en el tubo, pero especialmente en este último, se ve reacción inflamatoria moderada con infiltración leucocitaria poli y mono nuclear. Edema." Firmado: Sánchez Herrera.

En resumen pues, clínicamente, radiológicamente y aun microscópicamente se trataba de un embarazo ovárico, que llegó a término y cuyo diagnóstico hicimos, no por sutileza clínica sino por la claridad de los datos suministrados por la paciente y por la similitud con dos casos observados anteriormente y a los cuales hice referencia.

El post-operatorio fue normal y la paciente sale por curación 26 días después de operada.

PRONOSTICO DE LA ECLAMPSIA CONVULSIVA POR MEDIO DE LA URICEMIA

Trabajo presentado a la Sociedad de Obstetricia de Colombia por el
Dr. Casimiro Daza P.

Ante la impotencia de la Clínica para establecer el pronóstico de la toxicosis gravídica de forma convulsiva, ya que ni la época de aparición de las convulsiones: en el embarazo, en el trabajo o en el puerperio; ni el número de ataques convulsivos y la duración de éstos; ni la temperatura durante la crisis convulsiva, así como tampoco las modificaciones tensionales y del aparato urinario; ni la variedad de toxicosis: seca o hidropígena; ni la conducta y tratamiento adoptados: médico, obstétrico o quirúrgico-obstétrico, la Ciencia Médica ha recurrido a los medios del laboratorio, es decir, a las constantes biológicas.

No puedo olvidar la tenaz preocupación del distinguido médico Dr. Joaquín Sarmiento, en el año de 1935, cuando regentaba la cátedra de Clínica Obstétrica, por el envío de muestras de sangre de eclámpticas al Laboratorio "Santiago Samper", para que se dosificaran el nitrógeno ureico, los cuerpos creatínicos, el ácido úrico, etc., seguramente en busca de una constante que le permitiera formular un pronóstico. No sé a que conclusiones llegaría el Dr. Sarmiento.

Pero ha sido el profesor José del Carmen Acosta quien se ha empeñado con su permanente e inaudito interés y con su colaboración científica y material a que se establezcan las constantes normales y patológicas en la sangre durante el estado puerperal. Así tenemos estudiadas la azohemia, que es de tanta importancia cuando se trata de hacer el diagnóstico en las convulsiones que tienen lugar durante la gestación; los cuerpos creatínicos, la bilirrubinemia, la glucemia, la hemoglobinemia, la cloruremia, el número de eritrocitos.

y leucocitos por mm³, el hemograma de Schilling, la uricemia, los fosfo-aminolípidos y la eritrosedimentación.

De todas estas constantes, indudablemente, las más importantes, desde el punto de vista práctico, son la azohemia y la uricemia. El Dr. Márquez Villegas en su trabajo de tesis "Anotaciones sobre el Metabolismo Fisiopatológico del Acido Úrico Sanguíneo en Bogotá", presenta 11 observaciones de eclámpicas, a las cuales me referiré en otro lugar. El Dr. Márquez sugiere la idea, en vista de los resultados obtenidos en dichas observaciones, que puede servir la uricemia para el pronóstico de la eclampsia. De suerte que el presente trabajo no tiene otro fin que el de aclarar la sugerencia del Dr. Márquez.

No quiero seguir adelante sin expresar y dejar consignado aquí que las observaciones que fundamentan este trabajo se deben al infatigable trabajador y hombre de grandes inquietudes intelectuales, Dr. Rafael Peralta C., quien de manera sistemática ordenó los análisis químicos de la sangre, durante el tiempo que estuvo como jefe de Clínica Obstétrica en el Hospital de San Juan de Dios, en Bogotá.

Antes de presentar las observaciones y de concluir en una u otra forma, es necesario e indispensable recordar la fisiopatología del ácido úrico.

El ácido úrico se origina de un hetero-proteído o sea de una proteína conjugada por dos moléculas de proteína del tipo de las histonas y una sustancia no proteica, llamada grupo prostético, que es el ácido nucléico, de una gran complejidad molecular, que está en relación con la función biológica que le toca cumplir. Son bien conocidas las funciones de reproducción del núcleo.

El ácido nucléico de origen animal o vegetal tiene la siguiente constitución molecular; ácido fosfórico (PO_4H_3), azúcar (que puede ser una hexosa o una pentosa) y una base púrica o pirimidica. La molécula formada por estos tres elementos es lo que se llama un *nucleótido*, que puede ser púrico o pirimidico, según la base.

La unión de la hexosa o pentosa con la base púrica o pirimidica forma el *nucleósido*. La molécula del ácido nucléico está formada por varias moléculas de nucleótidos, es decir, es un polinucleótido, así como los holoproteídos están formados por péptidos, por polipéptidos.

DIGESTION.—Los núcleo-proteídos son atacados en el tubo digestivo por la nucleasa gástrica y la tripsina del páncreas, originándose dos moléculas de proteínas y una de ácido nucléico. Este ácido nucléico es atacado por una nucleinasa intestinal y tisular y desdoblado en nucleótidos púricos, o pirimídicos, los cuales por acción de la nucleotidasa intestinal o tisular son a su vez desdoblados en nucleósidos púricos o pirimídicos y ácido fosfórico. Estos nucleósidos son hidrolizados por la nucleosidasa intestinal y tisular quedando en libertad la hexosa o pentosa y las bases púricas y pirimídicas.

METABOLISMO.—Los procesos de anabolismo y catabolismo, que constituyen el metabolismo, tienen lugar en el medio interno, es decir en la circulación. El ácido fosfórico forma los fosfatos inorgánicos y como tal se elimina por la orina. El azúcar, en forma de hexosa, es convertido en el hígado en glucógeno y luego en zooglucosa para ser utilizada como elemento energético o plástico.

Las bases púricas: adenina y guanina sufren en el hígado y en los tejidos la desaminación. Los ceto-ácidos correspondientes: hipoxantina y xantina por un proceso de oxidación, que tiene lugar en los tejidos y en el hígado, función uricopoyehética, se convierten en una trioxipurina, que es el ácido úrico.

TECNICA DE DOSIFICACION DE LA URICEMIA.

El método usado para dosificar el ácido úrico en la sangre, de las observaciones que presento, fue el de Brown.

Fundamento.—El ácido úrico con el ácido fosfotúngstico, en presencia de carbonato de sodio o de litio produce un color azul, el cual se compara con el producido con el mismo reactivo en una solución standard de ácido úrico.

REACTIVOS NECESARIOS:

A — SOL. STOCK DE ACIDO URICO:

Acido úrico	1 gm.
Carbonato de litio	0,45 a 0,50 gms.
Formol comercial	25 c. c.
Acido acético glacial	3 c. c.

Preparación.—Se coloca el ácido úrico en un balón; se disuelve en otra vasija el carbonato de litio en agua caliente (60°). Cuando éste esté disuelto se vacía sobre la vasija que contiene el ácido úrico

y se agita; una vez que la solución esté bien clara se pone en agua corriente para enfriarla y se diluye a unos 500 c. c., agregándole el formol; se agita bien para mezclarlo, se agrega el ácido acético y se completa un litro. Guardar en frasco oscuro y en lugar oscuro.

B — SOLUCION STANDARD:

Solución stock	5 c. c.
Agua destilada	800 c. c.
Formol comercial	2 c. c.
Sol. 2/3 normal de H ₂ SO ₄	20 c. c.

Diluir con agua destilada a un litro (5 c. c. equivalen a 25 milésimas de miligramo de ácido úrico).

C — SOLUCION DE CIANURO DE SODIO:

Cianuro de sodio	5 gms.
Agua destilada c. s. p.	100 c. c. (prepararlo cada 2 meses.)

D — REACTIVO DEL ACIDO URICO:

Tungstato de sodio	100 gms.
Acido fosfórico	80 c. c.
Agua destilada	700 c. c.

Hervir suavemente por dos horas usando un condensador de reflujo; enfriar y diluir a un litro.

TECNICA.—Colocar 10 c. c. del filtrado de Folin (un volumen de sangre oxalatada, más un volumen de solución de tungstato de sodio al 10% y 8 volúmenes de una solución 2/3 normal de H₂SO₄) en un frasco marcado M y 5 c. c. de agua destilada. Preparar dos patrones S₁ y S₂. En el S₁ colocar 5 c. c. de la solución standard y 10 c. c. de agua destilada; en el S₂ 10 c. c. de la solución standard y 5 c. c. de agua destilada. Agregar a los 3 frascos 5 c. c. de la solución de cianuro de sodio y 0,5 c. c. del reactivo del ácido úrico. Mezclar bien y colocar en la oscuridad por 20 minutos. Comparar al colorímetro con el patrón generalmente en 15 m.m.

P

—

CALCULO.— $X = \frac{P}{D} \times 2,5$, si se ha usado el S₁: miligramos de ácido úrico por ciento de sangre.

$P \times 5$ si se ha usado el S₂.

—

D

Año	Historia	Uricemia gms. %	Azohemia gms. %	Tipo de eclamp.	N.º de ataques	Trata- miento	Estado Madre	Estado Niño	Observac.
1941	160-R. (1)	0,0675	0,64	Trabajo	2	Médico	Curación	Vivo	Parto esp.
"	741-R.	0,0416	0,83	Embarazo	7	Médico	"	"	Gestante
1942	281-R.	0,0565	0,67	"	26	Cesarea	"	"	Albúmina cilindros
"	504-R.	0,066	0,45	Puerperio	21	Médico	"	"	Parto esp.
"	555-R.	0,0242	0,40	Trabajo	11	Forceps	"	Muerto	
"	675-R.	0,0365	0,34	Embarazo	?	Cesarea	"	"	Débil. Congénito.
"	453-R.	0,068	0,85	Trabajo	11	Médico	"	"	
"	675-R.	0,0535	0,49	Embarazo	?	Médico	"	"	
"	926-R.	0,0445	0,52	mixta	17	Cesarea	"	"	
"	1271-R.	0,051	0,52	"	4	Médico	"	Vivo	
"	1596-R.	0,0225	0,28	Embarazo	3	"	"	"	Sale gestante
1943	1537-A. (2)	0,0287	0,33	Trabajo	2	"	"	"	
"	1500-A.	0,057	0,26	"	?	Médico	Mejoría	"	Trat. Veratrum
"	918-A.	0,0415	0,49	"	?	Cesarea	Curación	"	Viride
"	608-A.	0,032	0,28	"	4	Médico	"	"	
"	536-A.	0,0455	0,42	"	5	"	"	"	
1944	505-A.	0,0240	0,29	"	5	"	"	Muerto	Trat. Veratrum
"								6½ m.	Viride s/ albúmina
"	555-A.	0,0460	0,42	"	10	"	"	Muerto	
"	704-A.	0,0415	0,26	Puerperio	1	"	"	Vivo	
"	579-A.	0,0312	0,50	Trabajo	6	"	"	"	
"	782-A.	0,0450	0,45	"	1	"	"	"	
"	809-A.	0,0270	0,52	Embarazo	6	"	"	Muerto	Premat. de 7
"	967-A.	0,0455	0,42	"	8	"	"	"	" " 6
"	837-A.	0,0345	0,25	Mixta	5	Cesarea	"	Vivo	
"	889-A.	0,0250	0,42	"	?	Médico	"	"	
42	1660-A.	0,0292	0,25	Embarazo	10	Cesarea	"	Muerto	
19	1086-R.	0,0850	0,32	Trabajo	?	"	Muerte	Vivo	

(1) R. — Servicio del Profesor Rodríguez Aponte.

(2) A. — Servicio del Profesor José del C. Acosta.

Las uricemias son en miligramos por litro, y las azohemias en centigramos por litro.

Las azohemias, que fueron practicadas en el Laboratorio "Santiago Samper", fueron dosificadas con la técnica de Leyboff.

Presento 27 observaciones de eclampsia convulsiva, típicas, en las cuales existieron los síntomas más frecuentes, tales como las convulsiones seguidas de coma, las modificaciones tensionales, albuminuria y silindruria, a excepción de la enferma correspondiente a la historia N° 505 /44, perteneciente al servicio del profesor Acosta, que no tuvo albúmina, y la de la historia N° 281 /42, del profesor Rodríguez Aponte, que no se le encontraron cilindros.

Para comodidad y mayor simplicidad resumo estas observaciones, en donde aparecen el año y el número de la historia; el número de ataques; el tipo de eclampsia; la uricemia y azohemia por litro; el tratamiento instituido; el estado del niño y el de la madre a la salida del Hospital.

Incluyo además 2 casos de enfermas convulsivas, durante la gestación, cuyas historias describo con detalles y con algunos comentarios, que no fueron en mi concepto y basado en los conocimientos actuales de química sanguínea, formas convulsivas de eclampsia.

Hago la salvedad de que las 29 observaciones que someto a la consideración de la Sociedad, no fueron la totalidad de las eclámpicas que ingresaron a los servicios de maternidad del Hospital de San Juan de Dios en los años de 1941, 1942, 1943, y 1944, sino que fueron éstas las que dieron la oportunidad a que se les practicaran los exámenes de laboratorio. Hubo muchas que murieron al llegar al Hospital o después del primer ataque.

RESUMEN DEL CUADRO ANTERIOR

En las 27 observaciones obtuvimos una uricemia media de 29,2 a 46 miligramos por litro de sangre, con oscilaciones de 22,5 a 68 miligramos por litro, y un caso de 83 miligramos. Los resultados fueron los siguientes:

	<i>Frecuencia:</i>
De 22,5 a 29,2 miligramos	7 casos 25,9%
De 31,2 a 36,5 miligramos	4 casos 14,8%
De 41,5 a 46 miligramos	8 casos 29,6%
De 51 a 57 miligramos	4 casos 14,8%
De 66 a 68 miligramos	3 casos 11,1%
De 83 miligramos	1 caso 3,8%

En las mismas observaciones la azohemia media fue de 0,30 a 0,49, con oscilaciones de 0,22 a 0,85 centigramos por litro. Los resultados fueron los siguientes:

Frecuencia:

De 0,22 a 0,30 centigramos	9 casos	33,3%
De 0,32 a 0,40 centigramos	5 casos	18,5%
De 0,42 a 0,49 centigramos	7 casos	25,9%
De 0,52 a 0,67 centigramos	4 casos	14,8%
De 0,83 a 0,85 centigramos	2 casos	7,5%

Tratadas quirúrgicamente: 29,66% con éxito materno en el 87,5% y una mortalidad materna del 2,5%; la mortalidad fetal fue del 37,5% y la supervivencia el 62,5%. Tratamiento obstétrico (forceps) un caso con curación materna y muerte fetal. Tratamiento médico el 66,7%, así: con Veratrum Viride 2 casos, con curación materna y una muerte fetal; con tratamiento de rutina en el Hospital de San Juan de Dios (SO₄Mg, suero glucosado hipertónico, luminal, sangría, etc.) 16 casos con el 100% de curación materna; y el 75% de curación fetal, y el 25% muerte fetal.

Como se puede observar por el resumen anterior, la azohemia en la toxicosis gravídica, de forma convulsiva, es normal, puesto que estas cifras son consideradas como normales. Estas azohemias fueron practicadas, como quedó dicho, con la técnica de Leyboff, método colorimétrico, que tiene indudablemente menos causas de error que el método gasométrico de Don Paco Montoya. Este hecho bien pudiera explicar el porqué el Dr. Jaime Corral Maldonado en su trabajo de tesis "Exploración funcional del Riñón en la Intoxicación Gravídica" hubiera encontrado un promedio más elevado al que aparece en este trabajo.

La uricemia, principal objetivo de este trabajo, nos dio una cifra media de 29,2 a 46 miligramos por litro. El Dr. Márquez Villegas en su trabajo "Anotaciones sobre el Metabolismo Fisisiológico del Acido Úrico Sanguíneo en Bogotá", tesis de grado, da como cifra para la uricemia normal en Bogotá 40 a 45 miligramos por litro; en la gestación normal (en 97 observaciones) 51 miligramos; presenta 11 casos, con los siguientes resultados: 4 observaciones que estuvieron por encima de 95 miligramos, que murieron, y 7 con uricemias por debajo de 95 miligramos, que sobrevivieron.

Según las observaciones que presento la uricemia en la eclamp-

sia, de buen pronóstico, permanece normal, la discrepancia en los resultados del Dr. Márquez y los de este trabajo es atribuible a la técnica de dosificación, que fue distinta, pues el Dr. Márquez usó la de Grigaut, modificada por Laudat, y la usada en el Laboratorio "Santiago Samper" fue la de Brown; ambos métodos son colorimétricos, que tienen el inconveniente de que influye el factor personal.

Los autores americanos, entre ellos J. L. Williams, han encontrado hiper-uricemia en la eclampsia, es decir, que están de acuerdo con los resultados que obtuvo en los 11 casos el Dr. Márquez. Pero no es claro que en la clientela hospitalaria de esta ciudad haya hiper-uricemia, siendo como es el ácido úrico un derivado de las nucleoproteínas, cuyas fuentes son las carnes y vísceras, sustancias que faltan muy frecuentemente en la alimentación de la clase obrera de Bogotá.

Pero sea de ello lo que fuere, lo importante desde el punto de vista pronóstico, es que cuando hay hiper-uricemia, en la eclampsia, por encima de 80 miligramos —según nuestras observaciones— el pronóstico es fatal; pues en las 27 observaciones sólo una enferma tuvo una hiper-uricemia de 83 miligramos, con azohemia normal (0,32 grms.) con defunción, no obstante el tratamiento, consistente en una cesárea, a que fue sometida. De suerte pues, que la uricemia es una constante biológica que sirve para establecer un pronóstico en la toxicosis gravídica de forma convulsiva.

DOS CASOS DE ENFERMAS CONVULSIVAS DURANTE LA GESTACION

Historia N^o 902 /943 — Servicio del Profesor Acosta.

Ingreso: Julio 28/43. — Edad: 21 años.

Diagnóstico: Secundípara de 8 meses. Vértice. Femenino de 2.030 grms. Feto muerto por eclampsia materna. ¿Uremia? Fiebre por endometritis.

Exámenes de Laboratorio: Julio 29/43. Azohemia: 1,28 grms. por litro. Uricemia: 93,7 miligramos por litro. Orina: albúmina 3,80 grms. por litro. Sedimento: hematíes xx; urato de sodio; células vesicales.

Agosto 6/43. Azohemia: 2,47 grms. por litro. Uricemia: 83,2 miligramos por litro. Orina: Albúmina huellas. Cilindros granulosos x; piocitos xx; bacterias y cocos.

Agosto 13/43. Azohemias: 0,80 grms. por litro. Uricemia: 41,5 miligramos por litro. Orina: Albúmina ligeras huellas. Píocitos xx.

Agosto 18/43. Azohemia: 0,27 grms. por litro. Uricemia: 25 miligramos por litro.

Tratamiento: Sulfato de magnesia ingerido e inyectado por vía venosa. Gotas involutivas. Suero glucosado iso e hipertónico. En la historia no figuran más datos. La enferma sale el 25 de agosto por restablecimiento.

Historia N° 790 /941 — Servicio del Profesor Rodríguez Aponte.

Ingreso: Junio 26/41. — Edad: 25 años.

Diagnóstico: Primípara. Parto a término O. I. I. A. Femenino de 2.800 gramos. Eclampsia del embarazo y posiblemente del trabajo. Cesárea por eclampsia. ¿Coma ecláptico? ¿Coma urémico? Defunción materna.

(Dr. Gutiérrez Y.) Junio 26. Primigestante de 8½ a 9 meses; T. A.: 16 x 11; ligeros edemas de los miembros inferiores; cefalalgia; la enferma ve "moscas volantes"; reacción de Haller: coalitativa, abundante cantidad de albúmina.

A las 24,50: un ataque de eclampsia; ruidos fetales lentos y bien timbrados. T. V.: cuello blando y cerrado; vértice sobre el estrecho superior. Tratamiento: luminal, suero glucosado hipertónico.

(Dr. Peralta C.) El embarazo de la enferma fue controlado en un servicio Prenatal Municipal; el 25 estuvo en pre-eclampsia, el 26 y dos horas antes de llegar al hospital tuvo el primer ataque de eclampsia, luego el segundo (el relatado por el Dr. Gutiérrez Y.); los ataques repitieron y cuando completó nueve se resolvió practicar una cesárea como conducta racional por la forma grave de la eclampsia, con embarazo a término y auscultación positiva.

El 27, a las 10,20 se practicó la operación (Drs. Peralta y Gutiérrez) con raquíescurocaína a la primera intención (Dr. Ramírez). En el curso de la intervención tuvo un ataque, y en el lapso de las cuatro horas siguientes tuvo dos ataques más. Desde el primer ataque la enferma entró en coma, pero al tercer día de operada recuperó el conocimiento: más hubo la precaución de practicar exámenes de laboratorio que obscurecieron el pronóstico: uricemia y azohemia altas; y no obstante que clínicamente la enferma parecía mejorar, ya que recuperaba las facultades mentales, y que desde el punto de vista abdómino-peritoneal no había complicación (abdomen flojo, funcionamiento intestinal, etc.), el riñón se agravaba: hacía ogliguria y se asociaba a la gestosis una uremia, explicable por el bloqueo que produjo en el riñón la intoxicación ecláptica.

Aún más, aparecieron síntomas pulmonares que pertenecieron a una congestión pulmonar y a un obstáculo respiratorio alto (disnea intensa, tiraje, respiración anhelante, etc.), como un edema de la laringe o algo semejante, síntomas que no revelaban un tipo de uremia respiratoria, ya que no había ritmo de Scheim-Stock, no había aliento de coma urémico, etc. Así, la enferma agravó; no fue posible hacer laringoscopia, se preconizó una traqueotomía y cuando se fue a verificar falleció la enferma.

Lo anterior demuestra que la Gestosis fue primitiva a la uremia, y que no hubo duda, no hubo confusión clínica de que la enferma en vez de haber tenido una eclampsia hubiera tenido una uremia. El niño se salvó.

Exámenes de Laboratorio: Junio 30. Orina: albúmina: huellas. Sedimentos: cilindros hialinos xx, granulados xx.

Sangre: uricemia: 80,33 miligramos por litro. Azohemia: 1,67 grms. por litro.

Julio 2. Azohemia: 1,75 grms. por litro.

Comentario. Clínicamente es bastante difícil, casi imposible, establecer el diagnóstico en una gestante o puerpera, entre una eclampsia y una uremia. Sólo el laboratorio nos proporciona medios de diagnóstico. Es en particular la dosificación del nitrógeno ureico en la sangre, es decir, la azohemia, que ya está plenamente comprobada que permanece normal en la eclampsia, en tanto que en la uremia aumenta considerablemente, entidad en la cual es de tanto valor diagnóstico y pronóstico, que dio lugar a las clásicas leyes de Widal.

Pues bien, las azohemias de las dos enfermas que presento fueron de 1,28 grms. por litro y 1,67 grms. por litro respectivamente, hiper-azohemias que permiten aseverar el diagnóstico de uremia, concomitante con un embarazo.

ALTERACIONES DEL METABOLISMO DE LAS PURINAS EN LA ECLAMPSIA

Según las experiencias de Bar los procesos catabólicos predominan en la primera mitad de la gestación (son mayores los excreta que los ingestas). En cambio, en los últimos meses se ha comprobado la exageración del anabolismo, explicable en lo que se relaciona con la retención del nitrógeno especialmente, por los fenómenos plásticos que se verifican en esta época de la gestación, tales son el crecimiento intra-uterino del feto, la formación de la placenta y las modificaciones que sufre el organismo materno.

EXTIRPACION QUIRURGICA DEL CANCER DE LA PROSTATA: OPERACION RADICAL

Por los doctores J. A. CAMPBELL COLSTON, y JUAN WILSON.

La REVISTA MEDICA acoge con gusto el presente estudio enviado para ella por el distinguido urólogo norteamericano Dr. J. A. Campbell Colston, miembro del Instituto de Urología del Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Este estudio fue premiado por la Fundación "Hugh H. Young".

A fin de poder justipreciar los resultados finales de cualquier procedimiento quirúrgico, es necesario tener un conocimiento completo del estado por el cual se ejecuta la operación, especialmente en lo relativo a la evolución que seguiría aquél si no fuese objeto de tratamiento. En todo proceso patológico hay un sinnúmero de variables, y en ninguna enfermedad resulta esto tan cierto como en el cáncer. La rapidez o el crecimiento del neoplasma primero varía inmensamente de un caso a otro debido a la diferente actividad biológica de cada célula, y en la tendencia a invadir los linfáticos y la sangre. Solamente por medio de un estudio detallado de muchos casos es, pues, que conoceremos la enfermedad a tal punto que capacite al médico, al hacer el diagnóstico, para pronosticar con certeza razonable la evolución de la misma.

En cuanto al carcinoma de la próstata, se ha sabido por mucho tiempo que existen grandes diferencias en la evolución de cada caso. Hay algunos en los cuales el crecimiento de las células malignas es excesivamente rápido, sin la menor inhibición aparente de parte de los tejidos del huésped, y en esos la invasión de los linfáticos ocurre tempranamente y la muerte sobreviene en pocos meses debida a una carcinomatosis generalizada. Por el otro lado, hay muchos casos anotados que han sido observados por espacio de 10 años, y hasta más, en los cuales la difusión ha sido mínima. Sin embargo, ambos grupos son más bien excepciones de la regla general y representan, más o menos, los polos opuestos del cuadro completo, pudiéndose trazar

entre ambos extremos la evolución de la mayor parte de los casos del cáncer de la próstata. Los insuperables estudios de Bumpus (1) en las numerosas series de casos a su disposición, nos ha proporcionado un conocimiento muy claro de la evolución que cabe esperar en el caso habitual del cáncer de la próstata. En su serie de casos no tratados, el promedio de vida desde el principio de los síntomas era, más o menos, de 31 meses. Si se descubrían metástasis en el primer examen, el 66% de los pacientes morían dentro de nueve meses; y si no habían signos de metástasis, el promedio de vida era de un año. En otras series numerosas, Hager y Hoffman (2) observaron que el 47% de los enfermos habían muerto en término de un año después del diagnóstico.

Estudios metódicos como éstos son los que nos han capacitado para pronosticar con bastante certeza (exceptuando los casos extraordinarios) la marcha de la mayoría de los casos de cáncer de la próstata.

En el estudio de cualquiera enfermedad, un conocimiento detenido de su anatomía patológica reviste la mayor importancia (3). Este aspecto del cáncer de la próstata ha sido escudriñado a fondo, y en particular la labor de Rich (4), Moore (5) y otros muchos ha permitido lograr una clara comprensión del estado. La mayor parte de los que se han dedicado a estos estudios están de acuerdo en que la enfermedad comienza, en más del 75% de los casos, en el lóbulo posterior, invadiendo lentamente el resto de la glándula, y que su difusión a través de la cápsula es impedida por las dos recias capas de la aponeurosis de Denonvillier, las cuales no contienen linfáticos. Luego invade insidiosamente las bases de las vesículas seminales, y por último, los linfáticos perineurales, de los cuales parten metásta-

(1) Bumpus, H. C., Jr.: Carcinoma of the Prostate: A Clinical Study, Surg., Gynec. y Obst., 32: 31-43 (eno.), 1921; Carcinoma of the Prostate: Clinical Study of 1,000 cases, *ibid.* 43: 150-155 (agto.), 1926.

(2) Hager, B. H., y Hoffmann, E. F.: Statistical Data on 396 Cases of Carcinoma of the Prostate Observed at the Los Angeles General Hospital from Jan. 1, 1923, to Jan 1, 1936, J. Urol., 37: 180-185 (eno.), 1937.

(3) Gil Vernet, S.: Patología Urogenital. Tomo I: Cáncer de Próstata. Barcelona, Editorial Miguel Servet, 1944, pp. 21-126.

(4) Rich, A. R.: On the Frequency of Occurrence of Occult Carcinoma of the Prostate, J. Urol., 33: 215-223 (mzo.), 1935.

(5) Moore, R. A.: The Morphology of Small Prostatic Carcinoma, J. Urol., 33: 224-234 (mzo.), 1935.

sis a los ganglios linfáticos regionales y, después, a los huesos, y en particular los de la pelvis y las vértebras lumbares. Por tanto podemos deducir que en todo caso de cáncer de la próstata existe una etapa, en la cual resulta factible, cuando aún no ha ocurrido extensión a través de la cápsula o a los tejidos cercanos, la excisión total del proceso neoplástico.

En este razonamiento sólido e irrefutable, fue que Young (6) basó su técnica de la prostatectomía radical perineal.

Conociendo la anatomía patológica de la enfermedad, es evidente que no habrá síntomas de obstrucción urinaria en las primeras etapas a menos de que exista, a la vez, una hiperplasia benigna. Por esa razón, el diagnóstico de carcinoma de la próstata, en la época en la cual resulta factible la excisión quirúrgica total, tiene que hacerse por medio de un examen rectal minucioso que pondrá de manifiesto nódulos, o áreas localizadas de induración pétreas.

Ya hanse discutido las pautas clínicas que requieren los casos en los cuales es posible la completa extirpación quirúrgica del cáncer de la próstata, pero parece apropiado reiterarlas ahora. 1.—A la palpación rectal, la neoplasia no debe extenderse a través de la cápsula, ni a la uretra membranosa, ni más allá de las bases de las vesículas seminales, y la glándula debe estar completamente movable, pues toda fijación indica la extensión de la enfermedad a los tejidos periprostáticos. 2.—Los signos de metástasis serán excluidos por medio de un cuidadoso examen físico y, particularmente, de estudios radiográficos. Las determinaciones de la fosfatasa ácida quedarán dentro de los límites normales, aunque muy raramente resultan elevadas, si no hay manifestaciones radiográficas de metástasis. 3.—El paciente debe constituir un riesgo quirúrgico satisfactorio y tener una buena expectativa de vida. Es dudoso que deba operarse a enfermos que tengan ochenta o noventa años de edad, siendo sabido que la mortalidad de cualquier procedimiento quirúrgico aumenta con la edad, y así

(6) Young, H. H.: The Early Diagnosis and Radical Cure of Carcinoma of the Prostate, Being a Study of 40 Cases and Presentation of a Radical Operation, Which Was Carried Out in Four Cases, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 16: 315-321 (obre.), 1905; The Radical Cure of Cancer of the Prostate, *Surg., Gynec. & Obst.*, 64: 472-482 (fbro. 15), 1937; Surgery in Cancer of the Prostate, *Correspondence, J. A. M. A.*, 119: 669 (junio 20), 1942; The Cure of Cancer of the Prostate by Radical Perineal Prostatectomy (Prostato-Seminal Vesiculectomy): History, Literature and Statistics of Young's Operation, *J. Urol.*, 53: 188-252 (eno.), 1945.

lo comprueban ampliamente las muchas estadísticas publicadas con respecto a los varios procedimientos quirúrgicos usados para aliviar la hipertrofia prostática benigna. También sabemos que en los individuos de edad avanzada el cáncer de la próstata, generalmente progresa más lentamente, quizá debido a la disminución del estímulo andrógeno que ocurre en las últimas décadas de la vida. Sin embargo, la cuestión edad no puede gobernarse por ninguna regla precisa, pues existen variaciones individuales. La evaluación del estado físico del paciente y, en general, de su capacidad para resistir una operación de cirugía mayor debe dejarse al final de cuentas al juicio y experiencia del cirujano.

Al considerar estos hechos, resulta manifiesto que el número de pacientes apropiados para la operación radical representarán un porcentaje relativamente pequeño del número de casos de cáncer de la próstata que se presenta a observación. Vest y Prince (7) verificaron la operación en un 9% de los casos que observaron durante un período de dos años. En un estudio (8) de todos los casos de cáncer de la próstata observados en el Instituto Brady de Urología, de 1937 a 1942, inclusive, el autor descubrió que en 22.7% se ejecutó la operación radical (tabla 1), pero señalando que este porcentaje es más alto de lo que sería de esperar, porque muchos pacientes en los cuales habían hecho en otras clínicas el diagnóstico de carcinoma incipiente, habían sido enviados con la esperanza de que fuesen apropiados para dicha intervención. Algunos autores han hecho hincapié en ese pequeño porcentaje, indicación de que debe abandonarse la operación radical, pero por pequeño que sea este porcentaje de posibles curaciones, todo observador imparcial deducirá que esa opinión es insostenible y que no debe rehusarse la posibilidad de una curación radical a los pocos individuos en los cuales este ideal es obtenible. En muchas clínicas ha reinado la costumbre de no aconsejar tratamientos en los casos tempranos de cáncer de la próstata, esperando hasta que presentan síntomas de obstrucción urinaria. Esta actitud niega a esos pacientes la oportunidad de la erradicación total de su enfermedad ya que, casi invariablemente, cuando la neoplasia se ha

(7) Vest, S. A., y Prince, C. L.: Comunicación personal.

(8) Colston, J. A. C.: The Surgical Treatment of Carcinoma of the Prostate. *New England J. Med.*, 223: 205-212 (agto.), 1940; Carcinoma of the Prostate: A Study of the Percentage of Cases Suitable for the Radical Operation, *J. A. M. A.*, 122: 781-784 (julio 17), 1943.

extendido lo suficiente para ocasionar obstrucción, ha desaparecido la posibilidad de la curación por medio de la extirpación completa. No conocemos ninguna otra localización en el cuerpo humano en la cual se trate la malignidad temprana con tal filosofía de derrotismo.

Lewis (9) repasó, en 1942, los casos de prostatectomía radical tratados en el Instituto Brady de Urología, descubriendo que aproximadamente 50% de los enfermos habían vivido después 5 años o más. Hemos preparado este trabajo a fin de poner al día las estadísticas y determinar si podían obtenerse nuevas informaciones, especialmente en lo relativo al coeficiente de sobrevivencia de 5 años. Desde 1904, cuando Young llevó a cabo su primera operación radical, hasta 1939 se han llevado a cabo 88 operaciones radicales. Hemos excluido de la serie un caso en el cual se había hecho erróneamente, el diagnóstico de cáncer, encontrándose luego una tuberculosis difusa en la próstata. Entre los 87 casos operados con el diagnóstico de cáncer incipiente, hubo cinco muertos en el hospital; una mortalidad de 5.8% (tabla 2). Los críticos de la operación radical recalcan en particular la alta mortalidad que la acompaña, aunque en verdad compárase favorablemente con la observada en las operaciones llevadas a cabo con mira a la extirpación completa de enfermedad maligna en otras regiones del cuerpo humano.

TABLA 1

Porcentaje de casos apropiados para la operación radical encontrados entre todos los diagnosticados como carcinoma de la próstata desde el 1º de septiembre de 1937 hasta el 31 de agosto de 1942, inclusive.

Diagnóstico: Carcinoma de la próstata: número de enfermos, 358; número de operaciones radicales, 73; porcentaje, 20.2.

Admitidos al hospital: número de enfermos, 318; número de operaciones radicales, 73; porcentaje, 22.7

TABLA 2

Mortalidad operatoria en las operaciones por carcinoma de la próstata llevadas a cabo antes de 1939.

Número de operaciones	87
Muertes en el hospital	5
Mortalidad	5.8%

(9) Lewis, L. G.: Carcinoma of the Prostate: Young's Radical Perineal Prostatectomy, J. Urol., 47: 302-305 (mzo.), 1942.

Al analizar las causas de muerte entre los fallecidos en el hospital, encontramos que quizás sea posible reducir aún más la mortalidad operatoria. En dos casos (uno de ellos el segundo en el cual se llevó a cabo la operación radical) la autopsia demostró que la muerte se debió directamente a pielonefritis ascendente. En uno, los orificios uretrales fueron traumatizados durante la operación, y en el otro se obstruyó completamente un uréter con las suturas usadas para cerrar la vejiga. Con la técnica usada hoy día se obtiene una visualización completa de la base de la vejiga, el trigono y de los orificios uretrales, de manera que es posible hacer la incisión en la base de la vejiga, entre el trigono y el orificio prostático a una distancia adecuada de los orificios uretrales. Durante los últimos 5 años no hemos visto ocurrir el accidente mencionado ni una sola vez. En otro caso la muerte se debió a choque, sobreviniendo dos horas después de la operación, la cual había creado dificultades técnicas debido al inesperado hallazgo de una difusión subtrigónica del cáncer. El paciente tenía 75 años y representaba un riesgo quirúrgico de lo peor. En el cuarto caso la muerte se debió a septicemia estafilocócica, cuyo foco primario radicaba en un absceso periuretral, siendo muy posible que hubiera podido salvarse a éste, si hubiera existido por aquel entonces la sulfaterapia y la penicilina. El último paciente falleció 36 horas después de la operación, de choque y anuria, debidos aparentemente a una enorme baja de la presión, a causa de una intensa hemorragia en el espacio prevesical.

De los 81 enfermos que sobrevivieron la operación (y es de recordarse que se llevó a cabo en varias ocasiones de 1904 a 1939), 39 (48.2%) vivieron 5 años o más sin el menor signo de recurrencia o de metástasis; 1 (1.2%) vive aún con signos radiográficos de metástasis; 29 (35.8%) murieron en términos de 5 años con recurrencia y/o metástasis; y 12 (14.8%) murieron en términos de 5 años de otra enfermedad sin signos de recurrencia y/o metástasis (tabla 3). Eliminado este último grupo, encontramos un coeficiente de 56.5% de sobrevivencia de 5 años o más sin recurrencias o/y metástasis (tabla 4).

(Continuará)

EL INSTITUTO MEDICO TECNICO SANICOL

OFRECE AL CUERPO MEDICO SUS NUEVOS PRODUCTOS:

HEPAGOL: Jarabe de Colina al 20% con Vitamina K.
Agente lipotrópico inmejorable.

MEXILAL: Pomada conteniendo las principales sulfas
asociadas a la clorofila y urea antibiotico y
cicatrizante.

Y RECUERDA:

GASTROPAN-CREATINA: Fermentos digestivos para la terapia de sus-
titución y ayuda digestiva.

**THIOSEPTIL
COLIRIO:** Sulfatiazol al 5% estabilizado para la anti-
biosis local de los órganos de los Sentidos.

TONOPRON: Complejo vitamínico B.

AMPOLLETAS, JARABE, GRAGEAS.

Contiene en proporción fisiológica todos los
principios vitamínicos del complejo B quími-
camente definidos y todos los factores no
identificados de la levadura para prevenir los
más frecuentes fenómenos de déficit en el
hombre alimentado en forma inadecuada.

MEDICACION INDOLORA



INSTITUTO MEDICO TECNICO SANICOL

CARRERA 9 N° 16-57. TELEFONO 1666. APARTADO 4889.
BOGOTA, COLOMBIA

SANTIAGO DE CHILE

BUENOS AIRES

LIMA