

REPUBLICA DE COLOMBIA

*Revista Médica*

*Organo de la Academia Nacional de Medicina*



CUARTA ETAPA Octubre - Diciembre de 1967 No. 2

BOGOTA, D. E. - COLOMBIA



Pacientes anémicos  
responden  
más pronto al  
**HIERRO REFORZADO**  
proporcionado por  
**GRADUMET<sup>®</sup>**  
**IBERET<sup>™</sup>-500**



Potente dosis de vitamina C,  
hierro liberado gradualmente,  
dosis terapéuticas del complejo B



## Para las anemias ferropénicas y alimentarias

Se ha comprobado<sup>1</sup> que dosis diarias de 500 mg. de ácido ascórbico aumentan la absorción gastrointestinal del sulfato ferroso en un 48%. Beutler notó que "el ácido ascórbico, en dosis elevadas, incrementa la absorción del hierro"<sup>2</sup>. La terapéutica con Iberet-500 se funda en esta observación, como también en el hecho de que el hierro, al ser liberado gradualmente, causa menos efectos secundarios, incluso en pacientes que no toleran el hierro ordinario por vía oral<sup>3</sup>.

1. Brise, H. y Hallberg, L.: Acta Med. Scand., 171:51, 1962, Supl. 376.
2. Beutler, E. y cols.: Clinical Disorders of Iron Metabolism. Grune and Stratton, New York, 1963, pág. 144.
3. Webster, J. J.: Curr. Therap. Res., 4:130, 1962.

UNA SOLA tableta al día proporciona:

### HIERRO LIBERADO GRADUALMENTE

Sulfato ferroso, F.E.U. .... 525 mg.  
(hierro elemental, 105 mg.)

### POTENTE DOSIS DE VITAMINA C

Acido ascórbico ..... 500 mg.

### DOSIS TERAPEUTICAS DEL COMPLEJO B

Cobalamina (B<sub>12</sub>) ..... 25 mcg.  
Mononitrato de tiamina (B<sub>1</sub>) ..... 6 mg.  
Riboflavina (B<sub>2</sub>) ..... 6 mg.  
Niacinamida ..... 30 mg.  
Clorhidrato de piridoxina (B<sub>6</sub>) ..... 5 mg.  
Pantotenato de calcio ..... 10 mg.

Fascos de 15 y 30 tabletas

**También disponibles:** Iberet-GRADUMET, con 105 mg. de hierro elemental que se libera gradualmente, 150 mg. de vitamina C y dosis terapéuticas del importante complejo B. **IBERET LIQUIDO**, preparado de sabroso aroma a frambuesa y menta, cuyos componentes aseguran máxima hematopoyesis.



**ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA, S. A.**  
BOGOTA, CALI, MEDELLIN, BARRANQUILLA.

REPUBLICA DE COLOMBIA

**REVISTA MEDICA**

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

---

---

OCTUBRE — DICIEMBRE

---

---

Director Profesor J. Vicente Huertas  
Secretario Perpetuo de la Academia

Comité Directivo

Académico: Andrés Soriano Lleras  
Mario Gaitán Yanguas  
Alberto Cárdenas Escovar

---

Administradora Nelly Román de Rengifo  
Dirección: Carrera 9ª N° 20-13 - Bogotá, D. E. - Teléfono: 415-553  
Licencia N° 629 del Ministerio de Comunicaciones

---

---

**C O N T E N I D O:**

**I—TRABAJOS CIENTIFICOS**

Augusto Gast Galvis  
La Conquista de la Fiebre Amari-  
lla en Colombia

Adolfo de Francisco Zea  
Algunos aspectos de la Circulación  
Pulmonar

Guillermo Uribe Cualla  
Enseñanza de la Medicina  
Legal en Colombia

Francisco Infante B.  
Acciones de los Etrógenos en el  
Claucoma

**II—DISCURSOS ACADEMICOS**

Fernando Serpa Flórez  
Luis Patiño Camargo  
Jorge García Gómez  
Francisco Vernaza

**II—ACTAS DE LA ACADEMIA**

Marzo 16 — Marzo 30  
Abril 11 — Abril 27  
Mayo 11 — Junio 1º

**IV—OTRAS ACTIVIDADES ACADEMICAS**

Informe de la Comisión que adjudicó el premio "Manuel Forero".  
Discurso del Dr. Alfredo Correa Henao, al recibir el premio "Manuel Forero"  
Proposición del Honorable Senado de la República

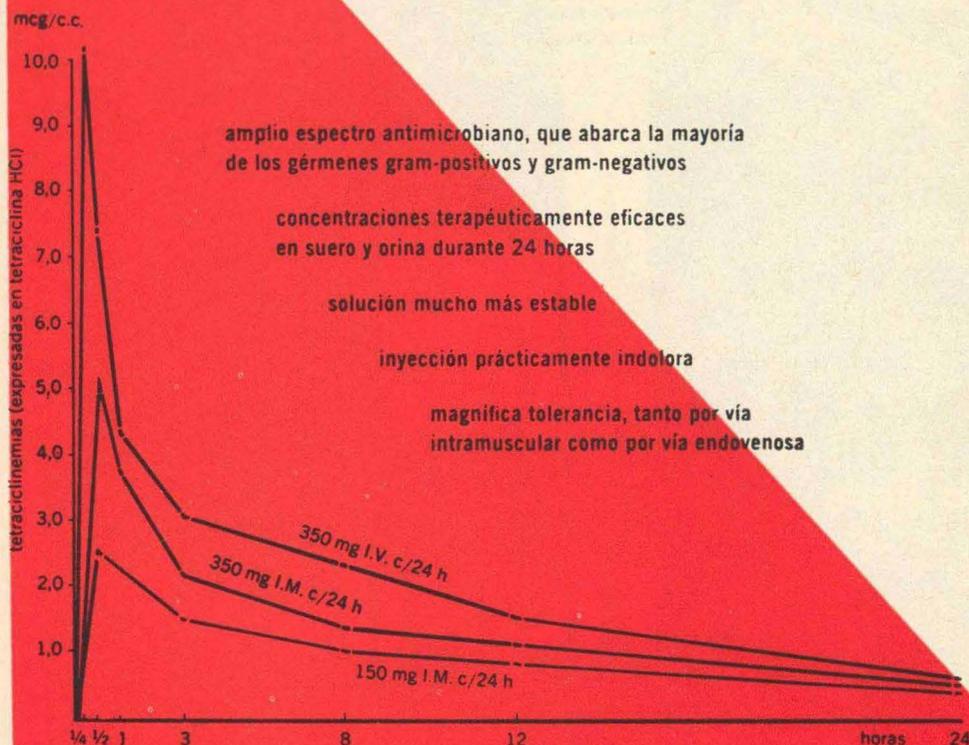
Colaboraron gentilmente para este  
número los siguientes Laboratorios  
Farmacéuticos:

- ★ ABBOTT
- ★ BRISTOL
- ★ ITALMEX
- ★ SPECIA
- ★ SANICOL
- ★ SANDOZ
- ★ SQUIBB
- ★ SCHERING A. G.
- ★ PARKE DAVIS
- ★ WYETH

*El antibiótico perfeccionado  
para la práctica diaria*

# BRISTACIN - A\*

nitrate de pirrolidinometil-tetraciclina



BRISTACIN-A Intramuscular: Frascos-ampollas de 150 mg



\*Marca registrada

LABORATORIOS BRISTOL

BXS-6311-BRA-A

*Sanicol*



La llave que abre el pecho cerrado...

**FIORINA-L®**

**ENZIMAS MUCOLITICAS  
BRNCOSECRETORES**

**AFECCIONES  
INFLAMATORIAS  
BRNCOPULMONARES**

Elaborado en Colombia por INSTITUTO M. T. SANICOL S. A.  
Subsidiaria de A. H. ROBINS COMPANY INC. Richmond, Va. U.S.A.



Nuevo Tratamiento  
Tópico para  
Infecciones  
Moniliasicas

# Fungizon<sup>®</sup> Loción

Anfotericina B, Squibb

- ESPECIFICO EN LA MONILIASIS CUTANEA Y MUCOCUTANEA
- SUMAMENTE BIEN TOLERADO
- ESPECIALMENTE ADECUADO PARA ZONAS INTERTRIGINOSAS

SQUIBB



*Un siglo de experiencia inspira confianza*

FUNJI-7

# PREVENCIÓN



se permite informar al Honorable CUERPO MEDICO del país, que actualmente se están ofreciendo en el comercio y a entidades hospitalarias, algunos productos "genéricos" correspondientes a productos de marcas registradas de SPECIA.

En relación con dichos genéricos, SPECIA quiere dejar constancia ante el CUERPO MEDICO, de que:

- las sustancias activas de LARGACTIL y FLAGYL, constituyen descubrimientos efectuados en los Laboratorios de Investigación de RHONE POULENC - SPECIA, y que su efectividad terapéutica, mundialmente reconocida, está ampliamente garantizada por SPECIA de Colombia en los productos que elabora.
- la Sociedad RHONE-POULENC **no ha suministrado las materias primas originales** a los fabricantes de los genéricos antes mencionados, quienes, por consiguiente, están utilizando en la elaboración de sus productos, sustancias producidas por industrias químicas distintas de RHONE-POULENC.
- obviamente, la casa SPECIA - RHONE POULENC, como descubridora y propietaria de las sustancias aludidas y cuya acción garantiza en las especialidades elaboradas por ella, salva totalmente su responsabilidad en lo que se refiere al efecto terapéutico de las imitaciones a que se ha hecho referencia.

# LA CONQUISTA DE LA FIEBRE

POR

AUGUSTO GAST GALVIZ

Corespondo a una gentil invitación de nuestro presidente para hablar sobre fiebre amarilla ante esta Academia y destacar una de las conquistas más positivas de la salud pública en Colombia, y recordar el valioso aporte que los médicos colombianos prestaron a su estudio.

La historia de la fiebre amarilla entre nosotros es uno de los capítulos más apasionantes de nuestra medicina. A ninguna otra enfermedad ha pagado la ciencia colombiana un tributo mayor en vidas, esfuerzos y sacrificios.

Establecer un contraste entre lo que fue este flagelo a principio de este siglo, cuando dieztaba poblaciones enteras y convertía en desoladas regiones ricas zonas del país, y observar hoy, cómo ha desaparecido el peligro de nuevas epidemias urbanas y se han reconquistado para la economía nacional las tierras que antes no podían ser trabajadas, es motivo de orgullo para el cuerpo médico colombiano y ejemplar estímulo para nuestras campañas sanitarias.

Es discutible determinar si la fiebre amarilla existía en Colombia antes de la conquista o si fue importada por los conquistadores. En favor de la primera hipótesis, está la presencia de la enfermedad en el departamento del Meta y Orinoquia, donde el *Aedes aegypti* nunca fue introducido, y en pro de la segunda, las epidemias en nuestros puertos marítimos del Atlántico que tanta relación tuvieron con España y Africa. Lo que sí hay fundamento para pensar, es que el vector urbano *Aedes aegypti* vino del Africa durante la conquista.

La fiebre amarilla invadió nuestro territorio por tres rutas: la principal partió de los puertos del Atlántico y al establecerse la navegación del río Magdalena, penetró al interior del país. La segunda vino de Maracaibo y durante un período de 25 años azotó la ciudad de Cúcuta, y la última tuvo su asiento en el puerto de Buenaventura. Comentemos brevemente los hechos sobresalientes de estas epidemias.

---

**Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, Colombia.**

En la Costa Atlántica, afirma el padre Bartolomé de las Casas, tuvo lugar la primera epidemia en el Golfo de Urabá entre 1509 y 1520. Allí fracasaron por esta causa las expediciones de Nicuesa y de Albites. Cartagena fue el puerto más azotado durante dos centurias, estallaban allí epidemias cada vez que llegaban los galeones o armadas procedentes de España, o las remesas de reclutas que venían de la altiplanicie. El sitio más famoso fue cuando el Almirante Vernón, en 1740, intentó tomar la ciudad con su poderosa escuadra compuesta de 28.000 hombres, de los cuales perdió 9.000 a causa de la fiebre, que entonces fue nuestra aliada. En cambio, en 1815 cuando fue sitiada por las tropas españolas de la reconquista, hubo 7.000 víctimas por la fiebre, el hambre y la metralla, y no obstante tan heroica resistencia, la ciudad cayó en poder del enemigo.

En Santa Marta la fiebre amarilla siguió una marcha similar a Cartagena, en ambos puertos la primera epidemia se inició en 1729, y continuó con exacerbaciones epidémicas hasta 1887. Barranquilla, de más reciente fundación, sufrió menos que Cartagena y Santa Marta. La primera epidemia se presenta en 1872 y permanece endémica hasta 1912 cuando se presentaron los últimos casos. Se distinguió en la epidemia de 1889, el Dr. A. Pantoja por sus acertadas observaciones clínicas y registrando una mortalidad del 23%, que está acorde con lo observado en otras ocasiones.

Infestados los puertos del Atlántico, la fiebre amarilla invadió el interior del país siguiendo el curso del río Magdalena, y la primera ciudad afectada fue Mompós, en los años de 1856 y 1965; los dos médicos que en ella intervinieron, Dres. Pava y Pupo, atribuían su origen a emanaciones pútridas de diverso origen, dando crédito aún a la teoría de los miasmas; sin embargo, observaron que la fiebre era resistente al sulfato de quinina, con lo cual descartaron su naturaleza palúdica.

Vino en seguida una incursión de la fiebre amarilla a El Carmen y Ocaña, en los años de 1879 y 1880, respectivamente. El caso de Ocaña reviste especial interés epidemiológico porque la ciudad dista 80 kilómetros del río Magdalena, está a 1.195 metros sobre el nivel del mar y no se tiene noticia de que el puerto de Gamarra, que es la vía de acceso, fuese afectado por ninguna epidemia. Es muy posible que este brote fuese autóctono y se haya originado en alguna selva vecina. Llama la atención que la ciudad tuviera entonces cinco médicos, todos ellos con un magnífico criterio clínico, quienes estuvieron de acuerdo en que la epidemia era de fiebre amarilla. Historiaron cerca de 400 casos que complementaron con cuidadosas autopsias, en número nunca antes superado. Fueron ellos los Dres. Emilio A. Escobar, Cárdenas, Flórez, Pereira y Oliva, todos dignos de admiración y gratitud nacional.

Continuando hacia el alto Magdalena, la endemia salta a Mompós a Honda que era el puerto más importante por ser término de la navegación del bajo Magdalena y tránsito obligado con el interior del país. A partir de 1830 cuando se produjo la primera epidemia, el puerto fue continuamente azotado por la endemia durante una centuria. Con estas epidemias tuvieron que ver los más eminentes médicos de la época como el Dr. Antonio Vargas Reyes, el Dr. Domingo Esguerra, que escribió dos notables trabajos: "Memoria sobre las fiebres del Magdalena" y "Trabajos Médicos sobre las fiebres de Colombia". El Dr. Alejandro Pinto, quien magistralmente describe las epidemias de 1872 y 1879. El Dr. Carlos Esguerra, quien se ocupó de la epidemia de 1880, en su excelente tesis "Contribución al Estudio de las fiebres del Magdalena".

Luego se presenta la fiebre amarilla en Ambalema; intervinieron en ella, a más de los médicos citados, en Honda, los Dres. Proto Gómez y Nicolás Osorio, quienes hicieron la siguiente descripción epidemiológica: "Ocurrió entre agricultores recién llegados y que se habían instalado en lugares montuosos que empezaban entonces a cultivarse". Esta concepción epidemiológica cuadra en lo que hoy entendemos por fiebre amarilla selvática.

Vinieron después epidemias en Girardot y Peñalisa, en 1865, que se extendió a Tocaima en 1884. La endemia persistió hasta principios de este siglo y en 1905 cobró uno de los tributos más caros con la muerte del Dr. Nicolás Osorio ocurrida en Anapoima, y de su esposa, quien falleció cuatro días antes por la misma causa; sus seis hijos también sufrieron la enfermedad, lo mismo que la servidumbre, pero estos últimos, sobrevivieron.

No hubo acuerdo entre los médicos sobre la etiología de las fiebres del alto Magdalena; el Dr. Vargas Reyes las llamaba "fiebre perniciosa amarilla". El Dr. Domingo Esguerra creía que los brotes epidémicos eran de fiebre amarilla y que los

observados en la **endemia** eran de naturaleza palúdica. El Dr. Rocha decía: "lo que llaman fiebre amarilla de Ambalema, no es otra cosa que una fiebre remitente perniciosa desarrollada por las causas generales del paludismo".

Desconociéndose en esa época la teoría de Finlay sobre la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito estegomia, se exponían numerosas teorías sobre su transmisión y origen de las epidemias; por consiguiente no se tomaron medidas efectivas para evitar su propagación.

Aun cuando en el curso de estas epidemias frecuentemente se relacionaba el estallido de un brote con la llegada de un buque procedente de la costa Atlántica, no pedimos menos de tener en cuenta la sabia anotación de los Dres. N. Osorio y Proto Gómez, sobre las epidemias de Ambalema y considerar las dificultades y lentitud de los transportes de la costa a Honda que tomaban entre 30 y 40 días.

La segunda zona invadida por la fiebre amarilla fue el valle de Cúcuta, donde se presentó por primera vez en 1883. Por esa época era endémica en Maracaibo, ciudad con la cual Cúcuta ha mantenido un activo comercio. Fue el Dr. Martínez Sanz quien por primera vez declaró la verdadera naturaleza de la epidemia y llamó la atención de las autoridades para que tomaran las medidas conducentes. En esta primera epidemia, calculan que hubo más de 800 víctimas. La endemia continuó con recrudescencias más o menos fuertes hasta 1907. Un hecho histórico digno de mencionar durante el brote de 1887, fue la primera tentativa de vacunación contra la fiebre amarilla por medio de la inoculación de un extracto de orina y que practicaba el Dr. Julio Uricoechea en asocio del Dr. Francisco Bustamante. Pensando que el germen se eliminaba por la orina y así podría ser usado como preventivo. En un frasco de boca ancha preparaban un extracto evaporado durante 15 días; el producto era una sustancia color chocolate y de olor nauseabundo que al disolverlo en agua quedaba de un color amarillo verdoso. Disolvían 0.02 cc. del extracto en un centímetro de agua y lo inyectaban subcutáneamente, ocasionando reacciones locales y generales muy desagradables. Este procedimiento fue condenado por la Junta Central de Higiene, después de conocer los informes que rindieron los Dres. L. Cuervo Márquez, G. J. Castañeda y Félix M. Hernández. Entre las numerosas víctimas que estas epidemias ocasionaron, se cuenta la del Dr. Andelfo Vega, uno de los más distinguidos médicos de la ciudad, y a quien el Dr. Uricoechea había vacunado. Aun cuando el Dr. Proto Gómez dio a conocer por primera vez el descubrimiento de Finlay, sobre el trasmisor, en la Revista Médica, en el año de 1887, parece que no trascendió ni se tuvo en cuenta esta información porque en Cúcuta no se tomaron medidas contra el mosquito; no obstante era de hábito corriente aconsejar a las personas no inmunizadas que no pernoctaran en la ciudad; decían ingenuamente que la fiebre se ahuyentaba con el sol, así que no entraban a la ciudad sino después de las 9 a.m. y salían antes de las 4 p.m. Las autoridades, creyendo en el contagio, ordenaban que se incineraran las ropas de los individuos que habían muerto por la fiebre amarilla, pero los dolientes se oponían y hacían uso de ellas después de lavarlas.

El Dr. L. Cuervo Márquez publicó un libro en 1891 sobre la fiebre amarilla en el interior de Colombia, que trata especialmente sobre las epidemias de Cúcuta y es una obra realmente admirable para la época en que se escribió.

La situación en el Pacífico se redujo a tres epidemias que se presentaron en los años de 1907, 1915 y 1920. La fiebre amarilla de Buenaventura seguramente fue importada de Guayaquil y Panamá, que entonces eran focos reconocidos.

Es interesante anotar que durante la epidemia de 1915, los primeros casos se presentaron en Cali, en individuos recién llegados de Buenaventura y sin embargo la enfermedad no se propagó en la ciudad. Entre los médicos hizo su primera víctima en el Dr. Coriolano Laverde que era Jefe del Servicio Médico del Ferrocarril, y

más tarde durante la última epidemia, el Dr. Evaristo García, una de las figuras más notables de la medicina vallecaucana, también sucumbió a consecuencia de la fiebre. Durante estas epidemias, ya se conocía el transmisor clásico y se pusieron en práctica las medidas indicadas y por consiguiente, el control tuvo completo éxito.

Aparecen más tarde en el interior de Santander, las epidemias de Bucaramanga y Socorro en los años de 1923 y 1929, respectivamente. Se debatió mucho entre el cuerpo médico sobre si la fiebre amarilla era endémica en estas ciudades o en sus vecindades, o venía del valle del Magdalena, según la trajinada teoría de la importación. La primera tesis, encabezada por el Dr. Roberto Serpa, tuvo la razón. La epidemia que ocurrió en el Socorro ocasionó una mortalidad del 22.7% y fue la única que sufrió la ciudad y marca la etapa final de la fiebre amarilla urbana transmitida por *Aedes aegypti*, porque este transmisor ha sido prácticamente erradicado del país y ya no existe la posibilidad de que ocurran más epidemias urbanas.

La fiebre amarilla selvática en Colombia se principió a observar en Muzo y más tarde en Caparrapí y Restrepo. La historia de Muzo marca una de las páginas más interesantes en la epidemiología de esta enfermedad. Ninguna otra localidad fue durante más de medio siglo, asiento de tantas epidemias y centro de atracción de numerosas comisiones científicas nacionales y extranjeras que visitaron la región con el ánimo de esclarecer la naturaleza de una enfermedad que dieztaba los habitantes de la hoya del río Minero desde 1885, hasta que en 1907 una de las más graves epidemias despertó el interés de las autoridades sanitarias y enviaron una comisión compuesta por los Dres. Roberto Franco, Jorge Martínez Santamaría y Gabriel Toro Villa, quienes después de cuidadoso estudio, llegaron a conclusiones cuya trascendencia sólo se vino a valorar 27 años después. Afirmaron que se trataba de fiebre amarilla con características especiales: era contraída en el bosque durante las horas del día, al ocuparse los trabajadores de desmontes, rocerías o aserrios. Sobre transmisores incriminaron al *Stegomyia calopus* y probablemente a otros culicidios. Si bien esta afirmación del *Stegomyia calopus* fue errada, hay que tener en cuenta que hay algunos aedinos muy semejantes en Muzo y también que en esa época no se aceptaba que pudiera haber otro vector de la fiebre amarilla, distinto al *Aedes aegypti*; sin embargo, ellos sí sospecharon otros vectores.

Posteriormente, en 1916, visitó a Muzo el General Gorgas, presidente de la Comisión de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller, experto entomólogo y director de la campaña contra la fiebre amarilla en el Canal de Panamá. Después de cuidadosa búsqueda, afirmó que en Muzo no existía el *Aedes aegypti* y por consiguiente, la enfermedad que allí predominaba no era fiebre amarilla. Este concepto enterró las conclusiones del Dr. Franco y ocasionó un gran desconcierto. Los Dres. Patiño Camargo y Austin Kerr visitaron a Muzo en 1932 y recolectaron numerosas muestras de sangre en la zona rural, de las cuales un 47% mostraban anticuerpos contra fiebre amarilla y que esta proporción aumentaba con la edad y el tiempo de residencia. Con estos resultados, concluyeron que los habitantes de Muzo habían estado expuestos a numerosas epidemias de fiebre amarilla, en ausencia de *Aedes aegypti* y por consiguiente, la enfermedad era endémica en la región. Esta importante observación principió a rehabilitar los conceptos del Dr. Franco. Dos años más tarde, en 1934 cuando vino el Dr. Fred L. Soper a informar a esta Academia de la presencia de la fiebre amarilla selvática, transmitida por otro vector distinto al *Aedes aegypti*, refiriéndose a las conclusiones de Franco, dijo: "Es admirable que estas conclusiones, exceptuando lo que se refiere al *Aedes aegypti*, estén completamente de acuerdo con las muestras que se basan en conocimientos más completos que los que se tenían en 1907".

Ancuando el informe del Dr. Soper sobre el descubrimiento de la fiebre amarilla en el Brasil, se considerado como original, en realidad de verdad fue observado en Colombia con anterioridad como se desprende de los aportes que científicos colombianos hicieron previamente.

En Marzo de 1933, me fue encomendado el estudio de una epidemia en la hacienda de Tati, municipio de Caparrapi. Los casos se presentaron en trabajadores que se ocupaban en rocerías en zonas cercanas a la quebraba Pitas, que por su reconocido mal clima, sólo era habitada cuando las necesidades agrícolas lo requerían. El estudio clínico me permitió afirmar que se trataba de fiebre amarilla y las observaciones entomológicas confirmaron la ausencia del *Aedes aegypti*. En uno de estos casos practiqué la primera viscerotomía que con este fin se hacía en Colombia y que remitida a un experto del Canadá, quien confirmó el diagnóstico. Posteriormente, en 1938, se presentó otra epidemia en el mismo municipio y fué en esta oportunidad cuando se uso la vacuna por primera vez, con el objeto de dominar una epidemia.

En los Llanos Orientales se sospechó la fiebre amarilla en 1934. Era entonces Director Intendencial de Higiene el Dr. Jorg Boshell Manrique, quien fue comisionado por el Dr. Rickard de la Fundación Rockefeller, para que hiciera la investigación correspondiente. Fue organizado en Restrepo un Centro de Estudios epidemiológicos en el cual participaron los Dres. Rickard, Paul, Kerr, Boshell Manrique, Patiño Camargo, Vergara Uribe, Roca García, Osorno Mesa y Alfredo Correa Henao. Este grupo de investigadores demostraron que la fiebre amarilla era transmitida por el *Haemagogus capricorfalco* (denominó Hemagogus Speggazziniifalco) que tiene hábitos silvestres y lograron aislamiento del virus tanto de este mosquito como de humanos; estos investigadores realizaron importantes estudios epidemiológicos y entomológicos que fueron continuados en el Instituto Roberto Franco de Villavicencio. La contribución que prestó la Fundación Rockefeller a las investigaciones que se realizan en el Meta, merecen la gratitud nacional; allí trabajaron, entre otros, MMax Theiler, premio Nobel de Medicina; MarMsMton Bates, eminente biólogo y John C. Bugher, notable investigador, quienes consideraban que el Instituto Franco de Villacencio estaba ubicado en el lugar más estratégico y conveniente para realizar investigaones.

El Instituto Finlay que fue inaugurado en 1939, continuó el programa de investigación iniciado por la Fundación Rockefeller y más tarde auspiciado por la Organización Sanitaria Panamericana. En este Instituto se principió a preparar la vacuna en 1939, y en 1940, se iniciaron envíos de la misma al exterior. Hasta el año pasado, Colombia había remitido a todos los países de América y algunos del Africa, más de 10 millones de dosis.

La vacuna preparada en el Instituto ha mantenido su prestigio y constituye el mejor mensaje que puede enviar un país en pro de la solidaridad humana.

La campaña preventiva realizada entre nosotros ha protegido a 3.800.000 habitantes. Esta labor se ha desarrollado preferentemente en las zonas endémicas y más especialmente en las áreas rurales. A esta campaña se debe la disminución de la enfermedad en la actualidad y el hecho de que sólo aparezcan casos aislados, en individuos que van en busca de trabajo, de climas en donde la enfermedad no existe, a zonas en donde es endémica.

Los trabajos científicos que realizó el Instituto Finlay están consignados en numerosas publicaciones nacionales y extranjeras. Es de elemental justicia, consignar los nombres de los primeros que trabajaron en estas investigaciones, y que recorrieron el territorio nacional a pie y a caballo, haciendo observaciones y recolectando material para los estudios; fueron ellos los Dres. Luis Patiño Camargo, Jorge Boshell Manrique, Manuel Roca García y Ernesto Osorno Mesa, a quienes quiero rendir tributo de admiración.

El Instituto ha mantenido desde el año de 1934, en que se organizó el servicio de viscerotomía, un interés permanente por el estudio y distribución de la enfermedad. Todo caso que ocurre se historia y se hace una investigación epidemiológica sobre el terreno.

El cuadro N° 1 aparecen los casos diagnosticados, distribuidos por regiones. Se observa que el foco más activo corresponde al valle medio del río Magdalena. La zona del Catatumbo está silenciosa desde 1952 y la Orinoquia o Llanos Orientales no registra casos desde 1958.

La incidencia anual representada en el Cuadro N° 2, nos indica el número de casos demostrados por examen anatomopatológico. Se observan ondas cada cinco años, alteradas en los últimos años por las campañas de vacunación. Este cuadro demuestra datos cualitativos y no cuantitativos, porque muchos casos escapan al control, dada la naturaleza selvática de la enfermedad.

En el cuadro N° 3 aparece la distribución por edades. Muestra en el grupo de 20 a 29 años, el mayor número de casos que corresponden a la edad más activa del hombre y cuando está en condiciones de mayor resistencia para enfrentarse al dominio de la selva. Por ésto las vidas que se pierden por causa de la fiebre amarilla son las más valiosas para la economía nacional. En el grupo de 0 a 4 años, sólo hemos observado un caso en una niña de 18 meses procedente del Puerto Berrío. También observamos en este cuadro la frecuencia en los dos sexos; un 93.6% corresponde a hombres y un 6.4% solamente, a mujeres. La razón es obvia porque los hombres se exponen más que las mujeres en sus labores agrícolas.

Cuadro N° 4 - La distribución por meses indica dos frecuencias: la mayor en diciembre y enero y otra menor en el mes de julio; estas frecuencias se deben a que en ellas se inicia generalmente el verano y es cuando los trabajadores verifican más cascos.

Con relación a la epidemiología de esta enfermedad, sigue siendo San Vicente de Chucurí uno de los focos más activos; hasta el presente año se han comprobado allí 86 casos, o sea un 11.3% del total estudiado. En los últimos años hemos observado que en el valle del río Chucurí, que es donde se presentan más casos humanos, la incidencia y de monos y aún de **Haemagogus**, es muy reducida, mientras que en la zona correspondiente del valle del Magdalena, los monos y los **Haemagogus** son más abundantes y los casos humanos no tan frecuentes. Consideremos el valle del Magdalena como una zona en donde la fiebre amarilla es enzoótica y por consiguiente, una fuente continua de virus para otras regiones. Aún nos queda por estudiar el papel que pueden desempeñar los pequeños mamíferos, obteniendo información sobre su distribución geográfica de las especies huéspedes y sus ectoparásitos, distribución ecológica, y población dinámica y cambios en la densidad; estos estudios deben hacerse preferentemente en la regiones en donde la agricultura altera por primera vez el medio natural.

La batalla de la fiebre amarilla urbana se ha ganado, y la fiebre amarilla selvática como lo pueden observar, está controlada al mínimo, no erradicada como muchos piensan, porque originariamente esta enfermedad es una enzootia y mientras existan monos y transmisores selváticos, tendremos casos esporádicos en personas que escapan a las campañas de vacunación, que como se puede apreciar, es indispensable mantener.

La conquista sanitaria que para Colombia representó el dominio de la fiebre amarilla, no tiene precedente en nuestras campañas preventivas y aún cuando se sacrificaron muchas vidas de eminentes médicos, el éxito coronó los sacrificios.

Bogotá, D. E., Junio 1° de 1967

AUGUSTO GAST GALVIS  
Académico



## CUADRO N° 3

## CASOS DE FIEBRE AMARILLA DISTRIBUIDOS POR EDADES Y SEXOS

1934 — 1967

(Hasta Abril)

EDAD	SEXO		TOTAL	
	M	F		
0 - 4	0	1	1	0.1
5 - 9	12	2	14	1.9
10 - 14	21	4	25	3.3
15 - 19	82	4	86	11.5
20 - 29	280	17	297	39.7
30 - 39	143	6	149	19.9
40 y más	154	14	168	22.4
Se ignoró	9	0	6	1.2
Totales	701	48	749	100%
%	93.6	6.4		

## CUADRO N° 4

## CASOS DE FIEBRE AMARILLA DISTRIBUIDOS POR MESES

1934 A 1967 (Hasta Abril)

Enero	138	18.4%
Febrero	50	6.7
Marzo	26	3.5
Abril	16	2.1
Mayo	24	3.2
Junio	59	7.9
Julio	87	11.6
Agosto	56	7.5
Septiembre	52	7.
Octubre	51	6.8
Noviembre	69	9.2
Diciembre	121	16.1

TOTAL DE CASOS ..... 749

ALGUNOS ASPECTOS

**Dr. ADOLFO DE FRANCISCO ZEA**

(TRABAJO PRESENTADO A LA

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA,**

PARA INGRESAR COMO MIEMBRO CORRESPONDIENTE)

Bogotá, octubre de 1966

El trabajo que tengo el honor de presentar a la Academia Nacional de Medicina con el objeto de que mi nombre sea considerado para Miembro Correspondiente, está basado en la experiencia de grupo obtenida en diez años de trabajo en la Clínica Shaio de Bogotá y en dos años de Jefatura de la Sección de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, en el Hospital de San Juan de Dios. En él han colaborado miembros del personal científico de ambas Instituciones y mi propósito al presentarlo, es resumir así sea muy brevemente los conceptos generales de los dos grupos en relación a los problemas que plantea en la teoría y en la práctica diaria médico-quirúrgica la clínica de la circulación pulmonar. Expreso mi agradecimiento a los médicos de las dos Instituciones que me han permitido utilizar su material en la ilustración de este trabajo.

El conocimiento científico de la fisiología y la patología de la circulación pulmonar se remonta a muy pocos años. La aplicación inicialmente realizada por Bing y por Cournand, de los manómetros, al método de cateterismo del corazón derecho ideado por Forsmann, con el objeto de obtener medidas precisas de las presiones reinantes, y la dosificación de los tenores de oxígeno en las sangres arterial y venosa, fueron los factores decisivos mediante los cuales se pudo obtener un conocimiento mas

o menos adecuado de la dinámica de la circulación en esos territorios. El empleo de las pruebas de funcionamiento respiratorio ha permitido ampliar los conocimientos en ese campo, y las recientes adquisiciones en el terreno experimental permite predecir para el futuro próximo el dominio de nuevos hechos relacionados con la intervención del sistema nervioso autónomo en el control de la circulación pulmonar y con la acción de diversas drogas sobre la hemodinamia reinante en esos territorios. Existen todavía brechas muy amplias en esos conocimientos y las mediciones fisiológicas que se obtienen son aun difíciles de recoger y de interpretar. Para nosotros, el tema es de fundamental interés, ya que en los últimos diez años nos ha llamado la atención la frecuencia con que se encuentra la hipertensión pulmonar complicando los cuadros de cardiopatías congénitas en nuestro medio y porque tenemos particular interés en estudiar el trabajo cardíaco en los diversos tipos de cardiopatías, a la altura de la ciudad de Bogotá.

El término "Hipertensión Pulmonar" fue acuñado a raíz de los estudios iniciales de Cournand y es todavía muy amplio. En la actualidad es importante considerar por una parte la Hipertensión Arterial Pulmonar y por otra, la Hipertensión Venosa Pulmonar. La clasificación propuesta por la escuela inglesa de Cardiología y especialmente por los doctores Wood y Goodwyn, considera estos dos tipos de Hipertensión Pul-

monar y establece básicamente cuatro grupos de Hipertensiones Pulmonares, en los cuales no es difícil agrupar toda una enorme serie de situaciones clínicas. Los cuatro grupos mencionados responden a las condiciones fisiológicas de función pulmonar y a las fisiopatológicas de creación de situaciones clínicas particulares. Esta clasificación es la que seguiremos en nuestro estudio, a pesar de las modificaciones recientes que ha propuesto Goodwin, que en nuestro sentir complican en vez de aclarar los conceptos fisiopatológicos.

La hipertensión arterial pulmonar hiperquinética, es el primer grupo. Ella se traduce por un aumento notable del flujo arterial pulmonar que contribuye a elevar la presión reinante en la arteria pulmonar y en sus ramas. Se presenta en diversas situaciones patológicas del tipo de las siguientes: existencia de cortocircuitos de izquierda a derecha a través de comunicaciones anormales, congénitas, a nivel de aurículas, ventrículos o aorta y arteria pulmonar; existencia de fistulas arteriovenosas periféricas que fisiopatológicamente se comportan en forma similar al canal arterial, o de fistulas arteriovenosas pequeñas y múltiples como en la enfermedad de Paget de los huesos; estados de hipoxia como el enfisema severo no compensado o el corazón pulmonar crónico; situaciones en las cuales la velocidad circulatoria está aumentada como es el caso de la tiroxicosis y de las anemias, en las cuales además del factor velocidad circulatoria alta existe también cierto grado de mala saturación arterial de oxígeno.

El segundo grupo está representado por la Hipertensión Pulmonar obliterativa, en la cual la luz de las pequeñas arteriolas se encuentra disminuída, bien por hipertrofia de las capas de la pared arteriolar o porque se añada un elemento trombótico a ese nivel, que contribuya a disminuir la luz de los vasos. En este grupo puede también incluirse el

grupo de pacientes que presentan disminución del número de capilares pulmonares, por destrucción de los tabiques interalveolares, como ocurre en el enfisema, con la consiguiente reducción del área de sección del lecho vascular pulmonar lo que trae necesariamente consigo un aumento en las cifras de presión pulmonar, para lograr movilizar la sangre a través de un lecho vascular de tamaño menor que el normal. En este segundo grupo, se incluyen las cardiopatías congénitas señaladas en el primer grupo cuando la hipertensión hiperquinética no está aislada sino que se encuentra asociada a una reacción de la pared arteriolar que la escuela inglesa conoce con el nombre de Reacción Eisenmenger. Se clasifican también en este grupo los casos de tromboembolismo múltiple, arteritis de diversos tipos, fibrosis pulmonares y enfisema pulmonar.

Al tercer grupo, constituido por la llamada Hipertensión Pasiva, se le agrega un elemento no presente en los dos grupos anteriores: la hipertensión del territorio venoso pulmonar, cuya principal etiología es la presencia de obstrucción a nivel de la válvula mitral, lo que impide el libre flujo de sangre, del territorio venoso pulmonar y la aurícula izquierda, al ventrículo izquierdo y la aorta. Además de la estenosis mitral, los trombos o tumores de la aurícula izquierda y el corazón triatriatum son capaces también de dar origen a hipertensión venosa pulmonar o hipertensión pasiva.

Finalmente, el cuarto grupo está representado por la Hipertensión Vasoconstrictiva. Fisiológicamente corresponde a un aumento del tono de las arteriolas, provocado por diversas causas. Existen factores capaces de precipitarla, tales como la hipoxia, la acción de algunos medicamentos, la presencia simultánea de hipertensión pasiva pulmonar o de flujos pulmonares elevados en algunos casos de cardiopatías

congénitas. Es posible también que la hipertensión pulmonar por sí misma, sea capaz de provocar vasoconstricción, conduciendo en esa forma al establecimiento de la "Hipertensión Reactiva" descrita por Wood.

La experiencia que queremos presentar en esta ocasión se refiere a tres grupos; el de los pacientes congénitos y el de los mitrales, estudiados en la Clínica Shaio, y el de los enfermos de corazón pulmonar crónico, estudiados en su gran mayoría en el Hospital de San Juan de Dios. El grupo congénito, está representado por 92 casos de Comunicación Interauricular, 112 de Comunicación Interventricular y 40 Canales Arteriales Persistentes. En ellos, la hipertensión pulmonar es hiperquinética sola o asociada a hipertensión obliterativa y quizás, en menor grado a un factor de vasoconstricción. El grupo ha sido analizado en el pre y en el postoperatorio mediante estudios hemodinámicos completos, y es una fracción de un grupo total de cerca de 2.000 cardiopatas congénitos examinados en la Clínica Shaio desde su fundación hace 10 años. El grupo de los mitrales, también correspondiente a la Clínica Shaio, está formado por 44 enfermos de estenosis mitral pura y 24 de insuficiencia mitral pura o doble lesión mitral, que han sido cateterizados en la Clínica hasta el año de 1963, y finalmente, el grupo de los corazones pulmonares crónicos está constituido por 24 pacientes cateterizados en San Juan de Dios y en la Clínica Shaio y que forman parte de un grupo total de 55 pacientes estudiados en forma muy amplia durante los últimos dos años; en estos últimos pacientes, el tipo de hipertensión pulmonar que se encuentra es hiperquinética y obliterativa y el factor de vasoconstricción, muy acentuado en algunos de ellos, pudo demostrarse muy objetivamente mediante estudios hemodinámicos antes y después de la administración de oxígeno. En los pacientes con

lesión mitral reumática, la hipertensión pulmonar es de tipo pasivo, asociada a vasoconstricción.

### GRUPO DE LOS CARDIOPATAS CONGENITOS:

Las gráficas 1, 2 y 3, pertenecen a un estudio de actualización llevado a cabo por los doctores Restrepo Uribe, Ordóñez Camargo, Estrada y Orjuela, de la Clínica Shaio, que fue presentado ante el V Congreso Nacional de Cardiología reunido en Cartagena en 1965.

Desde las investigaciones de Cournand se ha afirmado siempre que el aumento del flujo arterial pulmonar debe alcanzar al triple del flujo sistemático para que las cifras de presión del territorio pulmonar comience a elevarse, y se ha dicho que la distensibilidad del lecho vascular pulmonar es tal, que logra almacenar fácilmente grandes volúmenes de sangre, sin modificaciones de su presión, simplemente mediante dilatación de sus vasos y apertura de nuevos vasos funcionalmente no operantes en condiciones habituales. Se ha mencionado por ejemplo, que la neumonectomía, que representa la derivación total de la sangre hacia el pulmón restante, no se asocia a elevación de la presión pulmonar. Este es un hecho real, en las condiciones experimentales o en las quirúrgicas que acabamos de mencionar.

La cuestión sin embargo es diferente en el caso de las cardiopatías congénitas tipo Comunicación Interauricular (CIA), Comunicación Interventricular (CIV) y Persistencia del Canal Arterial (PCA), que tenemos oportunidad de observar en Bogotá. Las gráficas, 1, 2 y 3, tienen en la línea horizontal la presión sistólica ventricular derecha, expresada en milímetros de mercurio, y en la línea vertical, la relación entre flujo pulmonar y flujo sistémico, que en el individuo normal, sin comunicaciones de uno a otro lado de su cora-

zón o grandes vasos es de 1/1.

En la Comunicación Interauricular, la mayor parte de los casos tienden a agruparse hacia el lado izquierdo (Gráfica 1) y sus presiones son normales o moderadamente elevadas; sin embargo existe un buen número de casos cuyos flujos pulmonares no alcanzan a ser el triple del sistemático y sin embargo presentan cifras tensionales moderadamente elevadas. En la Comunicación Interventricular (Gráfica 2), se encuentra una similitud bastante marcada en lo que se refiere a la relación flujo pulmonar y flujo sistémico, pero en esos pacientes, las cifras de presión arterial pulmonar tienden a ser más elevadas y por ello la distribución es más amplia que lo que se observa en la Comunicación Interauricular. Algo similar ocurre con el grupo de los Canales Arteriales Hipertensos (Gráfica 3); en estos enfermos, sin embargo, el dato puede ser falseado en parte por el hecho de que en la Clínica Shaio, no cateterizamos los Canales Arteriales típicos sino únicamente aquellos que clínicamente se muestran como hipertensos.

En la parte inferior de las tres gráficas se observa la presencia de algunos pacientes que presentaban flujos pulmonares inferiores a los sistémicos; se trata por lo tanto de pacientes con cortocircuitos invertidos, cianóticos, y corresponden muy probablemente a casos de Hipertensión Pulmonar Idiopática, asociada a una comunicación, ya sea a nivel de aurículas, de ventrículos o de grandes vasos.

La existencia de hipertensión arterial pulmonar, ya sea discreta como en la CIA o moderada como en la CIV y el PCA, en presencia de flujos pulmonares que no alcanzan al triple del sistémico, sugiere la presencia agregada al factor hiperquinético o de aumento de volumen, bien sea de un factor obliterativo o de un factor de vasoconstricción, que explique la elevación de las presiones, cuando en teoría, no deberían estar ele-

vadas. Los estudios efectuados en la Clínica Shaio en pacientes de los tres grupos que han sido cateterizados antes de las intervenciones quirúrgicas y recateterizados con posterioridad de meses o años a la cirugía, se pueden observar en las gráficas 4, 5 y 6. En la gráfica 4, es fácil encontrar que los casos de Comunicación Interauricular tienen la tendencia a bajar sus presiones a lo normal, después de la cirugía, lo que sugiere que en ellos, el factor hiperquinético, que se corrige al cerrar la comunicación, era el predominante.

En los casos de Comunicación Interventricular (Gráfica 5) y de Persistencia del Canal Arterial (Gráfica 6), la tendencia a bajar las presiones después de la cirugía también es notable, pero a diferencia del primer grupo, las presiones en la mayor parte de los pacientes no bajan totalmente a la normalidad; quedan discretamente elevadas después de la cirugía, como si este tipo de pacientes presentara algún grado de obliteración vascular que impidiese la normalización de las presiones. Es de interés señalar en la figura 6 un caso de canal arterial que en un primer cateterismo postoperatorio mostraba un descenso moderado de la presión pulmonar y que en un cateterismo ulterior revela un descenso aun mayor, como si el factor obliterativo hubiese llegado a ser menos importante al correr de los meses, y otro paciente de canal arterial, cuya evolución postoperatoria se hizo hacia un aumento severo de las presiones pulmonares en el curso de un año, señalando en esa forma, un fenómeno raras veces observado por nosotros cual es el de la Evolución Maligna de la Hipertensión Pulmonar.

El criterio general para indicar la cirugía en los casos de CIA, CIV y PCA, es la existencia de un cuadro clínico en el cual los flujos pulmonares predominan sobre los flujos sistémicos, y no se encuentren cifras muy elevadas de

presión arterial pulmonar. Los fracasos quirúrgicos, con muerte del paciente, como puede observarse en las gráficas 1, 2 y 3, se presentan en pacientes muy hipertensos con flujos pulmonares menores que los sistémicos o muy discretamente por encima de ellos, y también en pacientes muy hipertensos pero con flujos pulmonares varias veces superiores a los flujos sistémicos, y que en teoría se considerarían como casos ideales para la cirugía.

El diagnóstico de la Hipertensión Pulmonar en los Cardiópatas Congénitos, se apoya en la clínica y en la radiología simple, y en menor grado en la electrocardiografía. No es nuestro propósito referirnos a esos aspectos en este trabajo. Baste decir, que es solo el juicio adecuado de los distintos elementos diagnósticos, lo que permite la valoración integral del paciente y define la conducta operatoria o abstencionista que esté más indicado según la modalidad del cuadro clínico.

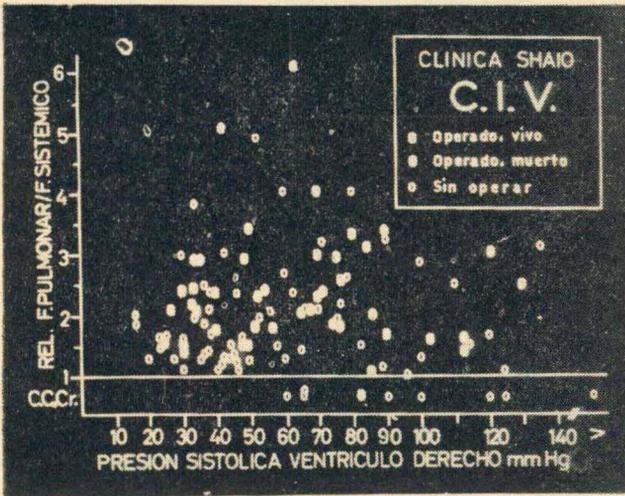


Figura número 1

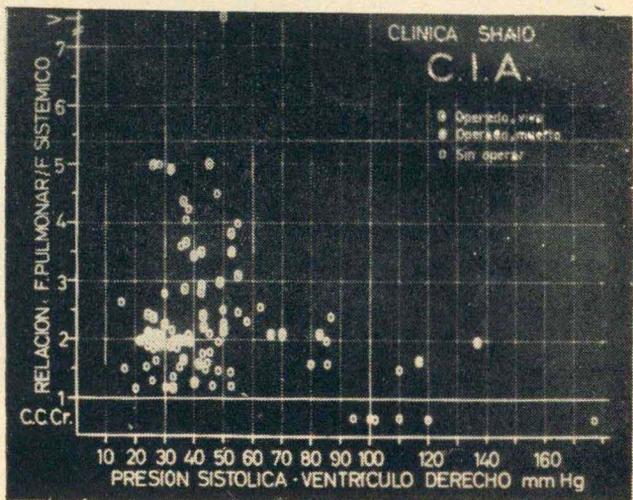


Figura número 2

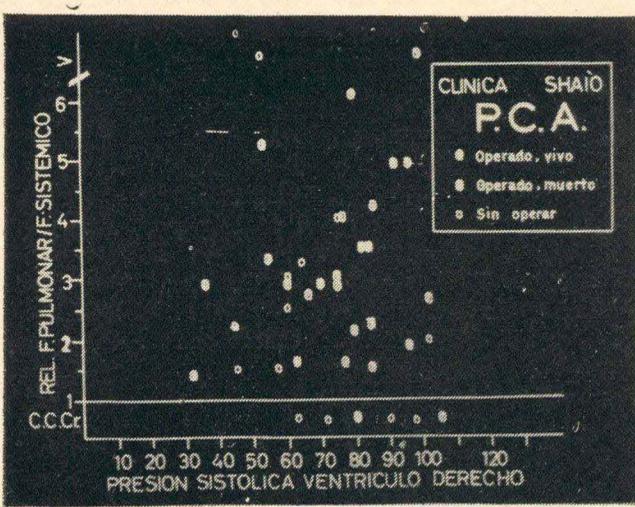


Figura número 3

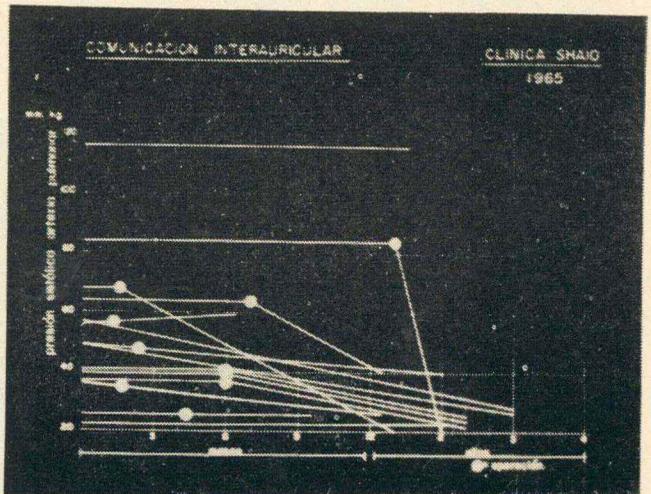


Figura número 4

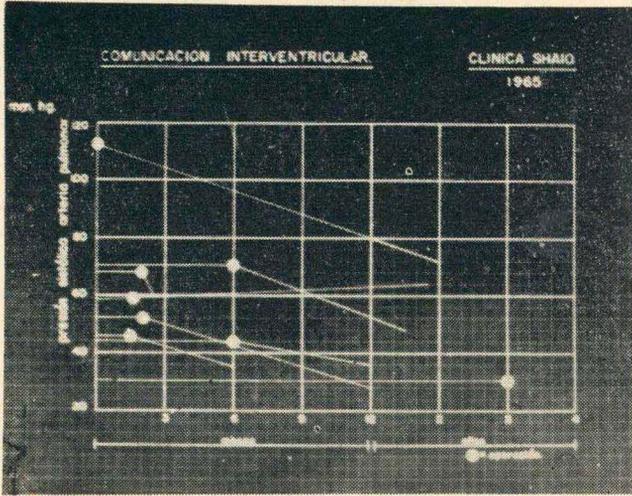


Figura número 5

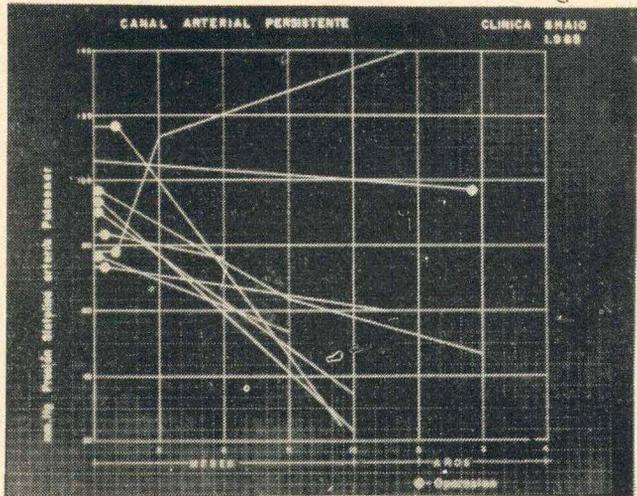


Figura número 6

## GRUPO DE LOS CARDIOPATAS

### MITRALES:

En pacientes con estenosis mitral o con doble lesión mitral, la obstrucción a nivel de la válvula ocasiona modificaciones importantes de la circulación menor. A medida que la estenosis se va estableciendo, el flujo a través de la misma va haciéndose difícil y la presión en la aurícula izquierda y en el territorio venoso pulmonar se eleva. Con el objeto de mantener un gradiente normal de 10 milímetros de mercurio entre el territorio arterial y el venoso de la circulación pulmonar, a los incrementos de la presión venosa siguen incrementos de la presión arterial pulmonar. No en otra forma podría mantenerse el gasto cardíaco en forma adecuada. El aumento de presión en venas pulmonares y la hipertensión arterial pulmonar pasiva que es su consecuencia, conducen en casos más severos a alteraciones tanto de las venas como de los capilares y de las arteriolas, lo que a su vez produce mayores incrementos de la presión arterial pulmonar; esta etapa final, de hipertensión arterial activa, se debe no solo a las alteraciones anatómicas arteriolas que aumentan las resistencias arteriolas a ese nivel, sino también al factor vasoconstrictor, que entra entonces a desempeñar su papel. Desde los estudios de Simón y de Goodwin en 1958, la mayor parte de los investigadores han atribuido a la vasoconstricción de los vasos pulmonares el principal papel y a las alteraciones vasculares el secundario; para ello se han basado en el hecho hemodinámicamente demostrado de que los estenóticos mitrales logran aumentar sus gastos cardíacos en el esfuerzo, cosa que no podrían obtener si sus lesiones vasculares fueran "fijas" y si no hubiese un elemento vasoconstrictor que permitiese los cambios en el gasto cardíaco. Se sabe por otra parte, que la vasoconstricción, merced a

la intervención de factores mecánicos hidrostáticos, se ejerce especialmente en los vasos arteriales y venosos de los lóbulos inferiores. La valoración radiológica de este hecho es de la máxima importancia en la apreciación clínica de cada paciente, como se ha podido observar muy claramente en el Departamento de Radiología de la Clínica Shaio, por los doctores Varón y Salazar. Por otra parte, las modificaciones vasculares debidas a vasoconstricción que se encuentran en pacientes de estenosis mitral o de doble lesión mitral con predominio de la estenosis, se asocian a alteraciones peculiares de los tabiques septales que se traducen radiológicamente por las llamadas líneas A y B de Kerley, fácilmente identificables en las placas simples de tórax; Varón y Salazar en la Clínica Shaio, han llegado independientemente a las mismas conclusiones de la escuela inglesa, en el sentido de que la presencia de tales líneas, o el moteado particular conocido como líneas C, corresponden hemodinámicamente a presiones capilares pulmonares superiores a los 20 o 25 milímetros de mercurio; incrementos superiores de esas cifras en capilares pulmonares llevan fácilmente al edema agudo del pulmón, tan característico de las lesiones mitrales apretadas.

Las gráficas 7 y 8, corresponden a la correlación entre presión capilar pulmonar y presión arterial pulmonar sistólica en dos grupos de pacientes: la número 7 representa 40 casos de estenosis mitral valorados hemodinámicamente y la número 8, 17 casos de insuficiencia mitral pura o doble lesión mitral. En la primera de ellas puede observarse claramente como al aumento de la presión capilar pulmonar, corresponde un aumento simultáneo de la presión arterial pulmonar, lo que confirma el fenómeno fisiopatológico descrito en el párrafo anterior, como hipertensión arterial pulmonar pasiva, se-

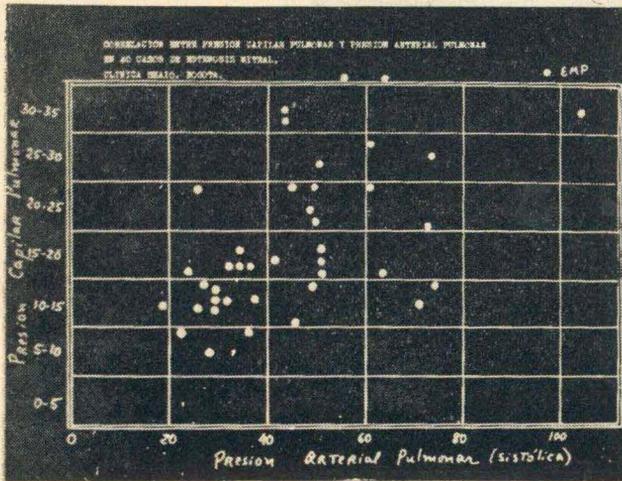


Figura número 7

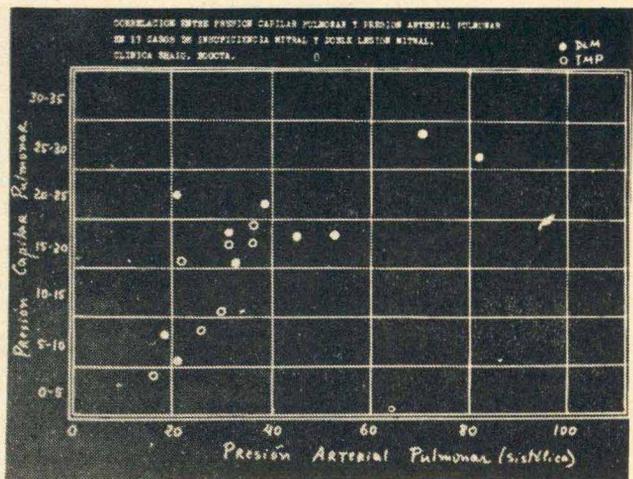


Figura número 8

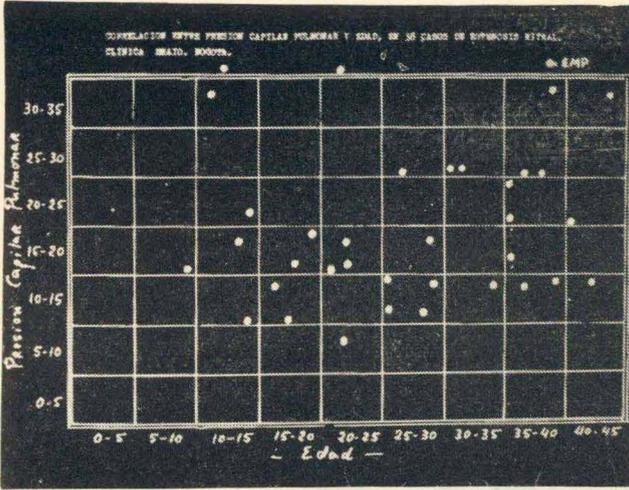


Figura número 9

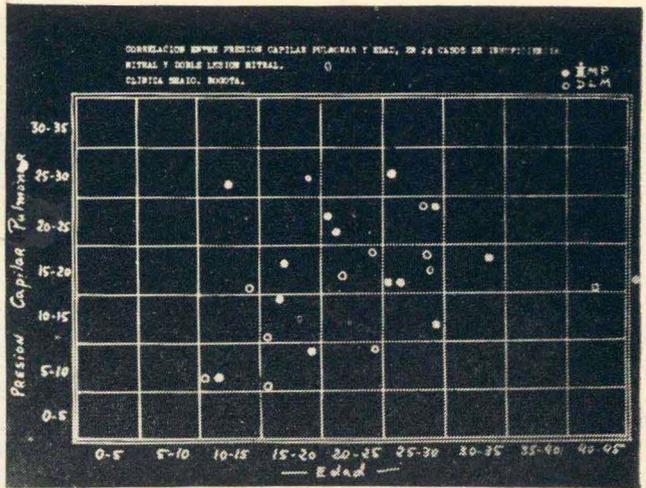


Figura número 10

cundaria al aumento de la presión venosa provocada por la estenosis mitral. Sin embargo, cuando la presión pulmonar capilar sobrepasa los 20 o 25 milímetros, la presión arterial pulmonar sufre incrementos aun mayores de los que venía presentando, y en esa forma, como lo muestra claramente la gráfica, las cifras en la arteria se elevan a 60, 70 o inclusive más de 100 milímetros; esto corresponde a lo descrito previamente como hipertensión arterial pulmonar activa.

La gráfica número 8 muestra muy claramente la misma tendencia de la anterior; solo que vale la pena señalar en ella, que las cifras de presión arterial pulmonar en los casos de insuficiencia mitral pura no sobrepasan los 40 milímetros de presión, precisamente porque en esos casos, existe un libre juego de avance y reflujo a nivel de la válvula, sin que esté presente una barrera valvular; de todos modos, la presión capilar que se eleva, se asocia a elevación concomitante de la presión arterial pulmonar, mediante el mecanismo pasivo y nunca mediante el activo. Esto está en desacuerdo con la opinión de Dávila y colaboradores quienes han señalado que la insuficiencia mitral se acompaña de cifras más altas de presión arterial que la estenosis mitral, en el territorio pulmonar; nuestra experiencia no permite confirmar ese hecho. Los casos de doble lesión mitral, de la misma gráfica, se comportan de manera similar a los casos de estenosis mitral de la gráfica anterior.

Las gráficas número 9 y 10 correlacionan la presión capilar pulmonar y la edad en los grupos de estenosis mitral y de insuficiencia mitral o doble lesión mitral. Ambos confirman el hecho habitualmente observado de que la estenosis mitral es un proceso que tarda cinco a ocho años en establecerse y que por lo tanto su traducción hemodinámica en cuanto a importancia, represen-

tada por la elevación de la presión capilar pulmonar no se observa sino en pacientes en su mayor parte por encima de los 12 años, pero que también, en nuestro lote de enfermos, no es difícil observarla, especialmente en los estenóticos mitrales, más allá de los 40 o 45 años.

La correlación entre edad y presión arterial pulmonar se observa para los dos grupos de pacientes, en las gráficas 11 y 12, que revelan alteraciones en cuanto a la edad similar es a las observadas para la presión capilar pulmonar, como eran de esperarse de acuerdo a los mecanismos fisiopatológicos ya señalados. Vale la pena señalar que nuestros pacientes estenóticos mitrales o dobles mitrales, solo en raras ocasiones pasan de los 75 milímetros de presión en la arteria pulmonar.

Lo mismo que en el grupo de los congénitos, el diagnóstico clínico de los pacientes mitrales, complementado con la electrocardiografía y la radiología simple, permite la valoración correcta de la situación hemodinámica imperante. En nuestra opinión, son los datos clínicos, complementados por la radiología, los que permiten mejor la evaluación de los pacientes. Los rayos X adecuadamente interpretados nos han permitido no realizar estudios hemodinámicos que en años anteriores considerábamos imprescindibles para la estimación de la repercusión hemodinámica de las lesiones. Actualmente, en la Clínica Shaio, se emplean otros tipos de procedimientos radiológicos, tales como la cineangiografía, no tanto para valorar la repercusión hemodinámica sino para aclarar los casos dudosos y para evaluar la movilidad de la válvula mitral y señalar la repercusión especial de la lesión en estudio sobre cada una de las comisuras; tales estudios permiten conocer el grado de engrosamiento valvular, el estado de las cuerdas tendinosas, y suministran al cirujano con anticipa-

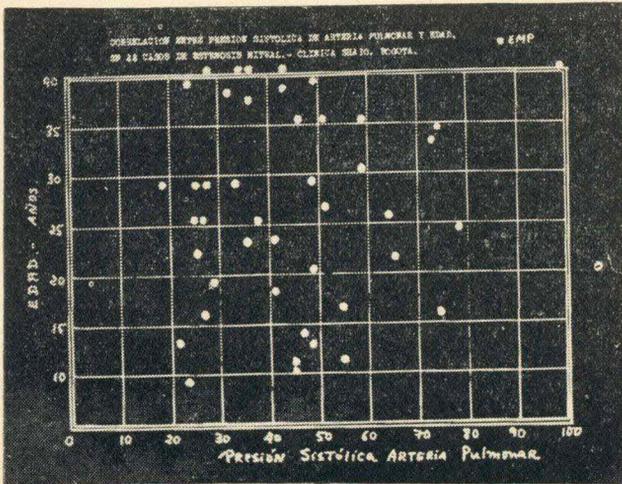
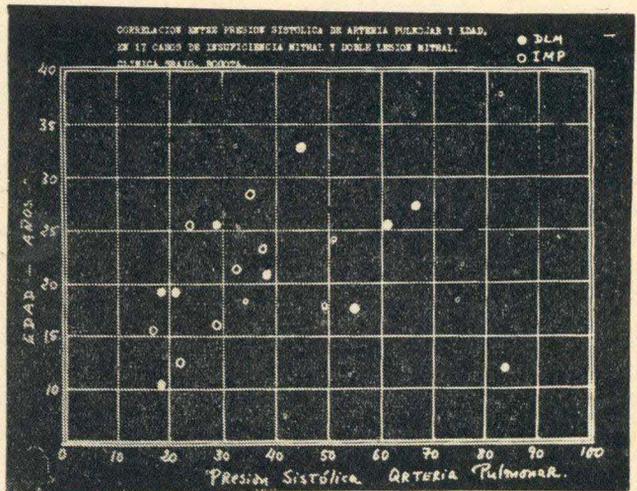


Figura número 11



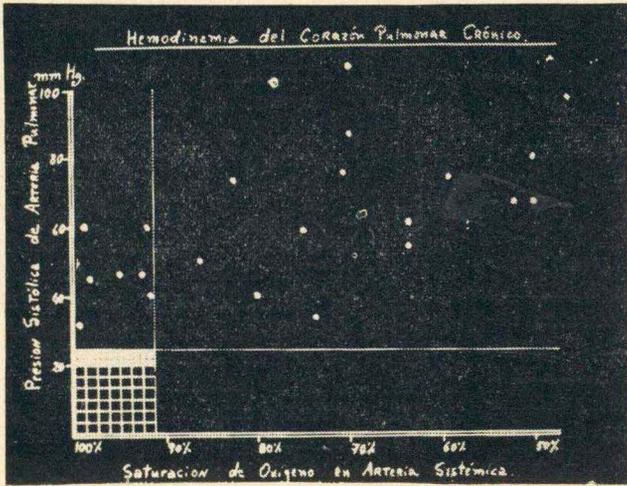


Figura número 13

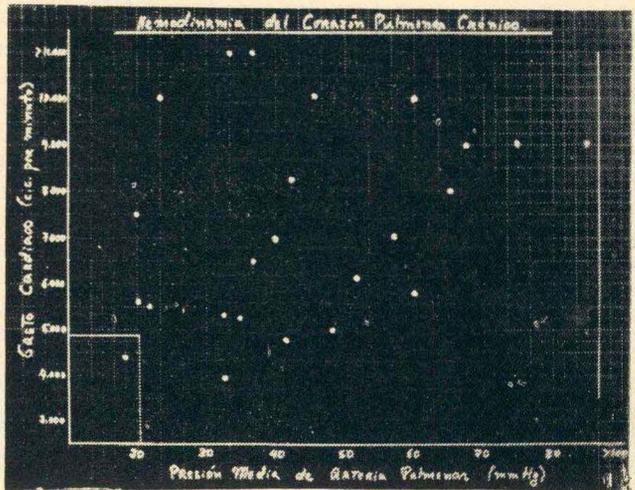


Figura número 14

ción una serie importante de datos que le ayudaran en el curso del procedimiento quirúrgico.

### GRUPO DE LOS CARDIOPATAS PULMONARES CRONICOS:

El paciente enfisematoso y el bronquítico crónico que han evolucionado hasta hacer que el corazón derecho aumente su trabajo, merced a la hipertrofia de sus fibras y en grado menor a la dilatación de sus cavidades, modifican en forma importante la dinámica de la circulación pulmonar. Un factor anatómico importante es la disminución del lecho vascular pulmonar debida a la ruptura de tabiques alveolares, con la consiguiente disminución del número de capilares disponibles para la hematosis. El resultado final es la hipoxia y a ella se ha atribuido, en forma quizás incorrecta, el conjunto de modificaciones hemodinámicas que se encuentran en tales pacientes.

Hay dos hechos, aceptados generalmente. Por una parte, que las presiones pulmonares en pacientes de corazón pulmonar crónico, aumentan paulatinamente a medida que la saturación arterial de oxígeno se empobrece. La correlación, que comprueba este acerto, puede observarse fácilmente en la gráfica número 13, en donde se presentan 24 casos de corazón pulmonar crónico estudiados en el Hospital de San Juan de Dios y en la Clínica Shaió. De la inspección de esta gráfica se deriva un hecho práctico de importancia cual es la necesidad de que este tipo de pacientes tenga una adecuada oxigenación de su sangre mediante el correcto mantenimiento de sus pasajes aéreos superiores y la prevención de estados infecciosos respiratorios que alteren los mecanismos de oxigenación, si se quiere que las presiones arteriales pulmonares y

por ende el trabajo del corazón derecho, se mantengan a niveles bajos. El segundo hecho que se acepta es que no existe una correlación entre el gasto cardíaco y la presión arterial pulmonar, que se observaría si la hipertensión se debiera a un aumento del gasto cardíaco. Este segundo hecho también se ve confirmado por nosotros, en la gráfica 14, en la que pueden encontrarse pacientes con gastos hasta de tres veces lo normal, en presencia de presiones pulmonares apenas ligeramente elevadas, y por el contrario, fuertes hipertensiones pulmonares no asociadas a aumentos correlativamente importantes de sus gastos cardíacos.

Se atribuye como causa del primer fenómeno señalado, a la hipoxia que ocasiona vasoconstricción; más adelante nos referiremos a ella al mencionar los hallazgos encontrados después de oxigenación en las presiones pulmonares de pacientes con corazón pulmonar crónico. Vale la pena señalar sin embargo, que el problema no es simple y que en la génesis de las alteraciones vasculares pulmonares hemodinámicas de esos pacientes, intervienen factores tales como la ventilación desigual de diferentes áreas pulmonares, el paso de sangre a través de áreas pulmonares no ventiladas, la mezcla desigual de sangre y gases, el bloqueo a través de la membrana alvéolo capilar, la presencia de aire atrapado, las alteraciones de la función puramente ventilatoria por cambios en la caja torácica y otros muchos elementos bien señalados por Goodwin.

El resultado final de la interacción de todos esos factores es la hipoxia, pero no es posible aceptar dogmáticamente la explicación de que esta por sí sola sea capaz de explicar todos los fenómenos observados.

Se había mencionado anteriormente que la disminución del lecho vascular pulmonar era el factor anatómico de importancia en la determinación de un

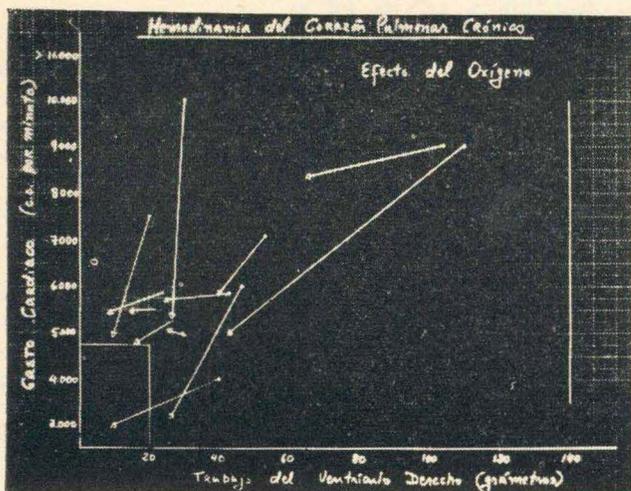


Figura número 15

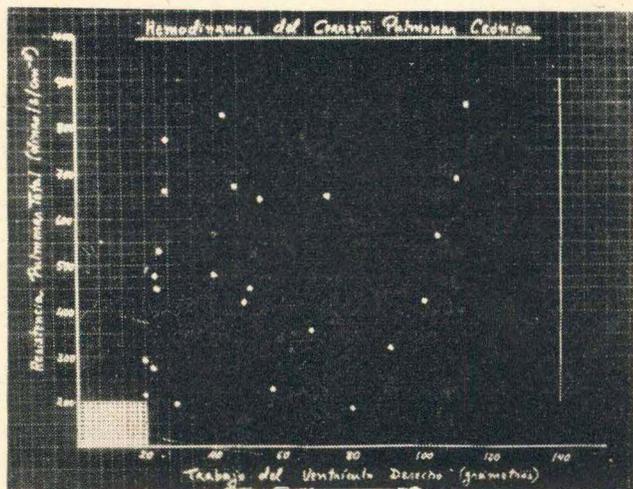


Figura número 16

aumento de resistencias a nivel de las arteriolas pulmonares, que creaba a la larga la hipertensión, y que la hipoxia, resultante del interjuego de múltiples factores constituía el factor funcional que contribuía al mismo efecto. Podríamos considerar al primer factor, como exponente del mecanismo obliterativo de la hipertensión. A él debe agregarse, en proporciones variables, según el caso, como se señaló atrás, pero siempre presente, el factor hiperquinético de aumento de flujo pulmonar, tendiente a compensar en volumen, la deficiente oxigenación. La hipoxia, por su parte, debe considerarse como el mecanismo capaz de originar vasoconstricción, con lo cual este elemento tiende a aumentar las cifras de presión pulmonar. En la gráfica número 15, están representadas nuestras observaciones sobre 12 pacientes de corazón pulmonar crónico a los cuales se les hicieron determinaciones de presiones y gastos cardíacos y a los cuales se les determinó el trabajo del corazón derecho; posteriormente se les oxigenó durante veinte minutos hasta obtener saturaciones arteriales normales de oxígeno, después de lo cual se repitieron las determinaciones de presiones, gastos y trabajo del corazón derecho. La gráfica es claramente demostrativa de que bajo efecto del oxígeno, disminuyeron los gastos y disminuyó el trabajo del corazón. Creemos que la oxigenación suspendió temporalmente el efecto vasoconstrictor determinado por la hipoxia y que esa es la razón que explica los resultados obtenidos.

La gráfica número 16 muestra la relación entre resistencias arteriolas pulmonares y trabajo del corazón derecho, para revelar que no existe una correlación lineal entre los aumentos de las unas y de los otros, lo cual está seguramente en relación con los dos diversos tipos de corazón pulmonar expresados en la gráfica, el secundario a enfisema puro y el secundario a bronquitis crónicas con o sin bronquiectasias.

#### NOTA FINAL:

Basados en nuestra experiencia en la Clínica Shaio y en el Hospital de San Juan de Dios, hemos querido hacer una presentación de nuestros puntos de vista acerca de la fisiopatología de la circulación pulmonar, y más específicamente de la hipertensión pulmonar en un grupo de pacientes cardiopatas congénitos, un grupo de enfermos de la válvula mitral y un grupo de pacientes afectos de corazón pulmonar crónico. No ha sido objeto de este trabajo el análisis cuidadoso del cuadro clínico, de las manifestaciones radiológicas o electrocardiográficas de estos enfermos sino de los hechos fisiopatológicos que permiten una comprensión adecuada a nuestros métodos de trabajo, mediante la cual nos hemos formado una idea de lo que es la Circulación Pulmonar.

**Dr. ALDOLFO DE FRANCISCO ZEA**

Académico

Bogotá, octubre de 1966

# ENSEÑANZA DE LA MEDICINA LEGAL EN COLOMBIA

POR

GUILLERMO URIBE CUALLA  
ACADEMICO

Desde la fundación de la Facultad Nacional de Medicina en la ciudad de Bogotá, siempre figuró el curso de Medicina Legal como materia básica en la formación del futuro médico y estaba ubicado hacia el último año de estudios, por la sencilla razón de que es indispensable tener presentes todos los conocimientos médicos que tienen sin duda incidencia en todos los problemas médicos forenses. El eminente Profesor Juan David Herrera estuvo dictando el curso de Medicina Legal por varios lustros y a él acudían como asistentes, algunos alumnos de las facultades de Derecho que todavía no tenían esa materia pero consideraban de suma importancia, sobre todo en los problemas relacionados con el Código Penal. Entonces este curso era eminentemente teórico porque no había un lugar adecuado, con los elementos y el material necesario para orientarlos hacia la práctica. Posteriormente cuando desempeñó esa cátedra, desde el año de 1928 hasta 1936 el Dr. Hernando Rueda Herrera, como era médico lealista perteneciente a la Oficina Central de Medicina Legal, desde entonces principiaron a ir los alumnos a esta oficina para mostrarles prácticamente algunos de los casos que se presentaban para su estudio, sobre todo en materia de lesiones personales y de hime-nología y algunos de tipo psiquiátrico. En el año de 1936, cuando por haber fallecido prematuramente el Dr. Rueda Herrera vine a reemplazarlo en la cátedra ya que era el Profesor Agregado cargo obtenido por concurso, como que

entonces existía la verdadera carrera del profesorado, que habían implantado y defendido valerosamente el Profesor Carlos Esguerra y el Profesor Calixto Torres, insignes decanos de la Facultad de Medicina que tantos días de gloria le dieron a nuestra facultad, continué dictando la cátedra en las aulas de la Facultad de Medicina pero llevando por turno a los alumnos a la Oficina Central de Medicina Legal para mostrarles muchos de los casos que iban a ser motivo de exámenes médico-legales.

Pero después de inaugurado el Instituto de Medicina Legal en el año de 1948, al siguiente año ofrecí al señor Decano de entonces, el Dr. Arturo Aparicio Jaramillo el que dicho curso se dictara dentro de él y fue así como con fecha 24 de marzo de 1949 recibí una atenta comunicación de la Decanatura de Medicina en la cual se decía lo siguiente: "Reitero a usted mi aprobación a la magnífica idea de dictar su curso en el presente año en el amplio salón de conferencias del Instituto de Medicina Legal bajo su digna dirección, ya que la Facultad no tiene en la actualidad locales apropiados para tal fin.

En nombre de la Facultad y en el mío propio, expreso a usted mis premines agradecimientos por su valiosa colaboración y aprovecho la oportunidad para suscribirme como su atento y S.S., (Fdo.) Arturo Aparicio Jaramillo - Decano. Y fue entonces cuando el curso pudo orientarse más hacia su enseñanza práctica. Se crearon los cargos de

dos preparadores dentro de los alumnos que ya hubieren aprobado el curso de Medicina Legal y cuyos servicios eran muy importantes para organizar debidamente esos turnos prácticos. Posteriormente cuando ya fueron nombrados mediante concursos profesores agregados, vinieron a ser los encargados de dirigir la enseñanza práctica. Así que por varios años se estuvo haciendo el curso con una duración de un año lo más ampliamente posible, teórico-práctico, actuando el suscrito como Profesor Titular y el Dr. José J. Calderón Reyes como Profesor Agregado. Todo marchó normalmente, y cada vez dicho curso se proyectaba más hacia su enseñanza práctica. Pero desafortunadamente llegó el año de 1960, cuando entonces las directivas de la Facultad Nacional de Medicina resolvieron hacer una serie de reformas, creándose dentro de las distintas materias una serie de bloques que dieron por resultado disminuir la enseñanza de los alumnos y por consiguiente hacer que su preparación fuera por demás deficiente. Y le llegó el turno al curso de Medicina Legal, proponiéndose que siendo de duración anual, se hiciera sólo en dos meses, cosa desde luego inaceptable, y por haber defendido dicho curso en la forma eficiente, como se estaba dictando, el suscrito fue destituido sorpresivamente de la Cátedra después de veinticinco años de estar dictándola, lo mismo que al Profesor Agregado que naturalmente se solidarizó con mi conducta. Entonces, en la Facultad Nacional de Medicina organizaron un curso relámpago en su mayor parte teórico, y ya completamente desvinculado del Instituto de Medicina Legal, que es la único suficientemente amplio y práctico en lo más posible, porque se cuenta con todos los elementos de laboratorio y de los técnicos que siempre los han dirigido, y el selecto material necesario para la enseñanza ya con los casos que se presentan de los cadáveres que llegan a los anfiteatros de Medicina Legal pa-

ra la práctica de las autopsias médico-legales, como los estudios histopatológicos complementarios para precisar un diagnóstico que se verifican en el correspondiente laboratorio de Anatomía Patológica, los casos de individuos que llegan para exámenes de heridas, en las investigaciones de delitos sexuales, en los casos de obstetricia forense (como embarazos, abortos, partos, etc.); en los casos de psiquiatría forense con todos los estudios de la personalidad de los delinquentes que ordenan las autoridades judiciales, en los múltiples casos de radiología, balística, hematología, bacteriología, serología, documentoscopia, etc.

De tal suerte que la culpa de que esa enseñanza no se esté haciendo en forma suficientemente práctica en la Facultad Nacional de Medicina se debe a la desvinculación que se verificó con el Instituto de Medicina Legal cuando la crisis a que me refiero en la cual fueron destituidos los profesores que dirigen las distintas dependencias del Instituto y que habían orientado el curso hacia una efectiva práctica. Pero que naturalmente esas graves fallas que se produjeron por errores cometidos por las directivas de entonces no deben tener consecuencias eternas, sino lo lógico es que esas relaciones de la Facultad Nacional de Medicina con el Instituto de Medicina Legal, deben establecerse, para lo cual siempre ha estado con las puertas abiertas, dándole otra organización y pueda volver el curso de Medicina Legal a lo que era antes, con su activa enseñanza teórico-práctica.

Porque es absurdo pensar que la enseñanza de la Medicina Legal puedan hacerla elementos que no tienen las dotaciones correspondientes ni los técnicos preparados; como sería que los especialistas en Anatomía Patológica Clínica fueran únicamente los orientadores y mentores de dicha enseñanza ya que el capítulo de Tanatología en el cual tienen importancia las autopsias, éllas no pueden ser practicadas técnicamente ni con los datos que necesita

una investigación si no se poseen los conocimientos forenses. Precisamente en días pasados tuvo lugar en la Academia Nacional de Medicina un importante simposio desarrollado por la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal de Colombia como entidad asociada que es de la Academia y en el cual tuve el honor de hablar sobre el desarrollo de la Medicina Legal en Colombia y también se expuso ampliamente la diferencia que existe entre la autopsia clínica o anatomatológica y la autopsia médico legal y cómo el patólogo que quiera prestar servicios médico forenses debe tener preparación suficiente en todos los capítulos de la Medicina Forense. Además es un error creer que el médico legista tan sólo tiene que intervenir en cuestiones relacionadas con el cadáver, sino que sus estudios son más numerosos y amplios en pericias verificadas en individuos vivos. Ojalá que muy pronto la Facultad Nacional de Medicina pueda establecer los debidos contactos con el Instituto de Medicina Legal para que los cursos de Medicina Legal se puedan dictar en la misma forma como se dictan en la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, en la cual colaboramos dictándolos con muy amplia enseñanza práctica dentro de las distintas dependencias del Instituto.

Otro punto importante es el relacionado con la especialización de la Medicina Legal en las facultades de Medicina; precisamente sobre este tema hice una amplia exposición ante la Comisión Quinta de la Cámara de Representantes que me hizo el honor de citarme para que la ilustrara sobre el estado de la enseñanza práctica de la Medicina Legal en el país. Allí ante esta ilustre Comisión expuse las ideas anteriormente desarrolladas, y también me referí expresamente sobre esta importante materia. A este respecto referí que precisamente el suscrito hace ya doce años hizo expedir un Acuerdo de la Universidad Nacional, cuando era Rec-

tor el Dr. Julio Carrizosa Valenzuela, para que la Facultad Nacional de Medicina, de acuerdo con el Instituto de Medicina Legal organizara dicha especialización para médicos post-graduados, pero que no obstante las gestiones que se hicieron con todos los decanos de la Facultad de Medicina de entonces, aquello no fue posible, porque no obstante la importancia que le daban, afirmaban que los presupuestos de la Facultad no permitían sacar adelante esta iniciativa. Y menos en los últimos tiempos en que poco se han preocupado algunas facultades de Medicina por la enseñanza de dicho Curso de Medicina Legal; así, existen facultades de Medicina en las cuales no funciona dicho curso, como sucede en la del Valle. En una ocasión fue suprimido en la Facultad de Medicina de Popayán, y como ya vimos, en la Facultad Nacional de Medicina se le redujo a su más mínima expresión, por lo tanto si no existía buen ambiente para los cursos básicos dentro del pensum reglamentario, mucho menos lo habría para establecer una especialización de Medicina Legal. Pero que lógicamente con el tiempo debería hacerse esta especialización en la Facultad Nacional de Medicina, de acuerdo con el Instituto de Medicina Legal. Pero para que dicha especialización diera buenos resultados, debería principiarse por mejorar las asignaciones de los médicos legistas, porque es la única forma de ejercer esta especialización siendo funcionario de la Medicina Legal, porque mientras no se tengan asignaciones decorosas, ningún alumno ya graduado se matricularía a hacer una especialización, con la cual no se pueda subsistir decorosamente.

Entonces tuve la ocasión de hablar a la Comisión de la Cámara sobre la Escuela Superior de Ciencias Médico-Forenses que creó el Ministerio de Justicia por medio del Decreto-Ley 1700 de 1964 (16 de Julio), como un medio de emergencia para lograr que haya una mejor tecnificación de la prueba, siendo

una Escuela de Capacitación, no para dar títulos universitarios de especialista, sino con el objeto de actualizar los conocimientos de muchos médicos legistas de provincia y de otros nuevos médicos que deseen ingresar a la carrera del Médico Legista y que naturalmente tiene buenos contactos con la Universidad Nacional, ya que su Consejo Académico lo integran profesores de la Universidad Nacional y el propio Director del Instituto de Ciencias Penales de la Facultad Nacional de Derecho, y que sin duda ninguna contribuye a mejorar la idoneidad de los médicos legistas y a formar laboratoristas forenses en buena proporción, ya que carecemos de ellos por fuera de Bogotá. Esta iniciativa les llamó mucho la atención a varios de los representantes miembros de la Comisión y se me preguntó que cuándo ella iría a funcionar, y les dije que apenas fuera aprobado el Decreto reglamentario que ya había elaborado muy cuidadosamente el Ministerio de Justicia y se encontraba para la firma del señor Presidente de la República.

En lo que se refiere a la enseñanza práctica del Curso de Medicina Legal en las capitales donde existan facultades de Medicina, nada más fácil que se establezcan con programas amplios y efectivos, y haciendo una estrecha vinculación con las oficinas centrales de Medicina Legal, para que se pueda hacer la práctica en contacto con los señores médicos legistas en todos los casos en que ellos intervienen como peritos oficiales y una vez que vayan funcionando los anexos forenses que por el momento en el mismo Decreto citado de la Reforma Judicial se crean en Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga y habrá entonces una mejor colaboración para una enseñanza práctica de la Medicina Legal. ... esperando que con el tiempo puedan irse creando esos laboratorios forenses anexos en todas las capitales cuando la situación fiscal lo permita y sobre todo, cuando haya un suficiente número de

laboratoristas forenses que se vayan preparando paulatinamente en la Escuela de Capacitación de Ciencias Médico-Ferenses a que me vengo refiriendo.

Como lo dijo hace algún tiempo el ilustre Profesor Hilario Veiga de Carvalho, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, la enseñanza de la Medicina Legal debe ser dictada obligatoriamente en dos grados: a) en el curso normal de ciencias médicas, puesto que no se concibe un médico que vaya a ponerse en contacto con los más variados problemas sociales y humanos, sin los conocimientos básicos de la especialidad, y b), en cursos de post-graduados que deban hacer la especialidad con más exclusividad o sistematización.

En Sao Paulo, en el Instituto Oscar Freire, la enseñanza de la Medicina Legal se dá durante todo el año escolar, con dos clases teóricas semanales, acompañadas de las teórico-prácticas que se juzguen indispensables. Aquí exponemos toda la Medicina Legal clásica, la medicina social, la de ontología y la Medicina Profesional; exámenes prácticos y escritos y realización de pericias. Así debe hacerse. Hoy que el estado moral de la humanidad sufre tremendos impactos, es menester que la Medicina en su especialidad esencialmente moral y legal, como es la Medicina Legal, siga firme su amplio desarrollo, en defensa de la propia humanidad a través del mejor servicio de la justicia, del trabajo y de la mejor organización social.

Bogotá, julio de 1967

**GUILJERMO URIBE CUALLA**  
Académico  
Profesor de Medicina Legal

# ACCIONES DE LOS ESTROGENOS EN LOS GLAUCOMAS

P O R

DR. FRANCISCO INFANTE B.  
ACADEMICO

El uso de las hormonas dentro del arsenal terapéutico moderno, no es una cosa nueva, su uso, según el documento chino "Nature" escrito por Li Shih-Chen en el siglo XVI, menciona que los chinos las venían prescribiendo 600 años antes y en tal documento se dan fórmulas para obtenerlas. Pero el descubrimiento de la presencia y aislamiento de las hormonas sexuales, en la orina, sólo tuvo lugar en 1927.

A pesar del gran adelanto en su obtención, acción farmacodinámica y aplicaciones terapéuticas, los investigadores siempre tropiezan con grandes interrogantes entre las hormonas específicamente clasificadas e investigadas y un tanto más de las que sólo hay indicios que existen y no han podido ser aisladas.

En esas sustancias, micro-químico-biológicas, en donde se debate el misterio del soma y la psiquis del individuo, todavía hay mucho por descubrir y explicar.

En el campo de la oftalmología, la acción y aplicación de las hormonas, ofrece un terreno en donde sólo, aisladamente, se han estudiado y aplicado algunas de ellas. La Cortisona, la Adrenalina, la Acetilcolina, la Insulina, son, quizás las únicas, de algún manejo y conocimiento en la terapéutica oftalmológica. Pero las demás hormonas y entre ellas las hormonas sexuales, si bien es conocida su acción y aplicación en las disfunciones gonadales, desde el punto de vista de su acción, en las enfermedades del aparato ocular, sólo esporádica y ocasionalmente hay algunas referencias, casi siempre contradictorias.

Desde el punto de vista del glaucoma y su relación con las hormonas sexuales, unos afirman que la administración de estrógenos (Obal) y la testosterona (Radnot) inducen a una elevación de la tensión intra-ocular, produciendo un glaucoma o agravando uno ya existente. Otros afirman que el testículo, por exceso o defecto hormonal, no tiene influencia sobre las enfermedades oculares, tanto en su causa como en su tratamiento. En cambio, se afirma que el funcionamiento ovárico, bien por exceso o defecto de sus hormonas, debe de tenerse en cuenta, como causa y como terapéutica en la patología ocular. Los resultados de la acción de las hormonas ováricas sobre el ojo ofrecen grandes diferencias, según los resultados obtenidos por cada investigador, aún con la misma hormona de manera que para unos, no tiene acción; para otros, es hipertensiva y para los restantes es hipotensora. Otros investigadores encuentran que los estrógenos son generadores de hipertensión y la luteína es hipotensora. **Esta diferencia de opiniones y de resultados, muy seguramente, es debida a que cada cual ha estado tratando a individuos perfectamente diferentes en su contenido o constitución hormonal y esto quiere decir que sólo haciendo un detenido y juicioso estudio de la capacidad y necesidades hormonales individuales se pueden obtener datos afirmativos, siempre condicionados a los distintos tipos, no sólo biológicos sino psico-reactivo-hormonales.** Pues los trastornos o inestabilidad psíquica y vasomotora —debidos a disfunciones hormonales— son inductores o desencadenantes de episodios hipertensivos oculares, llegando, por su persistencia, a crear un terreno glaucomatoso.

Si aceptamos la causalidad de los trastornos psico-vasomotores, por disfunciones hormonales, en la etiopatogenia del glaucoma, tenemos que aquellos son más frecuentes especialmente en el climaterio femenino y que un buen número de glaucomas de los llamados primitivos o criptogenéticos deben de relacionarse con este período que es de franco déficit de las hormonas sexuales y como consecuencia, dada la interrelación —de sinergismo y antagonismo— en el funcionamiento de las distintas glándulas de secreción interna, estaríamos en presencia de un desequilibrio hormonal general. Debido al complejo, laborioso, costoso y largo trabajo que impondría el hacer una valoración clínica, cuantitativa y cualitativa del funcionamiento hormonal y capacidad reaccional de cada paciente, tenemos que aceptar, en el modus operandi, que el tratamiento hormonal es un tanto empírico y que a esto se debe la variada diferencia en los resultados. Hacemos pues, una terapéutica de tanteo, en la cual nos guía una experiencia clínica y una exquisita vigilancia del comportamiento reaccional del individuo.

Yo, en algunos casos de glaucoma, he hecho una terapéutica de tanteo con estrógenos y la vigilancia del comportamiento de estos pacientes es lo que motiva esta comunicación que abre, entre nosotros, la discusión de si las hormonas gonadales pueden contarse entre los medicamentos de que hoy disponemos, en el tratamiento médico del glaucoma, bien como tratamiento hipotensor, resolutorio, hemostático, antiinflamatorio, antihemorrágico, neurosedativo o tranquilizante; bien como tratamiento único o como tratamiento combinado; bien como premedicación o como medicación del postoperatorio.

## HISTORIAS

... ..

### H. N° 1- Agosto 9/60- D. E. Z. (médico). Edad 55 años.

Antecedentes oculares: Hace 15 años para tratar un estado glaucomatoso el Dr. Juan Hoyos le practicó una operación.

Diagnóstico: Trombosis venosa y glaucoma secundario agudo en OI —ojo amaurotico, rubeosis del iris, tensión 60 mm., estado inflamatorio generalizado a todo el globo, dolor intenso con irradiaciones. Tratado con Estrógenos, Diamox, Mióticas, y Calmantes.

Agosto 14/60- Notable disminución de los síntomas inflamatorios y dolorosos, tensión 31 mm.

Con el tratamiento local con Mióticos y un comprimido semanal de Estrógenos se ha mantenido en condiciones que no han hecho indispensable el tratamiento quirúrgico.

### H. N° 2- S. vda. de P. Edad 52 años. Menopausia desde hace 8 años. Mayo 21/62.

Diagnóstico: En el OD glaucoma agudo de tipo hemorrágico, (rubeosis del iris, hemorragia en cámara anterior, midriasis). Tensión 65 mm., visión de bultos, la opacidad de los medios no permite ver fondo de ojo. OI amaurotico, con coloboma iridiano y catarata calcárea.

Se formuló como tratamiento general Estrógenos y Diamox i. v., un día Estrógenos y al siguiente Diamox; localmente Pilocarpina y pomada Miósica.

Mayo 25/62- La tensión no bajó pero todos los síntomas inflamatorios de la conjuntiva, epiesclera, córnea, iris y vítreo mejoraron notablemente y desde el punto de vista funcional se obtuvo la recuperación de 1/10 de agudeza visual, lo cual se explica por la resorción de los exudados tanto de tipo hemorrágico como infla-

matorio. Se había aplicado dos inyecciones de Estrógenos y dos de Diamox. Se continuó con la misma medicación.

Mayo 30/62- Al completar cinco inyecciones de Estrógenos y cinco de Diamox la tensión bajó a la normal (18 mm.). Se indicó continuar con Estrógenos y Diamox en comprimidos.

Junio 6/62- Tensión ocular 30 mm. y agudeza visual 3/10.

Junio 8/62- Ojo en reposo, tensión 25 mm. y agudeza visual 4/10.

Junio 9/62- Se le practicó iridencleisis con colgajo periférico.

Todos los controles postoperatorios mostraron un ojo en una evolución normal, la tensión estabilizada en 18 mm. y la agudeza visual entre 6 y 7/10. La gonoscopia muestra una buena extensión de sinequias periféricas con impregnación pigmentaria y campo visual con pequeña retracción periférica.

#### H. Nº 3- Noviembre 11/62- J. T. Edad 26 años. I.C.S.S.

Antecedentes: Desde Julio de 1962 venía siendo visto y tratado en el Seguro y enviado a interconsulta a donde cinco distinguidos colegas, quienes estaban de acuerdo en el diagnóstico de trombosis venosa en el OD. El I.C.S.S. lo envió para que se le practicara enucleación. La medicación a que venía siendo sometido era la siguiente: Mióticos, protectores de la fragilidad capilar y Diamox. Presentaba en el OD como síntomas subjetivos intenso dolor rebelde a la morfina y ceguera total; como síntomas objetivos estado inflamatorio del globo, rubeosis del iris, ojo inalbumbrable y tensión de 75 mm.

Se indicó continuar con los mióticos que se estaba aplicando, Estrógenos y Diamox i. v., un día Estrógenos y al siguiente Diamox. Este tratamiento fue tan elocuente en sus buenos resultados que un ojo con glaucoma absoluto y que sólo tenía la indicación de una enucleación o una neurotomía óptica ciliar, lo colocó en óptimas condiciones de reposo para practicarle el 19 de Noviembre de 1962, a los 8 días de tratamiento, una iridencleisis con colgajo periférico, intervención que en otras condiciones podría ser tenida en cuenta como un absurdo. El último control, hecho en Marzo del 63 —cuatro meses después de operado—, dice así: Ojo tranquilo, tensión 25 mm. no hay ninguna queja dolorosa, la fistula está drenando muy bien, el fondo es perfectamente visible y permite reafirmar el diagnóstico de trombosis vascular.

#### H. Nº 4- Febrero 15/64- S. O. Edad 44 años.

Diagnóstico: Glaucoma absoluto en OD y glaucoma próximo a serlo en el mismo grado en el OI, tensión de 100 mm. A), en OI atrofia papilar glaucomatosa, en OD el fondo de ojo no es visible por turbidez de los medios. Se formula Estrógenos i. v. y Diamox en pastillas.

Enero 18/64- Después de haber aplicado dos inyecciones de Estrógenos la tensión es de 45 mm. para el OD y 25 mm. para el OI, la gonoscopia muestra algunas zonas de sinequias en el ángulo camerular en el OD, en el OI el ángulo está completamente libre.

Febrero 22/64- Se le practicó iridencleisis en AO.

Los controles postoperatorios hasta el 14 de Marzo de 1964 dieron una tensión de 25 mm. para el OD y 18 mm. para el OI, los demás síntomas habían regresado satisfactoriamente, en el OD era visible el fondo de ojo y mostraba atrofia papilar glaucomatosa .

**H. N° 5- Octubre 9/64- J. D. Edad 60 años.**

Antecedentes: Desprendimiento residivante de la retina en el OD.

Diagnóstico: Glaucoma hemorrágico en el OD, con una tensión de 60 mm. Se le indica tres inyecciones de Estrógenos i. v. y colirio de Carbachol, una gota cada hora.

Octubre 10/64- La tensión bajó a 25 mm.

Octubre 13/64- La tensión bajó a 5 mm.

Octubre 14/64- El tonómetro no marca ninguna tensión; se suspende el Carbachol, los Estrógenos y se continúa con gotas de Cortisona.

Octubre 30/64- Tensión 25 mm., cámara panda, no hay dolor y el ojo permanece congestionado. Se suspenden las gotas de Cortisona y se ordena continuar con un comprimido de Estrógenos y aplicación de gotas de Visina tres veces al día.

Noviembre 5/64- Cámara panda, ángulo camerular estrecho, sinequias circulares del iris (seclusión), ojo relativamente tranquilo, tensión 5 mm. Se continúa con el tratamiento indicado en la fecha anterior. Hasta Febrero de 1965, se ha mantenido con la medicación mencionada sin que se justifique la necesidad del tratamiento quirúrgico.

**H. N° 6- Enero 12/65- L. de C. Edad 52 años. En climaterio desde hace 8 años.**

Antecedentes oculares: Usa lentes formulados en una óptica y allí, debido a cambios de su visión le aconsejaron consultar a un oftalmólogo.

Diagnóstico: Glaucoma crónica simple en AO. Tensión para el ojo derecho 45 mm. y para el OI 55 mm., campos con reducción concéntrica, pupilas de diámetro normal, fondo de ojo con papilas en pequeño grado de excavación, ángulos camerulares completamente abiertos agudeza visual 7/10 AO.

Tratamiento: Estrógenos i. v. dos ampolletas.

Enero 13/65- A las 23 horas de estar únicamente con el tratamiento de dos ampolletas de Estrógenos la tensión era la siguiente: para el OI 30 mm. y para el OD 25 mm. Para conocer la persistencia de la acción hipotensora obtenida con las dos ampolletas de Estrógenos se suspendió esta medicación.

Enero 14/65- El control tonométrico tomado a las 30½ horas de la última inyección de Estrógenos era el siguiente: para el OD 50 mm. y para el OI 55 mm. Con el fin de conocer el efecto de la instilación local de Estrógenos se disolvió una ampolleta en 10 c.c. de agua destilada y a partir de esta fecha a las 3½ de la tarde se ordena la aplicación de una gota cada dos horas en A.O.

Enero 15/65- La tonometría verificada después de iniciar la aplicación de la primera gota de Estrógenos dio el siguiente resultado: 25 mm. AO, no hay modificaciones pupilares y la paciente manifiesta perfecta tolerancia al colirio. Se ordenó continuar con el colirio de Estrógenos.

Enero 16/65- La tonometría verificada después de 43½ horas de estar aplicándose gotas de Estrógenos es la siguiente: OD 25 mm. y el OI 30 mm. Con el fin de conocer la duración hipotensora de los Estrógenos aplicados en colirio se indicó suspenderlos.

Enero 18/65- A las 65 horas de suspender las gotas de Estrógenos la tensión era: para el OD 35 mm. y para el OI 40 mm. Con el fin de bajar nuevamente la tensión y colocarla en las mejores condiciones de operabilidad se indica aplicar nuevamente las gotas y una ampolleta de Estrógenos a las 9 P. M. otra a las 7 A. M. del día siguiente.

Enero 19/65- Con anestesia general se le practicó iridencleisis con colgajo periférico en AO.

Enero 20/65- Se hace curación y dado el buen estado de AO se dejan destapados, se ordena la aplicación de una gota de Estrógenos cada dos horas, y se autoriza la salida del Hospital para el día siguiente.

Los controles postoperatorios han demostrado una regularización de la tensión dentro de lo normal. La agudeza visual se mantiene en 7/10 para AO.

**H. N° 7- Enero 18/65- A. de A. Edad 59 años. Suspensión menstrual desde hace 13 años.**

Antecedentes: Había consultado antes a un optómetra.

Diagnóstico: Glaucoma subagudo OI y glaucoma crónico simple en el OD. Tensión para el OD 25 mm. y para el OI 65 mm., agudeza visual para el OD 2/10 y para el OI cuenta dedos a 30 centímetros sin corrección óptica; con corrección óptica con + 2 D = 7/10 para el OD, el ojo izquierdo no corrige. Midriasis en OI, fondo inabundante OI, campo visual normal para el OD, el campo para el OI no es posible tomarlo, la gonoscopia no es posible verificarla debido a la estrechez de la hendidura palpebral.

En el tratamiento se sigue la misma norma de conducta de la paciente anterior.

Enero 19/65- A las 24 horas de estar bajo la acción de dos ampollitas de Estrógenos i. v. la tensión permanece exactamente igual (OD 25 mm. OI 65 mm.), pero se observa que el fondo de ojo ha aclarado en tal forma que permite apreciar el pulso arterial y desde el punto de vista funcional la agudeza visual pasa a 2/10 sin corrección óptica.

En las etapas siguientes la tensión permaneció en las mismas condiciones. La única modificación observada con el uso de los Estrógenos fue la mejoría funcional 3/10 sin corrección óptica y 5/10 con una corrección (+ 2 D), el campo visual muestra una retracción periférica poco marcada. Como no se obtuvo resultado en la tensión con los Estrógenos se indicaron mióticos (Pilocarpina y Eserina). La tensión tomada 24 horas después de la aplicación de mióticos fue la siguiente: OD 20 mm. OI 25 mm., se indicó continuar con los mióticos y suspender las gotas de Estrógenos.

Enero 28/65- La tonometría tomada en la fecha y con la sola medicación de mióticos es la siguiente: OD 20 mm. OI 40 mm. Llama la atención que con la sola medicación de los mióticos la tensión volvió a subir. En posteriores controles la inestabilidad de la curva tonométrica indicó la necesidad de una intervención quirúrgica.

Febrero 3/65- Se practicó en el OI iridencleisis con colgajo periférico.

Febrero 8/65- A los tres días de un postoperatorio normal en el ojo operado, se inició un estado de glaucoma subagudo en el OD el cual daba una tensión de 55 mm. y una agudeza visual de 2/10. Se le indicó la aplicación de Carbachol combinada con Pilocarpina y como premedicación de la necesidad de su intervención quirúrgica Estrógenos i. v. la víspera y el día de la intervención.

Febrero 9/65- La tensión había bajado a la normal y los demás síntomas inflamatorios habían desaparecido. En este estado de reposo se le practicó una iridencleisis con colgajo periférico.

Los controles postoperatorios fueron completamente normales.

Marzo 11/65- Se formulan lentes de + 2 D para AO dando una agudeza visual de 7/10 AO.

La tensión se normalizo (18 mm. AO).

**H. N° 8- Febrero 2/65- J. M. Edad 35 años.**

Consulta por dolor, visión borrosa y con arco iris circundando las luces desde

hace tres días. En el exámen practicado en la fecha se encuentra el ojo izquierdo ojo derecho era normal en todas sus partes. Presentaba sobre el maxilar superior izquierdo cinco piezas dañadas y el antecedente de que hace un mes tuvo un episodio inflamatorio en la cara del mismo lado.

Diagnóstico: Glaucoma subagudo. Se le indicó la extracción de las piezas dentarias y tomar un comprimido de Estrógenos por la mañana y otro por la tarde.

Febrero 8/65- El control verificado en la fecha, dá la sorpresa de la desaparición de los síntomas objetivos y subjetivos que condujeron al diagnóstico de glaucoma. La tensión es de 19 mm.

Ante la respuesta terapéutica del paciente, después de haber tomado nueve comprimidos de Estrógenos (11,25 miligramos) y la extracción de cinco piezas en foco séptico, todos los síntomas de glaucoma subagudo hubieran desaparecido, cualquier observador se encuentra al frente de los siguientes interrogantes:

- I- Qué fue lo que sucedió y actuó en este paciente para dar un resultado tan inesperado? .....
- II- Pueden las toxinas de un foco séptico de vecindad crear las condiciones para que se desencadene un estado de glaucoma subagudo? A esta pregunta se trae el dato de que ninguno de los investigadores, de tiempo completo, en el estudio del glaucoma, hacen relación a esta etiología.
- III- Cuál fue la medicación que actuó; los Estrógenos, la eliminación de las toxinas del foco séptico o ambos a la vez?

Para no pecar por optimismo, parece más prudente consignar los hechos y dejar la interpretación de sus resultados al análisis individual.

## R E S U L T A D O S

Con el fin de conocer las acciones de los Estrógenos, en la enfermedad denominada glaucoma, los hemos experimentado en distintos tipos de esta enfermedad.

Los casos tratados corresponden a 8 personas distribuidas así: 2 mujeres con glaucoma crónico simple en 3 ojos y en una de ellas con glaucoma subagudo en un ojo; un hombre con glaucoma subagudo en un ojo; un hombre y una mujer, con glaucoma hemorrágico; cada uno en un ojo; un hombre con glaucoma secundario a una iridociclitis con seclusión pupilar; una mujer con glaucoma absoluto en el OD y próximo a serlo en el mismo grado en el OI; una mujer con glaucoma agudo en OD y OI ciega con anamnesis post-glaucomatosa. Total de ojos con glaucoma 11, distribuidos así:

En un mismo paciente se puede poner de presente la acción antihemorrágica, hemostática, resolutive y como consecuencia la acción hipotensora.

En una mujer con glaucoma crónico simple en AO la tensión bajó a lo normal con la sólo indicación de Estrógenos.

En una mujer con glaucoma simple en el OD y glaucoma subagudo en el OI los Estrógenos no consiguieron bajar la tensión en ninguno de los ojos. En el ojo izquierdo siendo en el momento del examen un ojo inalumbrable y con visión de bultos, a las 24 horas de estar únicamente con la medicación de Estrógenos intravenosos, el fondo de ojo era perfectamente visible al punto de observarse el pulso arterial y venoso sobre la papila y como resultado funcional la agudeza visual había mejorado a 2/10.

En los 2 casos de glaucoma hemorrágico la regresión de los síntomas inflamatorios y demás síntomas del estado agudo tuvo lugar a las 48 horas de estar bajo la acción de los Estrógenos por vía intravenosa. Uno de estos casos ha permanecido sin necesidad de tratamiento quirúrgico; el otro, había sido enviado por el I.C.S.S. para enucleación y la regresión de todos los síntomas agudos permitió practicarle una iridencleisis con una evolución postoperatoria sin complicaciones.

En el glaucoma agudo secundario a una iridosiclitis tanto los síntomas inflamatorios y la tensión cedieron satisfactoriamente con el uso de los Estrógenos. Los controles posteriores han demostrado que no hay necesidad de intervención quirúrgica en este paciente.

En un hombre con glaucoma subagudo en el OI, con tensión de 55 mm., con cinco piezas dentarias en foco séptico y con antecedentes de inflamación en la cara del mismo lado, la medicación con Estrógenos (11,25 miligramos) en comprimidos y la extracción de las piezas dentarias, facilitaron la desaparición de todos los síntomas que condujeron al diagnóstico de glaucoma.

### CONCLUSIONES

- I- En la etiología y tratamiento de las enfermedades oculares, hay que tener en cuenta las oftalmopatías endocrinas y entre ellas el glaucoma.
- II- Estoy francamente convencido de que el uso de los Estrógenos en el tratamiento de los distintos tipos de glaucoma es de gran utilidad por sus acciones resolutive, hemostáticas, antihemorrágicas, tranquilizantes e hipotensoras.
- III- En los casos de glaucoma en donde predomina un terreno neuro-vascular por desequilibrio hormonal los Estrógenos se muestran muy eficientes.
- IV- La mejoría de los pacientes, con la medicación con Estrógenos, posiblemente se explica por la acción psico-neuro-vasculo-humoral que aportan los Estrógenos en los casos de distonias neuro-vegetativas.
- V- Los pacientes glaucomatosos que mejor responden a los Estrógenos son los que están en la edad del climaterio o los que por otras circunstancias son terreno de un desequilibrio hormonal.

- VI- Una de las pacientes nos dio la oportunidad de conocer la acción hipotensora de los Estrógenos usándolos primero es inyectables, luego en pastillas y finalmente en colirio.
- VII- El uso de los Estrógenos en oftalmología durante largo tiempo y a dosis elevadas puede dar lugar a las conocidas complicaciones estrogénicas.
- VIII- Los Estrógenos, tanto en la mujer como en el hombre, actúan sensiblemente igual .
- IX- La acción hipotensora de los Estrógenos, como la de los mióticos y los inhibidores de la anhidrasa carbónica, es transitoria.
- \*X- Los Estrógenos muestran una acción muy activa en los estados glaucomatosos acompañados de síntomas inflamatorios.
- XI- En los casos en donde los Estrógenos o los mióticos individualmente no bajan la tensión, la administración combinada, potencializa su acción hipotensora.
- XII- En el glaucoma agudo la medicación combinada de mióticos, Estrógenos e inhibidores de la anhidrasa carbónica, es un tratamiento efectivo para colocar un ojo en reposo.
- XIII- Se colige que los Estrógenos, por su acción resolutive, hemostática, antiinflamatoria y neuro-vascular, tengan indicación en otras afecciones oculares, distintas del glaucoma.
- XIV- Con especial beneficio para muchos casos de glaucoma, la acostumbrada y universal terapéutica local —mióticos e inhibidores de la anhidrasa carbónica—, hoy la podemos usar, con mayores ventajas, combinada a una medicación general con Estrógenos.
- XV- La acción sedante o tranquilizante que se obtiene con los Estrogenos, en los pacientes con enfermedades oculares y distonias neuro-vegetativas, es más armónica y estable que la que puede obtenerse con los tranquilizantes de síntesis (G 33040) o los barbitúricos (Icopral).
- XVI- En oftalmología, los Estrógenos se pueden usar en inyectables, en comprimidos y en colirios.
- XVII- La solución de una ampolla de Estrógenos en 10 cc. de agua destilada proporciona un colirio de completa tolerancia.
- XVIII- El estrógeno empleado en estas experiencias es el denominado Ayerogen de la casa Ayerst.

#### B I B L I O G R A F I A

- \*I- B. Carreras. "Las hormonas en Oftalmología" A. Soc. O. H. A., 8: 823 (1953).

Dr. Francisco Infante B.  
Académico

DISCURSO DE POSESION  
COMO MIEMBRO DE NUMERO DE LA  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
**Dr. FERNANDO SERPA FLOREZ**

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina,

Honorables Académicos,

Señoras, Señores:

Quiere la tradición de este Cuerpo ilustre, que a quien se le dicerne el honor de ocupar uno de los cuarenta sillones que forman el total de las posiciones que se asignan a los Miembros de Número de la Academia Nacional de Medicina, pronuncie un discurso en el día en que élla lo recibe. Es por esto que hoy tengo el honor de dirigirme a vosotros, para manifestar mi reconocimiento por el enaltecimiento que recibo, al haber sido escogido para ocupar, —vacío irremplazable— el sillón honrado por el Profesor Jorge Bejarano, cuya memoria de servidor de la salud pública hace parte ya de la historia de Colombia. Y cual si fuera poca la generosidad de mi fortuna, para expresar mi agradecimiento porque sea en la compañía de Jorge García Gómez, cuyos destacados méritos tanto respetamos, que entro a la Academia; y sea mi maestro de la Cátedra de Enfermedades Tropicales, el doctor Luis Patiño Camargo, a cuya vera en el Ministerio de Salud Pública y a lo largo de la existencia, tantas enseñanzas perdurables he recibido, quien a nombre de la Academia dirá las palabras que me inician en esta consagración inmerecida de que soy objeto. Otros ya han hecho el elogio de Jorge Bejarano, ex-presidente de la Academia, fundador del Ministerio de Higiene, cuya palabra diserta hallar un mejoramiento de las condiciones de vida de los colombianos, ya en la cátedra de la Facultad de Medicina, ya en las asambleas y reuniones científicas, ora en la prensa o en los libros. El académico Juan Pablo Llinás, a quien en este día quero expresar mi admiración y afecto, en el homenaje que nuestra Corporación rindió al doctor Bejarano cuando se colocó su retrato en la galería de quienes presidieron la Academia, interpretó en emocionadas frases el pensamiento de ésta. Sea ahora la ocasión de que el discípulo, ante la memoria de su maestro también diga su sentimiento estremecido de alabanza ante el gran ausente.

Al evocar la labor que en el campo de la salud pública realizó el Profesor Jorge Bejarano, ante mí viene la preocupación por el estudio y planteamiento de las implicaciones que el desarrollo económico y social tienen ante la profesión médica.

Para quien, desde el comienzo de su carrera, iniciada cumpliendo el grato deber con la patria de ejercer la medicatura rural en una aldea de Colombia y culminada ahora dictando la cátedra de medicina preventiva y con el ingreso a esta

Academia, después de haber obtenido el título de Master de Salud Pública en la Universidad de Harvard y de pertenecer al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, la observación directa y la percepción de los fenómenos que el desarrollo económico y social ocasionan en la salud y el bienestar de las gentes, constituye tema de preocupación y desafío para procurar hallar soluciones factibles que ayuden al bienestar y a la realización de la vida del hombre, en forma digna y satisfactoria.

Ubicándose en el momento actual de Colombia, encontramos un conjunto de hechos que pueden servirnos de base para establecer las circunstancias que rodean al médico en el ejercicio de su profesión y las múltiples necesidades que requieren su atención para servir, en forma adecuada, a la comunidad.

Desde luego, el conocimiento de tales factores, habrá de mostrarnos las limitaciones que, forzosamente, rodearán el ejercicio de la carrera. Pero, del mismo modo, será un compromiso, un reto, para cumplir los deberes que nuestra singular posición en la sociedad demanda. Y para desplegar nuestra voluntad y poner en juego el acopio de nuestros conocimientos, a fin de lograr el mejoramiento y el progreso de nuestras gentes.

Estamos enfrentados a la realidad de Colombia, que se encuentran en un período de evolución acelerada hacia nuevas formas de vida. Encontramos una situación nueva, en que el individuo no solamente se da cuenta de sus derechos, sino que la comunidad ve incrementar sus aspiraciones con la difusión de los medios de comunicación e información, y recibe, por ende, la presión ubicua de la propaganda, comercial o política, a tiempo que, el austero sentido del cumplimiento del deber parece inactual. Y una crisis de las costumbres y de la estabilidad de las instituciones culturales hace eclosión.

Paradójicamente, debemos comenzar por reconocer que, no es el panorama de la patología, tal como en forma sistemática y ortodoxa estábamos acostumbrados a tener como hecho establecido, lo que más atrae nuestra atención. Ciertamente, las enfermedades infecciosas ocupan lugar descollante como causa principal de morbilidad y de mortalidad entre nosotros. Pero, analizando un poco más, podemos ver que ellas son el reflejo de una situación general, en que el medio ambiente, la educación, la situación económica, juegan papeles decisivos para producir el fenómeno que el médico encuentra, como desenlace de un conjunto de antecedentes, ya sea en su consultorio, ya en la sala del hospital, ya al analizar los cuadros de estadísticas vitales.

El hombre enfermo, el niño doliente, son el último eslabón de una cadena, que antes tiene expresión en la familia. Y que, fatalmente, es el resultado de la conjunción de factores económicos, que van a llevar a la desnutrición; sociales como reflejo de los bajos índices de alfabetismo; culturales y antropológicos, manifestados en el crecimiento demográfico descontrolado; y, en fin, ecológicos y ambientales que no sólo en nuestros climas variados, sino en la vivienda insalubre y en el hacinamiento, tienen expresión cabal y desconcertante.

Para plantear la situación de la salud de los colombianos podemos, claro está, colocarnos en un plano optimista. Y comentar el descenso general de los índices de mortalidad y el paulatino incremento de la expectativa de vida de nuestras gentes.

Decir, por ejemplo, que la mortalidad infantil, que era aproximadamente de 150 por mil en 1954, ha bajado a una cifra probable de 90 por mil en este año. Podemos afirmar, asimismo, que la tasa de mortalidad, que para los años comprendidos entre 1938 a 1944 fue de 27 por mil, ha disminuído constantemente con el paso del tiempo, de manera que en 1964 ya llegaba a 11,4 por mil, para proseguir con tendencia descendente a medida que transcurren los años. Que la expectativa de vida al nacer (el promedio de vida) que en el mismo lapso (1938 a 1944) era de 41 años, ha aumentado hasta llegar a los 55 en el presente. Y que los adelantos de la medicina hacen prever un aumento mayor de la vida para las gentes del futuro.

El ángulo pesimista de observación, nos lo daría la comparación con otros países de mayor desarrollo o con las naciones industrializadas. Y la efervescente prédica y los argumentos negativos de los eternos inconformes y de los demagogos.

Pero, como quiera que, para ser objetivos habremos por fuerza de ser realistas, es preciso que analicemos todos estos conceptos, todas estas cifras como meros hechos relativos, que van a hacerse importantes o comprensibles, interesantes o, aún, trágicos, si los comparamos con el resultado que ellos mismos causan, al provocar fenómenos que no se habían previsto, como el crecimiento excesivo de la población. O si los relacionamos con las peligrosas tensiones que resultan cuando una sociedad agrícola se convierte, de la noche a la mañana, en urbana. O si nos damos cuenta de los ajustes que se requieren para lograr la transformación de la economía rural en una economía que busca industrializarse, sin capital ni técnica suficientes para conseguirlo.

Si analizamos, uno a uno, los factores principales de la problemática nacional, varios son los puntos descollantes que saltan a la vista. Al lado de aspectos positivos, como la existencia de una infra-estructura social basada en varios siglos de cultura europea, el contar con un idioma, una raza en avanzado camino de integración, una religión y una forma de gobierno acatados por la gran mayoría, hechos de importancia cuya trascendencia podemos comprobar si los relacionamos con la realidad existente en otros países, como las naciones emergentes del Africa o como la India, encontramos otras aristas inquietantes, que debemos identificar para encauzar luego en forma razonable de modo que no causen trastornos de trimentales. Encontramos, pues, que hay una base para fundar el progreso e iniciar lo que algunos economistas llaman "el despegue hacia el desarrollo". Existe, evidentemente, un mejoramiento gradual en el nivel de vida. Pero hay, asimismo, factores capaces de interferir este desarrollo y que, fácilmente, pueden identificarse.

Coloquemos, en primer lugar, el de la falta de educación, el de la carencia de instrucción de las gentes. El analfabetismo alcanza en Colombia una cifra aproximada al 38%. Y este sólo índice es de por sí elocuente del estado de atraso en que nos hallamos, pues nos muestra que de cada cien adultos, la tercera parte no sabe leer ni escribir.

En un sitio de similar jerarquía al anterior y que tiene estrechas interrelaciones con él, por los obstáculos que la ignorancia interpone a las medidas que pudieran tomarse para hallar soluciones, está el del crecimiento desorbitado de la población. Es este un fenómeno nuevo que, hasta ahora está tomando las proporciones severas que hace a los sociólogos y a los estadistas meditar en las consecuencias que sobre la especie puede tener, está teniendo, el crecimiento excesivo

de la población, que en Colombia alcanza cifras que nos colocan en primera fila entre las naciones de mayor aumento en el número de habitantes, con una tasa del 3.3% anual, muy superior a la de crecimiento promedio del mundo, que es del 1.8%.

En cada día mayor control del medio ambiente, los avances sanitarios y terapéuticos, han producido el descenso de las tasas de morbilidad. Al presentarse una divergencia entre la curva de natalidad, ascendente o estable y la mortalidad, francamente declinante, se produce un aumento de la población. La tasa de crecimiento de esta, como sabemos, se obtiene restando el índice de mortalidad al de la natalidad. El vertiginoso aumento de nuestra población que en la actualidad se acerca a los veinte millones y que, dentro de un cuarto de siglo se habrá duplicado, podrá hacerse tangible si recordamos que, en 1770 nuestra nación tenía 800.000 almas y que duró cien años para llegar a los 2.400.000 en 1870, y setenta años más para completar los once y medio millones dados por el censo de 1951.

El hecho grave y que, quizá los médicos con más razón que otros grupos de la población comprendemos en su completo significado, es el de que gran parte de esta población se halla inadecuadamente alimentada. La disponibilidad de alimentos con que contamos en Colombia, también es insuficiente, de ahí, que el concepto de superpoblación cabe perfectamente, en la actualidad para nosotros, si aceptamos que ésta se presenta cuando los habitantes de una región dada no pueden subvenir a sus necesidades de alimentación.

Desde luêgo, debemos plantear la necesidad de propender por el desarrollo económico, ceptando desde ahora que los términos "desarrollo económico" y "crecimiento de la población" deben complementarse, en el sentido de que, a un tiempo que se toman medidas para incrementar la riqueza, deberán darse pasos adecuados para controlar el crecimiento excesivo de la población.

El desarrollo económico es un parámetro que nos ayuda a comprender la situación general en que se encuentra colocado el hombre nuestro. La tasa anual del Ingreso Nacional de Colombia, que fue en los últimos años del 4%, nos lleva a la conclusión, restando a éste la tasa del crecimiento demográfico, de que el ingreso "per cápita" tan solo aumenta a la lenta suma del 1% anual, desde luego insuficiente para permitir el ahorro y la capitalización. Compárese este 1% con el 9% que se preconiza como ideal para los países en proceso de desarrollo, y comprendemos el esfuerzo que debe realizar nuestra generación, para lograr un mejoramiento de la situación actual que permita a quienes nos suceden recibir una menos precaria herencia.

Lo inadecuado de la distribución de la riqueza nacional, señalada por el Padre Leuret en su estudio, nos convence de que si el centro de gravedad del país, en el aspecto intelectual está en un sitio muy alto, en relación con la pirámide de la población, en el económico lo está aún más, con todos los peligros que ello representa. Los datos del ilustre sociólogo son de por sí elocuentes: el 4.6% de nuestra población percibe el 40% del ingreso nacional. El 16.4% apenas tiene entradas suficientes. Y el resto percibe ingresos que le permiten solamente un nivel de vida inadecuado.

El incontenible aumento del número de habitantes que cada año hace surgir medio millón de nuevas bocas que alimentar, la distribución por edades de nues-

tra población en que la mitad de nuestros compatriotas es menor de veinte años, el fenómeno del urbanismo, que ha hecho invertir la proporción de los habitantes de las zonas rurales en relación con las urbanas, la creciente desocupación, disfrazada en los campos y rampante en las ciudades por la inmigración desesperada, son incógnitas que se presentan al médico. Para solucionarlas, se halla armado con su fé y con los conocimientos que el estudio de la naturaleza del hombre y los fundamentos del dolor y de la vida le conceden.

La posición del médico en el momento actual, ante la situación económica y social, es una posición de compromiso. Tenemos que comprometernos en la tarea de mejorar el nivel de vida de nuestras gentes, utilizando, desde luego, las herramientas que tenemos en nuestras manos y los dones que la inteligencia y la preparación nos han dado. Pero no solamente para cumplir la labor de curar a los enfermos sino aceptando que este deber ha trascendido a la familia y a la comunidad. Comprendiendo que nuestra misión es una misión, también, de apostolado, de enseñanza.

Ante el desafío del presente, habremos de responder enarbolando la bandera de la esperanza, no dándole la espalda ni, menos aún, abandonando el campo. Hay una bella frase, un magnífico pensamiento que Boris Pasternak pone en labios del doctor Jibago, que me causó profunda impresión y que adquiere resonancia actual: "El reposo no está en nuestras manos... Algunos tratan de irse... Un hombre maduro debe compartir la suerte de su patria. Para mí esto es obvio".

En la lucha por dar una mejor realización a la existencia, el médico debe conciliar dos puntos salientes: el aspecto cuantitativo del número de vidas que se salvan, con el cualitativo de la calidad de vida que se va a disfrutar. Es este último un punto difícil de medir, puesto que para lograrlo habría que emplear unidades espirituales, de diferente valoración según los individuos. Con sólo plantear el tema nos hallamos ante una de las más angustiosas incógnitas que se presentan al médico, para cuya solución hemos de acudir a los principios básicos de la civilización, a los fundamentos éticos que nos legó, en forma prodigiosa, Grecia y con su hálito divino, impartió el cristianismo al mundo occidental.

Al médico se le exige la colaboración en el esfuerzo para el desarrollo puesto que, con el maestro, ha de ser el principal trabajador en esta empresa. Conociendo los factores relacionados con la economía y la situación social de nuestra nación, sabiendo cuáles nos los hechos demográficos, cuáles las cifras relativas a la riqueza, cuáles las circunstancias reales de nuestro país. Compenetrado, antes que todo de cuánto nos falta, de las inquietudes y necesidades del hombre colombiano, deberá proseguir la ardua labor en pro de la salud que iniciaron los maestros de nuestros maestros y que habrán de proseguir quienes nos sucedan.

Señores Académicos:

Permitidme que al ingresar hoy como Miembro de Número de esta Academia, evoque la memoria de mi padre, médico también, profesor emérito de la cátedra de ginecología de la Universidad Nacional y compañero vuestro en esta Academia, cuyo ejemplo de compasión y de piedad ante el hermano doliente he procurado seguir en el ejercicio de nuestra profesión. Sea él testigo desde la eternidad, de que procuraré cumplir, con toda mi voluntad y con todas las luces de mi inteligencia, los deberes inherentes al cargo de que hoy se me toma juramento.

**FERNANDO SERPA FLOREZ**

Académico

## DISCURSO EN CONTESTACION AL ANTERIOR

**Dr. LUIS PATIÑO CAMARGO**

ACADEMICO

Que sean mis primeras palabras, doctor Fernando Serpa Flórez al daros la bienvenida en nombre de la Academia e invitaros a ocupar el sillón de numerario, de homenaje y de recuerdo para vuestros padres ilustres: el académico Roberto Serpa, sanitarista y recién campeón en la batalla ganada a la fiebre amarilla y la suave y bella poetisa doña Paz Flórez de perdurables armonías. Y de homenaje para vuestra esposa gentilísima que ha hecho de vuestro hogar un remanso de ventura.

Vais a ocupar el sitio de Jorge Bejarano, aquél varón eximio de vida fulgurante quien encarnó la definición de humanista, porque nada de lo humano le fue desconocido: clínico, escritor de numerosas obras, periodista, diplomático, legislador, hombre de gobierno. Gravada está en la conciencia pública su increíble hazaña de erradicar el milenarismo vicio de la chicha.

Grande entre los próceres de la Organización Mundial de la Salud, única obra humana que ha logrado borrar fronteras y unir a los pueblos en la lucha contra la miseria la enfermedad y la muerte.

Al sanitarista aficionado de la historia le vienen a la mente sombras venerandas de esta Academia y el recuerdo de la génesis y evolución de la higiene en Colombia: las disposiciones del hombre de las leyes General Santander en los albores de la República; las medidas acertadas de los estados soberanos en la Federación; la creación en 1886 por esfuerzos del académico don Nicolás Osorio y Ricaurte de la Junta Central de Higiene formada por Michelsen, Osorio, Posada, Castañeda y Durán, todos de nuestra institución. Luchando con tremendos obstáculos la Junta echó las bases de la legislación sanitaria. Eran días de epidemia: fiebre amarilla, viruela, difteria, tifoidea, tifo exantemático. El médico que llena esa época, Osorio, cayó abatido por la fiebre amarilla.

El doctor Pablo García Medina secretario perpetuo de la Academia, representa el período de la Dirección y el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, precursores del actual Ministerio. La legislación de Salud Pública, es el resumen de su vida. Cuando en 1920 la presentó en Montevideo a la Conferencia Sanitaria Panamericana, los delegados del Hemisferio en pleno, recomendaron a los países de la América tal legislación y aclamaron al doctor García Medina director honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana, título que ostentó hasta su muerte.

Fernando Serpa ha sido de esta casa desde sus tiempos estudiantiles, como relator. Con una trascendental comunicación sobre la campaña de inmunización con vacuna oral trivalente contra poliomielitis en Bogotá fue aceptado como miembro correspondiente. Sus intervenciones son valiosas. No hace mucho, por su iniciativa, celebró la Academia un simposio con invitados especializados sobre planeamiento familiar y paternidad responsable cuyo relato final fue el siguiente: "La Academia

Nacional de Medicina justamente preocupada por las implicaciones sociales y económicas del acelerado crecimiento demográfico de Colombia, considera que es responsabilidad estatal adoptar las medidas necesarias para garantizar a cada familia la libertad para decidir sobre el tamaño de ésta, dentro de los principios de la paternidad responsable”.

“La libertad anhelada para decidir sobre el número de hijos supone equidad en la distribución de la información que debe ser necesariamente oportuna, objetiva, suficiente y eficiente, y también equidad en la distribución de los servicios, cuya condición esencial es la de que estos sean accesibles”.

“Asimismo la Academia Nacional de Medicina considera que no hay grupo humano, ni doctrina política o religión que no acepte en principio la conveniencia de una regulación de la natalidad”.

Pero yo quiero ser más claro y enfático: porque este vertiginoso aumento humano que en Colombia llega a la escandalosa cifra del 3½ por ciento; ésta irresponsable procreación desmesurada, es el problema más grave que haya tenido la especie hombre a lo largo de su evolución. Por eso la angustia que se palpa en el mundo entero ante el vital interrogante. Porque no hay escapatoria. Es un dilema: o el hombre deja de comportarse meramente como ente biológico y resuelve proceder como homo sapiens, o la especie, por sus pasos contados inexorablemente corre hacia su destrucción.

El discurso que acabamos de oír sobre la profesión médica ante el desarrollo económico y social es índice de la fina y sólida cultura del académico Serpa. Cuando el maestro López de Mesa experto conocedor de piedras preciosas, fundó el Colegio Máximo de las Academias, uno de los escogidos por él para el curso de cultura popular por radio fue Fernando Serpa. Y desde 1962 viene cumpliendo la patriótica labor, con un grupo de ilustres colombianos, de difundir al país comprimidos quinta-esenciados de humanismo y de ciencias. Serpa a lo largo de su vida ha hecho realidad las palabras de Ignacio Chávez con las cuales cerró su aureo discurso sobre humanismo médico en sesión memorable el Presidente de la Academia Antioqueña: “En un médico no existe peor mutilación espiritual que la ausencia de cultura humanista. Sin esta se podrá ser un gran técnico en la profesión y un sabio en la ciencia, pero para el resto de las gentes no será sino un bárbaro privado de todo aquello que dá la comprensión humana y determina los valores del mundo moral. Humanismo quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias; apreciación de lo que es bueno, bello y justo en la vida; determinación de las normas que rigen nuestro mundo interior; deseo de una perfección que nos impele armonizar la vida del pensamiento”.

Que se eleve cada día el nivel de la educación médica en Colombia; que se intensifiquen estudios y esfuerzos en los sistemas educativos para obtener profesionales adecuados al medio social colombiano; que los discípulos sean mejores que sus maestros: es la plegaria de este viejo profesor en la hora crepuscular de su ciclo vital .

Por eso miro con honda simpatía la labor preclara que están cumpliendo para bien de Colombia las facultades médicas, felizmente asociadas, con sus programas actualizados de estudios coordinados, dúctiles y adaptables cual corresponden

a organismos vivientes. Y por sobre todo quiero proclamar mi admiración y aplauso para la floreciente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina por la ordenación y encausamiento sistematizado en el plan universitario de los estudios humanísticos, de ciencias sociales, y de ciencias exactas, fisicoquímicas y naturales, bases y fundamentos del verdadero profesional.

Y es que, Señores, la medicina no es la triada de que se burló Moliere con ironía: urticante:

Clytesium donare  
Postea seignare  
Ensuita purgare.

No Señores: la medicina es cosa grande y ecuménica. Lo dijo la sabia antigüedad clásica: "Conviene asociar la filosofía a la medicina y la medicina a la filosofía porque el médico filósofo es semejante a los dioses".

Doctor Fernando Serpa: ocupad vuestro sillón de académico de número que habeis conquistado por vuestros méritos. Honradlo como lo hicieron vuestros predecesores. Y la Patria enaltecerá vuestro nombre.

Bogotá, D. E. abril de 1967

**LUIS PATIÑO CAMARGO**  
Académico

## DISCURSO PRONUNCIADO POR EL ACADEMICO

**Dr. JORGE GARCIA GOMEZ**

### EL 11 DE MAYO DE 1967. CON MOTIVO DE SU TOMA DE POSESION COMO MIEMBRO DE NUMERO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Señores Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Honorables Académicos, Distinguidos Colegas, Señoras y Señores:

Recibo hoy de las manos ilustres del Profesor Gonzalo Esguerra Gómez, el Diploma que me acredita como Miembro de Número de ésta benemérita Corporación de la que hace gala la República y para la cual inmerecidamente me han distinguido tan ilustres Académicos. El honor que se me ha concedido es doblemente significativo y honroso, dada la altísima posición científica y ética de la Academia y la prestante categoría del sillón que he de ocupar, aprestigiado siempre por médicos que son y han sido faros brillantes en el panorama científico, valores morales de primer orden, servidores insomnes y permanentes de la comunidad y honra y prez de la patria. Al llegar a este recinto se experimenta la emoción de sus glorias y vienen a mí mente una a una, las figuras que forjaron la medicina nacional, los maestros fundadores de nuestras Instituciones científicas y los nombres que con su ciencia y su virtud constituyen un patrimonio nacional invaluable. Me inclino con profunda admiración ante los preclaros varones que en el pasado, y vosotros en el presente, Señores Académicos, han dedicado sus vidas fecundas a enseñar la medicina, a curar nuestros enfermos y a dar mejor bienestar al pueblo de Colombia. Esta es, por ello, un santuario de recuerdos históricos, una Institución noble y de permanente servicio y además la rectora indiscutible del pensamiento médico y el órgano consultivo del Estado. Rindo homenaje fervoroso a la generación heroica que fundó nuestra medicina que modeló nuestra nacionalidad y que orientó nuestra actividad social.

Por deferencia inmerecida me corresponde suceder al Profesor Edmundo Rico. Compromiso difícil el de suceder a uno de nuestros más eminentes científicos, cuya vida constituyó un capítulo histórico de la psiquiatría colombiana. El Profesor Rico, quien hace apenas un año nos abandonara en pleno vigor intelectual, ha dejado aquí la estela luminosa de su inteligencia. Su recuerdo estará siempre presente en esta casa, y en nuestro corazón, con todos los perfiles de su elevada personalidad. Más que un médico y clínico eminente, mas que un psiquiatra de eximias cualidades y de gran preparación, y más que un escritor y periodista de impecable prosa, fue un artista de acendrada pasión espiritual y de voluntad incontrastable. Siempre hemos estado convencido de que él fue una de las más altas figuras intelectuales de la psiquiatría, y no es fácil que surja un científico o un pensador de su categoría. Esa fuerza avasalladora de su inteligencia y ese profundo bagaje intelectual lo hicieron brillar en la medicina, en la política, en la literatura y en el periodismo. Su trayectoria científica, su brillante carrera médica, y el recuerdo de sus magistrales intervenciones en este recinto, serán para mí, estímulo permanente en la posición que

hoy comparto con vosotros. No estoy autorizado para hacer el análisis de una obra tan importante y hoy, mis palabras son el homenaje al maestro por el cual siempre sentí la más profunda admiración.

Verdadera emoción llena mi espíritu y es para mi altísimo honor el que haga mi presentación y el recuento de mi carrera médica el eminente Académico, Profesor Francisco Vernaza, pionero de nuestra especialidad, ilustre Otolaringólogo y Otorrinolaringólogo de quien para fortuna mía, recibí las primeras enseñanzas cuando dirigía la Cátedra de la Facultad Nacional de Medicina en el Hospital de San Juan de Dios. Esas magistrales conferencias que él pronunciaba sobre problemas tan complejos como la sordera, los síndromes vertiginosos, la patología faríngea y nasosinusal, y el cáncer de la laringe, me dejaron tantas enseñanzas que despertaron mi interés por la otorrinolaringología y abrieron mis ojos ante sus ilimitados horizontes. Ellas me señalaron este camino que por 20 años he recorrido hasta llegar a esta posición que recibo como el mejor galardón a mis esfuerzos. Muchas gracias, mi querido maestro por su estímulo permanente, su consejo y dirección.

Mi inclinación desde hace varios años por los problemas de la audición, me ha estimulado para aprovechar éste momento tan solemne y significativo, con el objeto de disertar y hacer un ensayo biográfico sobre uno de los grandes genios de todos los tiempos y por el cual los otólogos hemos sentido siempre especial admiración. He escogido para este trabajo hacer unas consideraciones sobre la sordera de Ludwig Van Beethoven, quien desde muy joven perdió su audición y que superó su invalidez con una obra artística impresionante para el mundo y que no ha podido ser superada. El tiempo limitado me impide extenderme en detalles sobre el tema y solo lo analizaremos desde el punto de vista auditivo.

La historia tiene el recuento de pacientes sordos ilustres como Goya, prodigioso genio de la pintura española, Juan Jacobo Rousseau Ronsard, para citar solo algunos. Pero entre todos ellos se destaca este luminoso genio musical. Yo quiero con este ensayo hacer un análisis de su patología óptica y neurológica y explicar ante tan ilustres oyentes cómo fue posible que él compusiera tan brillantes obras a pesar de su pérdida auditiva. Su historia clínica ha sido estudiada por internistas y psiquiatras y poco se ha escrito sobre su patología óptica y que hoy podemos entender mejor a la luz de los conocimientos de la fisiología audiológica y de los progresos en el tratamiento quirúrgico de la sordera. Nuestra hipótesis de diagnóstico etiológico está basada en el análisis de su biografía, de sus cartas, de su obra y de su historia clínica. Un hecho indiscutible es el que la determinación exacta del tipo de sordera que presentó Beethoven sola sería posible con un examen histo-patológico del hueso temporal. Lamentablemente la descripción que existe de su autopsia es pobre en relación con las lesiones del oído medio. Personalmente en Viena acometimos una investigación relacionada con la autopsia y consultamos los archivos para conocer la descripción original de Wagner. Pudimos constatar con estas consultas que sus restos inhumados el 27 de marzo de 1827 fueron trasladados al Central Friedhof junto con los restos mortales de Schubert el 22 de junio de 1898.

El 13 de octubre de 1863 a petición de la dirección de Los Amigos de la Música de Viena sus restos fueron examinados en presencia de varias personas y se constató que faltaban ambos huesos temporales, confirmándose así que el doctor John Wagner en la autopsia había removido parte del cráneo del maestro. El acta de la necropsia original es insuficiente para concluir sobre ella y definir un diagnóstico etiológico. Dice así: "El conducto auditivo externo estaba engrosado y recubierto con escamas brillantes. La Trompa de Eustaquio presentaba edema de la mucosa y retracción de la prócion ósea. Las células mastoideas presentaban la mucosa vascu-

larizada y el Yunque parecía cubierto por red sanguínea a nivel del caracol cuya lámina espiral estaba enrojecida. Los nervios auditivos adelgazados, desprovistos de sustancia medular y con esclerosis vascular. El nervio izquierdo más delgado, emergía por tres ramas grisáceas finas, mientras el derecho estaba formado por un cordón fuerte y brillante”.

Al analizar ésta descripción no es posible concluir sobre la patología de la cavidad timpánica o del Estribo que son para nosotros los elementos de mayor interés. Los cambios encontrados corresponden a lesiones post-mortem. Lamentablemente los huesos temporales de Beethoven ya no existen para hacer un estudio microscópico y definir la causa de su sordera, ésto solo posible a través de un análisis de su vida y de su historia clínica. Es en este sentido en el que nosotros enfocamos este estudio para definir sobre la posible etiología de su enfermedad. Con la venia de vosotros haré un breve recuento biográfico.

Nació en Bonn en el año de 1770 y murió a los 52 años en Viena, en donde había vivido desde los 20 años. Su niñez fue triste y penosa en medio de angustia y grandes sufrimientos, soportando los malos tratos de su padre alcohólico. Su madre, quien soportó también este mismo ambiente murió en una hemoptisis tuberculosa en 1787.

Su infancia fue pobre sometida a los castigos de su padre quien durante largas horas lo hacía trabajar ante un pequeño clavicenbalo. Lo despertaba en las horas de la noche después de sus largas orgías, y lo obligaba a recibir sus clases y las de su amigo Pfaiffer quien era también un bohemio. Su vida fue desde entonces un calvario y podemos decir que solo terminó el día de su muerte. Solo hasta los 17 años empieza a recibir la tutela y la enseñanza de mejores maestros. Estas disciplinas y este ambiente lo indujeron a dedicarse exclusivamente a la música. Su sólida formación y profunda memoria auditiva hicieron posible sus composiciones tan magistrales en los años de sordera total. A los 21 años se traslada a Viena, el centro de la música y la cultura de ese tiempo. Allí empezó a liberarse, y a desarrollar su personalidad y su gran habilidad como pianista. Ese genio innato como compositor hizo posible su aceptación en los más altos círculos sociales y alternar la amistad con las más sobresalientes figuras de la época.

Cuando su vida se presentaba más halagüeña y empezaba a recoger los frutos de 26 años de disciplina y sufrimientos recibió el impacto de las primeras manifestaciones de sordera. En julio de 1798 escribe a su amigo Armenda ésta carta que refiere sus síntomas. “Mi audición en los últimos dos años es cada día más pobre; los ruidos en los oídos se hacen permanentes y ya en el teatro tengo que colocarme muy cerca de la orquesta para entender el autor. Si estoy retirado no oigo los tonos altos de los instrumentos. A veces puedo entender los tonos graves de la conversación pero no entiendo las palabras. Mis oídos son un muro a través del cual no puedo entablar ninguna conversación con los hombres”. En la otología moderna podemos considerar estos síntomas como los de una otoesclerosis laberíntica progresiva con fijación del Estribo y pérdida de la discriminación al lenguaje. Ya en estos años él se ayudaba amplificando su audición con el uso de las trompetas acústicas rudimentarias de la época ya que las prótesis auditivas eléctricas no existían.

En la historia clínica se revelan algunas enfermedades intercurrentes. En su niñez presentó viruela, que dejara cicatrices faciales permanentes. Principió a tener ataques asmáticos a los 16 años con resfriados frecuentes que se acompañaban de cefáleas. No hay antecedentes de otitis supuradas que hubieran lesionado la cadena osicular, en contra de lo que se ha pensado de que su sordera fue debida a otomastoiditis. Existe la posibilidad de que hubiera adquirido la sífilis entre los 45 a 48 años y esta puede ser la causa de la lesión secundaria del nervio auditivo que sumada a

la otosclerosis y a la toxicosis por arcénico y bismuto hubiera podido producir la sordera total.

Los zumbidos de oído y la hipoacusia se acentuaron entre los 30 y los 40 años; y en los últimos 8 de su vida la sordera fue total viéndose obligado a usar su libro de notas para la comunicación. Las trompetas acústicas no le daban ningún resultado, percibía algunas frecuencias por conducción ósea a través de sus miembros y con la ayuda de una varilla de madera tomada entre sus dientes y que colocaba sobre la tapa del piano para captar los cambios de vibración. Esta maniobra, es prueba evidente de que Beethoven tenía restos de conducción ósea, síntomas claros de una sordera del oído medio que posteriormente lesionó el nervio auditivo. Por esa misma época los ruidos desaparecieron. Los pacientes sordos descansan cuando desaparecen los ruidos aunque pierdan su audición y el ambiente ruidoso enmascara los acúfenos, lo cual explica el alivio que el maestro sentía cuando se sentaba al piano. En cambio, los pacientes con sorderas del nervio auditivo no toleran el ambiente ruidoso y presentan hiperacusia. La causa definitiva de su muerte parece haber sido una cirrosis hepática.

Lo que más nos sorprende por insólito y contradictorio, es que a medida que su sordera progresaba su obra engrandecía. Leía sus composiciones como un libro sin servirse de su audición por asociación inmediata entre la imagen musical y la auditiva. Conocía el afecto que producían las notas musicales y sin ningún intermediario material analizaba las cualidades, efectos y sonidos de la pieza sinfónica. Su guía era un lenguaje musical interior y escribía y coordinaba sus pensamientos melódicos por asociaciones senso-psíquicas. Su sordera lo aisla de amigos y admiradores porque le era penoso que su invalidez se hiciera aparente. Consulta a los mejores otólogos de la época sin ningún resultado. Esa frustración lo lleva al intento del suicidio. Era la época en que el sordo abandonaba los consultorios sin encontrar el menor alivio y ni siquiera la esperanza de una prótesis auditiva ni de las intervenciones quirúrgicas con que hoy la moderna audiocirugía los ha favorecido. Así, el maestro, fue perdiendo las esperanzas de recuperar su audición y se vuelve melancólico y extraño adquiriendo la personalidad de un neurótico auditivo.

Era tipológicamente un pícnico; pequeño, ancho de hombros, cuello corto y cabeza grande. Tenía además la nariz achatada, tez morena y dedos gruesos. A pesar de este aspecto físico tuvo grandes admiradoras que formaban parte de la nobleza y que solo fueron sublimes en la amistad. Su sordera lo obligó amarlas en silencio. Su amor hacia ellas lo reflejó en su música. A Julieta le dedicó Claro de Luna, a Teresa su amada inmortal la Cuarta Sinfonía y la Apasionada que es un canto de pena y renunciación por desencanto.

Que sorprendente éste paciente que viviendo en gran pobreza y soledad, aislado del mundo y amargada su existencia por la sordera, pudiese componer obras tan maravillosas y de un profundo sentido romántico como la Novena Sinfonía, su última obra magistral, la más grandiosa y que revela a su vez el estado melancólico y romántico de su alma. Y se supera dejando una obra de tanta fecundidad: nueve sinfonías, una ópera, gran cantidad de música de cámara, conciertos, obras corales y treinta y dos sonatas para piano y violín.

Su vida sentimental es un misterio indecifrible. Para él el amor no era voz ni palabra sino una melodía, por eso su confidente de todas las horas fue el piano y a él le confió sus penas y sus alegrías. También fue su terapéutica.

La revisión de esta historia clínica nos lleva a la conclusión de que la enfermedad de Beethoven fue una sordera del mecanismo de conducción por otosclerosis con fijación del Estribo y que se inició a los 24 años de edad y se hizo progresiva

hasta llegar a la fijación total cuando él tenía 35 años. Posteriormente aparecen lesiones otoescleróticas en el oído interno y muy posiblemente la sífilis y las drogas ototóxicas lesionaron el órgano de Corti que lo llevaron a la sordera total en los últimos 8 años de su vida. El hecho de que hubiera compuesto obras tan magistrales en los años de sordera total se explica en una gran personalidad y el haber sido un genio de profunda formación musical y memoria auditiva. Los padecimientos de su infancia y su atormentada enfermedad engendraron esa deslumbrante personalidad que hizo posible obra tan grandiosa. Si hubiera vivido en nuestros tiempos su tratamiento hubiera sido quirúrgico por medio de la Estapedectomía o extracción del Estríbo reemplazándolo con una prótesis para restablecer el mecanismo de conducción del sonido. En toda forma fue un genio que supo superar su invalidez con una infinita capacidad para sufrir. Y al citar este ejemplo no demos decir que la invalidez física puede ser superada. La única invalidez real es la del espíritu.

Es para mí positivamente grato el que en esta solemne ceremonia sea Fernando Serpa Flórez quien comparte conmigo el inmenso honor de llegar a la posición de Miembro de Número de la máxima Corporación Médica Colombiana. La entrañable amistad que unió a nuestros progenitores, plasmada en las emociones frases que el ilustre Académico Profesor Roberto Serpa, pronunciara en el cementerio de Bucaramanga para despedir a mi padre, es de los mismos quilates de la que me liga a Fernando, Alejandro y Roberto; son ellos dignos sucesores de quien fuera magnífico exponente de la medicina colombiana, pues con su inteligencia, su distinción y su elevada formación científica enaltecen los valores de nuestra raza ya que integran ellos una verdadera casta médica de la intelectualidad santandereana.

Señor Presidente y Señores Académicos: para terminar quiero expresar mi gratitud a la Casa donde he recorrido ya cuatro lustros de mi vida médica en la otorrinolaringología. En el año de 1947 tuve la suerte de vincularme al Hospital de San José y a la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Nuestra labor no hubiera sido posible sin la permanente colaboración y enseñanza del personal científico de ese centro hospitalario. Los miembros de la Sociedad de Cirugía han sido mis maestros y un estímulo permanente en la lucha; mi deuda para todos es incancelable y el haberme formado en una de las instituciones que enorgullecen la medicina colombiana, lo considero como un título de gran valor. Entre mis maestros quiero mencionar en forma especial al Profesor Jorge Suárez Hoyos, jefe del departamento de Oídos, Nariz y Garganta del Hospital, eminente otorrinolaringólogo y quien hizo posible, bajo su acertada dirección, todas nuestras realizaciones. Reitero mi profundo agradecimiento al Profesor Vernaza. Para mí será un señalado honor ocupar una curul en esta magna Corporación al lado del maestro. El título de Académico de Número lo considero como el mejor de mi vida médica y lo dedico con emoción a la memoria de mis padres, a Isabel mi esposa y compañera de todas mis horas y a mis hijos.

Reemplazar al Profesor Edmundo Rico será siempre difícil compromiso pero aspiro a que con voluntad de superación anhelo de cooperar y a mi entusiasmo por la medicina, pueda yo compensar mis limitaciones ante esta responsabilidad.

MUCHAS GRACIAS.

**\* DR. JORGE GARCIA GOMEZ**  
Académico

Bogotá, mayo 11 de 1967

DISCURSO DEL ACADEMICO  
**FRANCISCO VERNAZA,**

EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EL 11 DE  
MAYO DE 1967. PARA PRESENTAR AL DR.

**JORGE GARCIA GOMEZ,**

COMO MIEMBRO DE NUMERO DE LA CORPORACION, AL  
OCUPAR EL SILLON DEL ACADEMICO

**Dr. EDMUNDO RICO,**  
LAMENTABLEMENTE DESAPARECIDO.

**Francisco Vernaza**

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Señores Académicos, Señoras, Señores:

Ha sido un acierto de la Academia, designar el Salón de Sesiones, "Salón Edmundo Rico". Fue Rico un elemento de grande animación de la Academia movido y activo elemento de ella, en ocasiones poco cómodo contendor, pero siempre lleno de vida, pintoresco y ocurrente, y sin miedo alguno en sus actuaciones. Muchas veces sin saberse, si hablaba en serio ó en broma, como en aquella ocasión, en que un aspirante, presentó un Curriculum tan lleno de follaje, que dijo que el Curriculum era incompleto, porque no señalaba la fecha del nacimiento, y la de la Primera Comunión. A mi me tocó tenerlo en campo opuesto, en algunas memorables Sesiones, y se me volvió tan incómodo, que para cortar un diálogo, que no era amable, saqué mi pañuelo y lo agité como bandera blanca. A partir de ese día nuestras relaciones volvieron a ser las de antes obsequiándole yo, con un libro de edición restringida, numerada. Correspondiéndome él, con un agradable almuerzo en el Jockey Club de Bogotá, que era como su segundo hogar, porque en su gallardía no cabía eterno rencor. De Rico se puede decir que él fue la Academia durante muchos años, y hoy los que lo oímos, y los que lo vivimos, con nostalgia guardamos su recuerdo.

El doctor Jorge García Gómez, entra esta noche, a ocupar el sillón del Dr. Edmundo Rico. Es apenas natural que sea yo quien lo presente, por razones que todos conoceis. El nuevo Académico viene en un aporte de juventud y de prestancia científica, rara en un individuo que apenas llega a los 40 años. En esa fragmentación y pulverización de nuestras especialidades, él tiene un puesto de punta de lanza, porque con muy buenas bases de Medicina General y habiendo sido un otorrinolaringólogo que consumado, no se contentó con serlo únicamente, sino que es otólogo, puro.

e ilustre y hoy un especialista de la otología en esa admirable cirugía para el oído sucio, para el restablecimiento de la membrana timpánica y de la Cadena Osicular. En toda esa cirugía microscópica para restaurar el mecanismo de la audición y para el tratamiento quirúrgico de las Laberintitis y de los estados vertiginosos. Admirable y pasmosa cirugía que los atrae tanto, que para mí, sola tiene el defecto, que se los roba para el resto de la otorrinolaringología.

A fines del siglo pasado, era el médico general, de familia, quien atendía todo. En mi recuerdo el caso del Dr. Manuel Narciso Lobo, fundador de la Clínica de Organos de los Sentidos (Oftalmología y Otorrinolaringología) del Hospital de San Juan de Dios, de la Facultad Nacional de Medicina, a principios de este siglo hasta el año de 1910, en que por graves motivos de salud, tuvo que retirarse y ser sustituido por el Dr. Celso Jiménez López, Oftalmólogo y Otorrinolaringólogo, de formación francesa, acabado de llegar, segundo Profesor de la materia. A ambos les coloqué un retrato a la entrada del Salón de Clases, cuando los sucedí, como el tercer Profesor de Organos de los Sentidos de la Facultad Nacional de Medicina en 1934, en donde permanecí, hasta 1948, que partí nuevamente para Europa, como Consejero Cultural de la Embajada de Colombia en París. A propósito qué se hicieron estos retratos que debieran estar aún colocados?

El caso del Dr. Lobo fue muy curioso, pues fue un magnífico Médico General. A mí, siendo muy niño, me diagnosticó y trató con éxito una difteria, años más tarde me redujo una fractura de mi brazo izquierdo. Era un acertado partero. Operaba admirablemente la operación clásica de la catarata. Siendo un Otorrinolaringólogo muy restringido en su formación, le cupo iniciar el tratamiento médico y quirúrgico de Nariz, Garganta y Oídos.

El Dr. Celso Jiménez López, llegó de Francia en 1910 con una bastante buena formación en Oftalmología y una muy rudimentaria formación en Otorrinolaringología. Anginas y abscesos amigdalianos, otitis medias, mastoiditis maduras, senos maxilares puros, que era angustioso verlo operar por lo complejos que los volvía. El etmoides era inexplorado, por consiguiente la cirugía del seno frontal era catastrófica, desde el momento que el etmoides era ignorado y no tratado.

Años más tarde en San Juan de Dios, inició la Endoscopia, con un inadecuado aparato de Brunswick, de alumbrado distal. Recuerdo yo, siendo Jefe de Clínica del Servicio, en 1930, a mi llegada de Europa, que hubo durante varios meses un enfermo, con un fragmento de puente dentario, incrustado en el bronquio izquierdo, que nunca se pudo extraer, y un niño con una moneda trancada en el esófago, a la altura de la base del cuello, que por una esofagotomía, hubo de extraer el Dr. Pompilio Martínez en La Misericordia, pero con muerte del enfermito.

Después del Dr. Jiménez López, en 1911 llegaron también de Francia, con una formación semejante, el Dr. Manuel Antonio Cuéllar Durán, que ejerció por 54 años, en forma apostólica la Especialidad, y el Dr. Arturo Arboleda, que ejerció también por cerca de 40 años.

El primero en llegar, entre los años de 1935 y 1940, con una formación de otorrinolaringólogo puro, fue el Dr. José Rafael Meoz, con operaciones completas de las amígdalas, buenos tabiques nasales, algo de etmoides, por consiguiente mejores

senos maxilares, frontales excelentes vaciamentos petro mastoidianos, bien entendido por la vía antral. Igual cosa pasó con el Dr. Carlos Cleves Vargas, padre del actual otorrinolaringólogo, Dr. Carlos Cleves Cucalón, mi ilustre discípulo. El Dr. Cleves Vargas también fue Oftalmólogo. Años más tarde, inició bajo mi dirección en San Juan de Dios, con un buen equipo de Chevalier Jackson, de aluminado distal, una Endoscopia avanzada que había de poner a punto el Dr. Jorge Suárez Hoyos.

Cabe también recordar a Arcadio Forero, más dedicado a la Oftalmología que a la Otorrinolaringología, hacia unos eternos vaciamentos petro mastoidianos, muy lentos, como toda su cirugía, bien entendido por la vía Antral. Posteriormente, siendo yo Profesor, entusiasmé al Jefe de Clínica de entonces Dr. Carlos Cleves Cucalón, para que se preparara en la vía del conducto adutivo, para la cirugía del oído. Verdadera revolución, que había de permitir toda esta otología quirúrgica actual, del oído supurado, de la restauración de la audición por cirugía, y de la cirugía del vertigo, que estamos viviendo actualmente y en la que el Dr. Jorge García Gómez ha sido un pionero y que practica tan magistralmente.

Entre los años 20 y 30, me cupo el honor de seguir al Profesor Moure de Bordeaux, y ser su discípulo, y después del Profesor Portmann, también de Bordeaux, que luego con el hijo había de ser, la cepa de una raza de otólogos. Quiero traer el recuerdo del mérito que tuvo el Profesor Moure, en su iniciación de los que llamaban la cirugía del laberinto, que sin los antibióticos y las grandes comodidades actuales, de perfectos equipos, y el microscopio, fue catastrófica. Con cuanto dolor y coraje, este experimentador suprimió esta cirugía que lo apasionaba.

El Dr. Jorge García Gómez, viene de ilustres apellidos, de gentes venidas de España, por el lado paterno y materno, que luego se radicaron en Santander. Con ocasión de la colocación del retrato de su padre, don Félix Francisco García, en la Casa de la Cultura del Socorro, el pueblo de Santander rindió su homenaje y el conocido intelectual Dr. Carlos Arturo Díaz, pronunció un emocionado discurso, que es una apología de los antepasados del Dr. García, fundadores de pueblos, industrias y negocios en Santander. El padre del Dr. García Gómez, muere sin llegar a los 40 años encargado de la Gobernación de Santander.

Ilustre también su apellido por el lado materno ya que los Gómez Plata también orgullo de su raza han ocupado desde la época de nuestra independencia destacada posición en la vida nacional.

Al nombrar al Dr. Jorge García Gómez, sería injusta deficiencia no nombrar al oftalmólogo, su hermano, que en el campo de la oftalmología ha sido de tanta eminencia. Es el Dr. Hernando García Gómez un científico de grandes quilates, de formación europea, que debiera proponer su nombre para nuestra Academia, en donde seguramente sería bien recibido para miembro correspondiente, con aspiración a un sillón del Miembro de Número posteriormente.

El Dr. Jorge García Gómez se gradúa de Médico Cirujano, en nuestra Facultad de Medicina Nacional el 17 de diciembre de 1948. Por consiguiente, fue discípulo mío en Oftalmología y en Otorrinolaringología.

En esos mismos años fue interno y residente de Otorrinolaringología en el Hospital de San José de Bogotá.

Gana una beca de la Fundación Kellog, para estudio de post-graduado en la Universidad de Illinois en 1949, bajo la dirección de los Profesores Francis L. Lederle

y Paul H. Hollinger. A su regreso es nombrado Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y Jefe del Departamento de Otología del Hospital San José de Bogotá.

En 1954 y 1955 regresa nuevamente a los Estados Unidos al ganar por concurso la beca de la Universidad de Northwestern para estudios de Cirugía de la Fenestración bajo la dirección del eminente otólogo George Shambaugh.

Sigue luego una importante lista de actividades y puestos ocupados de 1954 a 1965 en Colombia y en diferentes Universidades Americanas.

La enumeración de los congresos y certámenes científicos a los que ha asistido, en Colombia y en diferentes partes del mundo es verdaderamente impresionante:

En 1950 en Chicago a la Academia Americana de Otorrinolaringología.

En 1951, Congreso de Otología, del Medio Oeste en Mineapolis.

1954, Congreso Panamericano de O. R. L. y Broncoesofagología en México, con importante trabajo sobre Endoscopia Oral en Bogotá.

1954, Reunión de la Sociedad de O. R. L. de Chicago con un trabajo sobre The Size of the Fenestra and Hearing Results.

1957, asiste al Congreso Internacional de la Especialidad en Washington como delegado de la Sociedad Colombiana de O. R. L.

1958, Congreso de Audiocirugía en Madrid. "Estado Actual de la Audiocirugía en Colombia".

1959, Congreso Venezolano de O. R. L. en Maracaibo. "Técnica de la Timpanoplastia y Cirugía de la Otoesclerosis".

1960, Congreso Panamericano y Latino Americano en Miami.

1961, Congreso Nacional de Cirugía de Quito, Ecuador. "Nuestra Experiencia en Cirugía Reparadora del Oído Medio".

1961, VII Congreso Internacional de O. R. L. en París.

1961, Simposium Internacional de Otología en Madrid. "Anomalías Congénitas del Oído Medio".

1962, Congreso Panamericano de O. R. L. en Caracas.

1964, Congreso Panamericano de Bogotá "Secuelas Post-otíticas y su Tratamiento".

1965, Congreso Internacional de Audiología Kyoto, Japón.

1965, I Congreso de O. R. L. Tokio - Japón. "Nuestra Experiencia en Mirinoplastia, 1.200 casos".

1966, Congreso Internacional de Audiología. México.

1966, Congreso Latino Americano de O. R. L. México. "Causas de Fracaso en Timpanoplastia".

1966, Congreso Panamericano de O. R. L. México. "Tratamiento Quirúrgico de la Parálisis Facial".

Para todos estos Congresos y Reuniones científicas internacionales hizo el aporte de extraordinarios trabajos científicos, originales, muchos de ellos, sobre temas enteramente nuevos y hasta entonces desconocidos y que pusieron muy en alto el nombre de nuestra medicina.

Ultimamente en marzo de este año asiste a la Universidad de Northwestern como invitado especial por su maestro el Dr. Shambaugh al Simposium Internacional de Cirugía del Oído y en el que colabora con importante trabajo. A este Simposium solo asisten figuras de primer orden internacional, como es él.

La lista de Sociedades Científicas a que pertenece y de Nombramientos Honoríficos Recibidos es de más de 29, y uno queda verdaderamente sorprendido de tanta actividad y de donde ha sacado tiempo para tanto. Donde está el secreto para tantísima labor? El secreto es el trabajo ordenado, intenso y permanente.

Viene luego una lista de 42 Centros Médicos Internacionales que tienen que ver con la Especialidad y en especial con la Otolología, y que el Dr. García Gómez ha visitado y en donde ha sido recibido.

Los Trabajos Científicos son 34, méritos, interesantes al extremo, algunos de ellos muy copiosos y documentadamente exhaustivos.

Y, como títulos honoríficos y actividades docentes entre sacados entre tanta labor;

Organiza en el Hospital de San José el Primer Congreso de Graduados de Cirugía de la Laringe y Broncoesofagología.

En 1953, practica la primera Fenestración con éxito en Bogotá y Colombia.

En 1955, practica la primera intervención sobre el Estribo y en 1957 publica los primeros casos de Estapedectomía con resultado funcional.

Su experiencia quirúrgica es reconocida internacionalmente y en el último Congreso Internacional de México presenta 2.300 intervenciones sobre el Hueso Temporal en su práctica privada y en los Servicios del Hospital de San José en donde tan brillante labor ha desarrollado, en el Servicio de Otolología en donde en tan cortos años ha formado discípulos que hoy ocupan las más destacadas posiciones en el campo de la Audiocirugía.

Sería interminable y monótono seguir enumerando esta lista de actividades y trabajos del nuevo Académico de Número, que poseionamos esta noche en nuestra Academia Nacional de Medicina.

Tengo que asociar a Isabel, su encantadora esposa, que gozó tanto la noche que le di la buena noticia de la elección de Jorge para un sillón de Número. Ha sido la compañera ideal, espiritual y agradable del ilustre científico y presento a ella emocionado saludo del amigo de siempre y admirador de ella y de él.

También se posesiona esta noche en un sillón de Miembro de Número Fernando Serpa Flórez, importante y prestante adquisición para nuestra Academia, va para él y su señora el emocionado saludo del amigo Académico como estos de esta bella reunión de esta noche, son la sangre nueva y juvenil de nuestra Corporación, de nuestra Amada y Respetada Academia Nacional de Medicina de Colombia.

FRANCISCO VERNAZA  
Académico

Acta correspondiente a la Sesión Solemne del día 16 de Marzo de 1967.

PRESIDENTE:

**Académico GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

SECRETARIO:

**Académico ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

En Bogotá, a las 16 días del mes de marzo de 1967, sesionó en reunión solemne, la Academia Nacional de Medicina, en el edificio de su propiedad, salón de Actos.

La Mesa Directiva estuvo integrada por los académicos Gonzalo Esguerra Gómez, Presidente y Jorge Camacho Gamba, Secretario Bial.

Siendo las 6 y 40 de la tarde, el señor Presidente declaró abierta la sesión y pidió al Secretario se sirviera dar lectura al acta de la sesión solemne anterior, la cual una vez leída, fue aprobada por unanimidad sin objeción alguna.

Seguidamente el Presidente concedió la palabra al Secretario Bial, académico Jorge Camacho Gamba, para la presentación del Informe correspondiente a las labores desarrolladas por la Academia en el período comprendido entre marzo de 1965 y marzo de 1967.

El académico Camacho Gamba en el Informe, que se adjunta a la presente acta, consignó el pesar que invadió a la Corporación por la pérdida sucesiva de los ilustres Ex-presidentes Profesores Jorge Bejarano, Edmundo Rico y José del Carmen Acosta.

Hizo un completo recuento de las actividades de la Academia en el citado período.

Trató sobre organización de la Secretaría y otras actividades. Agradeció la distinción y confianza con que le honró la Academia como Secretario, cargo que entrega con la satisfacción del deber cumplido y de conformidad con los anexos adjuntos al informe secretarial.

El académico Camacho Gamba fue objeto del aplauso general por parte de los asistentes al solemne acto.

El señor Presidente, a nombre de la Academia y en el suyo propio, felicitó al doctor Camacho Gamba y le agradeció con efusivas y elocuentes palabras la importante y benéfica labor por él desempeñada con excelente eficiencia y de madera brillante.

Continuando el orden del día, el señor Presidente invitó a los nuevos dignatarios, Académicos Andrés Soriano Lleras, Vicepresidente y Alberto Cárdenas Escovar, Secretario, a ocupar la Mesa Directiva.

Siendo las 7 y 30 de la noche, el señor Presidente levantó la sesión.

El Presidente,  
**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

El Secretario,  
**ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

Resumen del Acta correspondiente a la Sesión Ordinaria del día  
30 de Marzo de 1967

P R E S I D E N T E :

**Profesor GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

S E C R E T A R I O :

**Doctor ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

En Bogotá el día 30 de Marzo de 1967 sesionó en reunión ordinaria la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, habiendo el quorum reglamentario.

Se dio lectura al Acta anterior la cual había sido preparada por el Secretario saliente Doctor Camacho Gamba y por el señor Presidente Profesor Esguerra Gómez, la cual fue aprobada por unanimidad en su totalidad, con algunas modificaciones.

Por unanimidad la Academia aprueba una Proposición de condolencia por el fallecimiento del Doctor Joaquín Piñeros, padre del académico JORGE PIÑEROS CORPAS y del Dr. JOAQUIN PIÑEROS CORPAS, Secretario Ejecutivo del Colegio Máximo de Academias, la cual se envía a todos sus familiares.

El académico AUGUSTO GAST GALVIS presentó el informe de la comisión que estudió el trabajo del Dr. Luis Laverde Mercado, titulado: "ESTUDIO DEL DESARROLLO ESTATURAL DEL UTERO EN LA GESTANTE COLOMBIANA". La comisión estimó que el trabajo presentado ameritaba a su autor para ser considerado por la Academia como aspirante a Miembro Correspondiente. Después de la votación el Dr. Laverde Mercado fue aceptado como Miembro Correspondiente de la Academia.

La Academia aprueba una Proposición por medio de la cual la Academia Nacional de Medicina concede el título de Miembro Honorario al Profesor FEODOR LYNEN, premio Nobel de Medicina en 1964 y Director del Instituto de Química celular de la Sociedad Max-Planck de Munich actualmente de visita en Colombia.

La Academia aprobó por unanimidad solicitar una cuota voluntaria a los señores académicos con el objeto de completar el mobiliario.

El académico Mario Gaitán rindió el informe de la comisión que estudió el trabajo del Dr. Jaime Quintero Esguerra titulado "Osteocondromatosis sinovial" presentado para considerar su ingreso como Miembro Correspondiente de la Academia. Consideró que el trabajo debía ser aceptado y que el candidato reunía todos los requisitos. El Dr. Quintero Esguerra después de la votación es aceptado como Miembro Correspondiente.

La Academia aceptó por unanimidad una Proposición por medio de la cual se recomienda a la Empresa Colombiana de Aeropuertos tomar ciertas medidas relacionadas con la salud de los pasajeros a su paso por el Aeropuerto de Bogotá.

El académico Augusto Gast Galvis presentó su trabajo sobre la "Campaña contra la fiebre amarilla en Colombia".

El académico Julio Araújo Cuéllar presentó un estudio sobre "Hidrocele congénito".

Siendo las 8 y 25 de la noche se levantó la sesión.

El Presidente,

**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

El Secretario,

**ALBERTO CARDENAS ESCOBAR**

Acta correspondiente a la Sesión Solemne del día 13 de Abril de 1967.

PRESIDENTE:

**Académico GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

SECRETARIO:

**Académico ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

En la ciudad de Bogotá, a los 13 días del mes de abril de 1967, se efectuó la Sesión Solemne de la Academia Nacional de Medicina, en el Salón de Actos de la Biblioteca Luis Angel Arango.

La Mesa Directiva estuvo integrada por los académicos Gonzalo Esguerra Gómez, Presidente; Jorge E. Cavelier, Presidente Honorario; Andrés Soriano Lleras, Vicepresidente; José Vicente Huertas, Secretario Perpetuo; Alberto Cárdenas Escobar, Secretario; y el Senador de la República, Dr. Ignacio Vélez Escobar, en representación de la Academia de Medicina de Medellín y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Siendo las 6 y 35 p.m. el Presidente declaró abierta la sesión. El Secretario dio lectura al Acta de la sesión solemne anterior, la cual fue aprobada por unanimidad.

Seguidamente el Presidente hizo una exposición sobre la institución del Premio Manuel Forero, galardón que la Academia Nacional de Medicina otorga a científicos colombianos para estímulo del progreso de la medicina nacional.

El Secretario dio lectura al informe rendido por la comisión que tuvo a su cargo el estudio de la calificación de la candidaturas al Premio Manuel Forero. documento referente a la trayectoria científica y al curriculum vitae del Profesor Alfredo Correa Henao, a quien la Academia otorgó el premio.

El Presidente felicitó al Profesor Correa Henao y le hizo entrega del Premio.

El Profesor Correa Henao agradeció en su discurso el honor recibido de la Academia Nacional de Medicina y fue objeto del aplauso por parte de los asistentes a tan solemne acto.

El Presidente concedió luego la palabra al Dr. Ignacio Vélez Escobar, quien dio lectura a la Proposición N<sup>o</sup> 485 del Senado de la República, por medio de la cual se presenta una felicitación al Profesor Alfredo Correa Henao.

Continuando el orden del día, el Presidente dio posesión como Miembro de Número, al académico Juan Antonio Gómez, y habiéndole tomado el juramento reglamentario, le hizo entrega del Diploma.

Acto seguido hizo uso de la palabra el recipientario, quien destacó la memorable personalidad del Dr. Proto Gómez, tercer Presidente de la Academia Nacional

de Medicina. Luégo presentó un estudio sobre el lenguaje, que inició tratando interesantes aspectos históricos y filosóficos, como introducción a sus observaciones clínicas sobre un grupo de cien niños que ilustran el problema de las Afasias. Expuso las doctrinas fisiopatológicas importantes en el estudio de este sipo de perturbaciones y postuló interesantes conceptos propios que representan un valioso aporte en el conocimiento de los mecanismos fisiológicos, la organización psicológica y la localización anatómica del lenguaje.

Para terminar se refirió a las actividades científicas y asistenciales del Académico Julio Araújo Cuéllar y en especial a su iniciativa en la creación del servicio de vacunación del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos. Elogió la experiencia, la labor docente y las dotes humanas del académico Araújo Cuéllar y sus realizaciones en las labores de Medicina Preventiva.

También expresó su admiración personal hacia el académico José del Carmen Acosta, cuyo sillón viene a ocupar y cuyo elogio ha sido hecho anteriormente en sesión especial de la Academia.

Terminado el discurso del recipiendario, el Secretario dio lectura a una proposición de la Sociedad Neurológica de Colombia, en la cual ésta felicita a su miembro activo, Dr. Juan Antonio Gómez, por su elección como Académico de Número y también por su designación en la Junta General de Beneficiencia.

El Presidente concedió luégo la palabra al académico Julio Araújo Cuéllar, quien se refirió a la estirpe del recipiendario y particularmente al Dr. Proto Gómez, su ilustre abuelo, brillante médico y oftalmólogo, quien a fines del pasado siglo prestó invaluable servicios a sus conciudadanos, después de completar sólida formación científica en Bogotá y París.

Luego relató el extenso curriculum vitae del nuevo académico y sus importantes realizaciones particularmente en la especialidad neurológica, en la educación médica y en la organización hospitalaria.

Finalmente rindió un tributo a la memoria del académico José del Carmen Acosta, cuyo sillón entra a ocupar mercedamente el académico Gómez.

Siendo las 7.55 p. m., el Presidente levantó la sesión.

El Presidente,

**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

El Secretario,

**ALBERTO CARDENAS ESCOBAR**

Resumen del Acta correspondiente a la Sesión Ordinaria del día  
27 de Abril de 1967

P R E S I D E N T E :

**Profesor GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

S E C R E T A R I O :

**Doctor ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

En Bogotá el día 27 de Abril de 1967 sesionó en reunión ordinaria la Academia Nacional de Medicina habiendo el quorum reglamentario.

A las 6 y 45 minutos de la tarde el Presidente declaró abierta la sesión, se discutió el Acta de la sesión anterior, la cual fue aprobada por unanimidad sin objeción alguna.

La Academia aprobó por unanimidad una Proposición por medio de la cual la Academia Nacional de Medicina felicita al Dr. Augusto Gast Galvis, Miembro de Número de la Corporación y Director del Instituto Finlay, por haber sido elegido Presidente de la Conferencia sobre erradicación del "Aedes aegypti" recientemente reunida en Washington bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Presidente nombró una comisión encargada de rendir informe sobre el trabajo titulado "Trauma tanatógeno" cuyo autor es el Dr. Gerardo Paz Otero con el objeto de considerar su ingreso a la Academia como Miembro Correspondiente. Así mismo nombró otra comisión para considerar el trabajo del Dr. Jaime Quintero Esguerra titulado "Osteocondromatosis sinovial", con el mismo fin.

El señor Presidente nombró una comisión para que estudie y rinda el informe relacionado con una propuesta formulada por la Asociación Médica Colombiana para que la Academia Nacional de Medicina haga parte de dicha Asociación, limitando su ingerencia a los aspectos puramente científicos.

El señor Presidente dio posesión como Miembro Asociado de la Academia Nacional de Medicina al Dr. Ignacio Vergara García, Presidente de la Sociedad Neurológica de Colombia.

El señor Presidente concedió la palabra al académico Jorge Camacho Gamba para tratar las "Conclusiones sobre el problema de las anemias en Colombia". El Dr. Hernando Sarasti con el Dr. Camacho Gamba intervino para llegar a un acuerdo al respecto el cual se enviará por escrito a la Academia.

El Miembro Correspondiente Dr. Silvio Luna Prado presentó un estudio sobre la "Capreomicina en tuberculosis pulmonar" llevado a cabo en el Hospital Sanatorio de San Carlos, el cual pone de relieve la efectividad de esta nueva droga en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. El Presidente solicitó considerar con este trabajo la candidatura del Dr. Luna Prado a Miembro de Número de la Corporación.

El académico Correspondiente Dr. Rafael Peralta Cayón presentó su trabajo titulado "Corticoides en Obstetricia y Ginecología".

A las 8 y 30 de la noche se levantó la sesión.

El Presidente,

**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

El Secretario,

**ALBERTO CARDENAS ESCOBAR**

Acta correspondiente a la Sesión Solemne del día 11 de Mayo de 1967

PRESIDENTE:

**Académico GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

SECRETARIO:

**Académico ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

En la ciudad de Bogotá, a los 11 días del mes de mayo de 1967, sesionó en reunión Solemne la Academia Nacional de Medicina en el Salón de Actos de la Biblioteca Luis Angel Arango, con motivo de la recepción como Académicos de Número de los doctores Jorge García Gómez y Fernando Serpa Flórez.

La Mesa Directiva estuvo integrada por los Académicos Gonzalo Esguerra Gómez, Presidente; Jorge E. Cavelier, Presidente Honorario; Andrés Soriano Lleras, Vicepresidente; José Vicente Huertas, Secretario Perpetuo; Alberto Cárdenas Escovar, Secretario Biental, y Francisco Vernaza.

Siendo las 6.50 minutos de la tarde, el señor Presidente declaró abierta la Sesión y pidió al Secretario se sirviera dar lectura al acta de la sesión Solemne anterior, la cual una vez leída fue aprobada por unanimidad sin objeción alguna.

A continuación el señor Presidente dio posesión como Miembro de Número al Académico Jorge García Gómez a quien tomó el juramento reglamentario y le hizo entrega del diploma que le acredita dicha calidad dentro de la Corporación.

En segunda concedió la palabra al recipiendario, quien en su discurso expresó su reconocimiento por el honor discernido por la Academia al recibirlo como Miembro de Número.

Elogió al Profesor Edmundo Rico cuyo sillón académico entra a ocupar y de quien dijo: "El Profesor Rico quien hace apenas un año nos abandonara en pleno vigor intelectual, ha dejado aquí la estela luminosa de su inteligencia. Su recuerdo estará siempre presente en esta casa, y en nuestro corazón, con todos los perfiles de su elevada personalidad. Su trayectoria científica, su brillante carrera médica y el recuerdo de sus magistrales intervenciones en este recinto, serán para mí estímulo permanente en la posición que hoy comparto con vosotros".

Manifestó igualmente su gratitud hacia el Profesor Francisco Vernaza por su presentación ante la Academia y de quien recibió las primeras enseñanzas cuando dirigía la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina en el Hospital de San Juan de Dios.

Hizo un análisis de la patología ótica y neurológica sobre la sordera de Ludwig van Beethoven, quien desde muy joven perdió su audición y que superó su invalidez con una obra artística impresionante para el mundo y que no ha podido ser superada.

Ha basado la hipótesis de su diagnóstico etiológico —"una otoesclerosis labe-

ritica progresiva con fijación del estribo y pérdida de la discriminación al lenguaje"— en el estudio de la biografía de Beethoven, de sus cartas, de su obra y de su historia clínica, que lo han llevado a la conclusión de que la enfermedad del gran genio musical fue una sordera del mecanismo de conducción por otosclerosis con fijación del estribo y que se inició a los 24 años de edad y se hizo progresivo hasta llegar a la fijación total a la edad de 35 años. Si hubiera vivido en nuestros tiempos, dijo, su tratamiento hubiera sido quirúrgico por medio de la Estapedectomía.

Hizo notar que infortunadamente los datos del informe de autopsia son insuficientes para establecer con certidumbre un diagnóstico patológico.

El académico García Gómez recibió el aplauso y la felicitación del auditorio y de los Miembros de la Corporación.

El señor Presidente concedió luego la palabra al académico Francisco Vernaza, quien destacó igualmente la personalidad del Profesor Edmundo Rico.

Recordó también la meritoria labor científica desarrollada por los doctores Manuel Narciso Lobo, Celso Jiménez López, Manuel Antonio Cuéllar Durán, Arturo Arboleda, José Rafael Meoz, Carlos Cleves Vargas, Jorge Suárez Hoyos y Arcadio Forero en el campo de la otorrinolaringología, la ofralmología y la otología. Se refirió a la ilustre estirpe del doctor Jorge García Gómez y a sus dotes científicas reflejadas en un meritorio curriculum vitae. Igualmente saludó al doctor Fernando Serpa Flórez, también recibido como Miembro de Número. El académico Vernaza fue objeto del aplauso general.

Seguidamente el señor Presidente procedió a posesionar como Miembro de Número al académico Fernando Serpa Flórez, a quien tomó el juramento estatutario y luego le hizo entrega del diploma correspondiente.

El académico Serpa Flórez pronunció un brillante discurso en el cual manifestó su complacencia por el enaltecimiento recibido al escogerse para ocupar el sillón honrado por el Profesor Jorge Bejarano, cuya personalidad elogió.

Después de evocar la labor que en el campo de la salud pública realizó el Profesor Bejarano, fundador del Ministerio de Higiene, el Dr. Serpa expresó su importante análisis de actualidad nacional su preocupación por el estudio y planteamiento de las implicaciones que el desarrollo económico y social tienen ante la profesión médica.

Manifestó su aprecio por el Profesor Luis Patiño Camargo, a cuyo lado en el Ministerio de Salud Pública y a lo largo de la existencia, tantas enseñanzas perdurables ha recibido.

Finalmente en emocionada evocación recordó al académico Roberto Serpa, su padre, profesor emérito de la Cátedra de Ginecología de la Universidad Nacional.

El recipiendario Fernando Serpa Flórez, recibió la congratulación de los asistentes al acto.

El señor Presidente concedió la palabra al académico Luis Patiño Camargo, quien dió la bienvenida al doctor Serpa Flórez en nombre de la Academia y le invitó a ocupar el sillón de numerario. Rindió homenaje a sus ilustres padres, el académico Roberto Serpa, sanitarista y recio campeón en la batalla ganada a la fiebre amarilla, y a doña Paz Flórez de Serpa, suave y bella poetisa.

Elogió las virtudes del Profesor Jorge Bejarano, varón eximio que encarnó la definición de humanista ,porque nada de lo humano le fue desconocido: clínico, escritor de numerosas obras, periodista, diplomático, legislador, hombre de gobierno.

Exaltó las calidades profesionales del doctor Serpa Flórez y sus valiosas intervenciones en la Academia, como su iniciativa para el simposio realizado con invitados especializados sobre planeamiento familiar y paternidad responsable.

Expresó su deseo porque se eleve cada día el nivel de la educación médica en Colombia; porque se intensifiquen estudios y esfuerzos en los sistemas educativos para obtener profesionales adecuados al medio social colombiano; porque los discípulos sean mejores que sus maestros.

Proclamó su admiración y aplauso para la floreciente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, por la ordenación y el encauzamiento sistematizado en el plan universitario de los estudios humanísticos, de las ciencias sociales y de las ciencias exactas, fisicoquímicas y naturales, bases del verdadero profesional.

El académico Patiño Camargo fue objeto del aplauso unánime de los asistentes.

Siendo las 8.15 minutos de la noche, el señor Presidente levantó la sesión.

El Presidente,

**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

El Secretario,

**ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

Resumen del Acta correspondiente a la Sesión Ordinaria del día  
1o. de Junio de 1967

P R E S I D E N T E :

**Profesor GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

S E C R E T A R I O :

**Doctor ALBERTO CARDENAS ESCOVAR**

En Bogotá el día 1º de Junio de 1967 sesionó en reunión ordinaria la Academia Nacional de Medicina, habiendo el quorum reglamentario.

Faltando 10 minutos para las 7 de la noche el Presidente declaró abierta la sesión, puso en consideración el Acta anterior la cual fue aprobada por unanimidad sin objeciones.

El Secretario informó del cambio en el calendario académico del presente año en la siguiente forma:

Junio 15, "Algunos aspectos de la circulación pulmonar, Adolfo de Francisco.

Septiembre 7, "Transmisión directa de la lepra humana al Hamster (*Mesocricetus auratus*)", Guillermo Muñoz Rivas.

Julio 27, "Consumo de proteínas animales en Colombia", José Velásquez Q.

La Academia aprobó por unanimidad una Proposición por medio de la cual deplora el fallecimiento del académico de Número y Vicepresidente de la Corporación, Profesor Ramón Atalaya, y nombró una comisión para entregar copia de la presente en nota de estilo a la familia del extinto.

A una consulta del Dr. Carlos Fischer, Secretario Ejecutivo del Colegio Colombiano de Cirujanos en el sentido de comprar por propiedad horizontal una parte del edificio de propiedad de la Academia Nacional de Medicina, después de oídas

A continuación el señor Presidente presentó a los ponentes del Simposio a cargo de la Sociedad Colombiana de Cardiología sobre el tema: "ENFERMEDAD CORONARIA" y concedió la palabra al académico Correspondiente Guillermo Lara Hernández, quien hizo la presentación a nombre de la Sociedad. El Dr. Jorge Berral las opiniones y de sometida a votación se aprobó responder que la Academia arrienda y no vende los locales destinados a las demás Sociedades Médicas Científicas. Tirado trató el tema de la "Etiopatogenia de la enfermedad coronaria". El académico Correspondiente Guillermo Lara Hernández trató el tema del "Diagnóstico de sobre "Manejo de la enfermedad coronaria". la Enfermedad Coronaria". Enseguida el Dr. Enrique Urdaneta Holguín disertó

La Academia fue unánime en encontrar el presente Simposio claro, didáctico y completo sobre un tema tan importante.

Acto seguido, el académico Guillermo Uribe Cualla presentó una comunicación titulada 'Conducta de algunos Hospitales y Clínicas en relación con la práctica de las autopsias clínicas o anatomo-patológicas'. Por iniciativa del Presidente se nombró una comisión para que estudiara el problema y rindiera un informe.

El Presidente tomó el juramento reglamentario como Miembro Asociado de la Academia Nacional de Medicina, al Dr. Roberto Vergara Támara, Presidente de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología y le hizo entrega del diploma respectivo.

Faltando diez minutos para las nueve de la noche se levantó la sesión.

El Presidente,

**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

El Secretario,

**ALBERTO CARDENAS ESCOBAR**

# ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Señor Presidente:

Habiendo sido designados por la Mesa Directiva de la honorable Academia, según oficio de 29 de noviembre pasado, para integrar una de las comisiones encargadas de estudiar los candidatos postulados para el "Premio Manuel Forero", muy atentamente nos permitimos presentar el concepto que en el mencionado oficio se nos solicita.

Recibimos los documentos de ilustres médicos cuyas vidas conocemos como ejemplares y modelos humanos de buenos ciudadanos y de profesionales eximios, merecedores de galardones y homenajes.

Pero como el Premio es único, tenemos que referirnos a un nombre, y así muy respetuosamente os pedimos, se presente a la plenaria de la Academia al Dr. Alfredo Correa Henao.

Según reza el "curriculum-vitae", documento enviado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, el Dr. Correa nació en Sonsón, es casado y tiene 6 hijos. Hizo estudios primarios en las escuelas públicas de Sonsón y Aguadas y fue luego a la Universidad de Antioquia donde se graduó de bachiller en 1923 y de médico con tesis laureada en 1935.

Trabajó eficazmente en el servicio de fiebre amarilla, hoy Instituto Finlay, organización cooperativa de Colombia y la Fundación Rockefeller, benemérita entidad merecedora de gratitud nacional centro ininterrumpido de investigación y docencia, directiva de la campaña de erradicación del vómito negro de las ciudades, hoy apenas un recuerdo, y de la prevención de la fiebre amarilla selvática con la preparación de la vacuna.

Fue médico rural en la región minera de Zaragoza, y en 1942 se matriculó en la Universidad norteamericana de Johns Hopkins para especialización en

Anatomía Patológica.

Regresó a Colombia para hacerse cargo en 1944 de la cátedra de Anatomía Patológica como primer profesor de tiempo completo de la Universidad de Antioquia, y a esta austera ciencia le ha dedicado con fidelidad inquebrantable su fecunda vida.

Pertenece a numerosas sociedades científicas nacionales y extranjeras es Correspondiente de nuestra Academia y ha sido repetidas veces Presidente de la de Medellín de la cual es hoy uno de los más respetados miembros honorarios.

Es fundador de organismos perdurables. Citamos como ejemplo, entre otros, el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Antioquia; las Conferencias de patología clínica que sin interrupción se dictan semanalmente desde 1944 y de las cuales hoy sigue siendo su Moderador; la revista Antioquia Médica órgano de la Facultad y de la Academia que va por el volumen diez y seis (XVI) cada uno con 10 números anuales.

Sobre un severo fundamento experimental está levantada su producción escrita. Resaltan lógicamente los temas histológicos. Son varias sus publicaciones sobre hematología, parasitismo así hemático como intestinal, micosis, virosis hidatidosis. En colaboración publicó el notable libro Anatomía Microscópica, texto en la Facultad y obra de consulta para médicos. Queremos destacar el estudio sobre lesiones por **Ascaris lumbricoides erráticos**, como entidad clínica reproducida por revistas nacionales y extranjeras y consagrado en textos de Patología.

Gusta de los estudios médico-folclóricos, y así leímos con agrado "Tatuaje" en Antioquia" de muy vivo interés, y próximamente aparecerá en la Revista "Folclore de la menstruación".

Ha sido profesor de dibujo médico en la Facultad y de Anatomía para artistas en el Instituto de Bellas Artes.

En Congresos médicos ha figurado en varios países del sur, Meso y Norteamérica y Europa, y ha sido invitado de la Fundación Rockefeller en Estados Unidos y del Instituto de Cultura hispánica en España para el centenario de don Santiago Ramón y Cajal.

La Facultad de Medicina de Cali, otorga anualmente al mejor alumno de ciencias básicas un galardón que se llama "Premio Alfredo Correa Henao".

Entre muchas condecoraciones ostenta la Cruz de Boyacá.

Es el Dr. Correa varón austero, sencillez y modesto; científico entregado

por entero a la investigación y la enseñanza; verdadero maestro de juventudes médicas; servidor integral de su Facultad de Medicina y de su Academia: ha cumplido fecunda y meritoria tarea y merece bien de la Patria.

Y así, señor Presidente, vuestra comisión considera cumplir leal y fielmente con su deber proponiendo:

"La Academia Nacional de Medicina en su sesión plenaria otorga el premio Manuel Forero, al doctor ALFREDO CORRERA HENAO".

Vuestra Comisión.

Juan Pablo Llinás

Luis Patiño Camargo  
Académico

## DISCURSO DE ACEPTACION DEL PREMIO "MANUEL FORERO"

### DR. ALFREDO CORREA HENAO

Ilustre Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Señores Miembros de ella, amigos, señoras y señores:

Al considerar el motivo que me trajo a esta alta asamblea a recibir un honorífico galardón, me siento confundido y sobrecogido por un sentimiento de insuficiencia, porque considero que las condiciones a que aluden los estatutos del Premio Manuel Forero son para quienes hayan cumplido meritoria y reconocida labor útil y benéfica para la República. Yo apenas he cumplido con mi deber en actuaciones comunes en mi vida profesional, pretendiendo solamente íntima satisfacción y fidelidad al cometido dentro de mi Universidad.

Mi afición desde estudiante fue la Anatomía Patológica y alrededor de ella ha girado la mayoría de mi actividad profesional, y con gran entusiasmo y fe la he enseñado por luengos años, tratando de vitalizar entre noso-

tros esta ciencia, que nadie lo duda, es el meollo de la medicina.

Pocos momentos se han presentado en mi carrera tan emocionantes, como el actual, porque a más del altísimo honor que se me discierne, está engrandecido por emanar de una eminente fuente: esta digna y docta Academia, y además porque vuestra decisión es aliento cordial en una labor que ya se apaga.

Que este acto solemne, culminante en la vida de un profesor de la Universidad colombiana sirva como un nuevo y estrecho vínculo entre los centros científicos nacionales y que valga también como estímulo para los que nos sucedan en los ideales del magisterio sincero y devoto.

Acepto con gratitud este homenaje, que considero debido sólo a vuestra noble benevolencia, y filialmente lo ofrezco a mi Alma Máter, la Universidad de Antioquia.

ALBERTO CORREA HENAO, M. D.

COLOMBIA



SENADO DE LA REPUBLICA

**PROPOSICION NUMERO 485**

El Senado de la República envía su saludo de felicitación al señor doctor ALFREDO CORREA HENAO, profesor titular de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, con motivo de la adjudicación del premio Nacional de Medicina "Manuel Forero", el cual le será otorgado el día 13 de abril por la Academia Nacional de Medicina, y le expresa su satisfacción por el reconocimiento que dicho premio significa para su admirable labor docente e investigativa.

Aprobada por unanimidad en la Sesión del día 12 de Abril de 1.967.

El Presidente del Senado,

  
MANUEL MOSQUERA GARCÉS

El Secretario General,

  
LAZARO RESTREPO R.

Al señor Presidente de la  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
MEDELLIN.

-----



# Ultralan

Schering AG Berlin

Pruebe primero ultralan  
el non plus ultra de las  
pomadas corticoides.  
La única con mecanismo  
de acción en dos fases.  
Tubos de 10 y 30 g

*Schering*  
BERLIN

presentación de un nuevo agente antiestresante

# SEREPAX\*

OXAZEPAN, WYETH



## CONTRARRESTA TODOS LOS SINTOMAS DE REACCION DE STRESS

ansiedad  
angustia  
tensión  
irritabilidad  
agitación  
insomnio  
fatiga  
depresión  
cefalea

### gracias a su poderosa eficacia

- proporciona un alivio rápido y eficaz
- actúa específicamente controlando la ansiedad, tensión y síntomas afines

### gracias a su inocuidad

- es muy bien tolerado aun por ancianos y debilitados
- se observan somnolencia y ataxia mínimas

### gracias a su extraordinaria flexibilidad de dosificación

- permite extensos límites de dosificación gracias a su amplio margen de seguridad

### INDICACIONES

Pacientes cuyas reacciones de stress están asociadas a enfermedades orgánicas

Pacientes bajo tensión emocional debida a stress situacional

Pacientes con neurosis de ansiedad notablemente asociada a depresión

### POSOLOGIA

Una tableta de 15 mg. 3 ó 4 veces al día.

*Niños:*

La mitad de la dosis.

De 1 a 2 tabletas (15 a 30 mg.) 3 ó 4 veces al día.

PRESENTACION: Tabletass de 15 mg., en frascos de 30.

WYETH INTERNATIONAL LIMITED



PHILADELPHIA, PA. 19101, E.U.A.

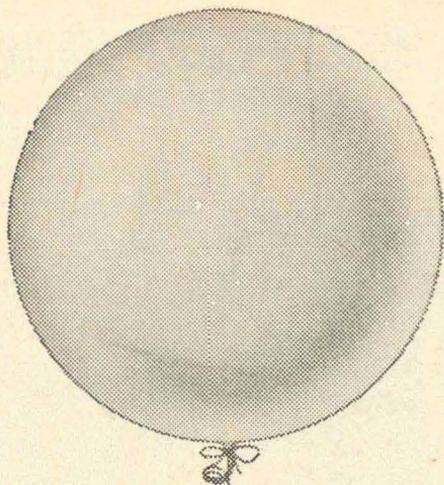
casa fundada en 1860 • más de un siglo al servicio de la medicina

\*Marca registrada

Lic. Minsalud Nos. 24.149.

Ser-I-Six

En la úlcera péptica, la gastritis... y siempre que un antiácido esté indicado



## MYLANTA®

Rompe la *barrera de espuma* y favorece la acción antiácida

### ANTIACIDO

Los *hidróxidos de magnesio y aluminio* aseguran una acción antiácida y demulcente más eficaz.

### Y ANTIFLATULENTO

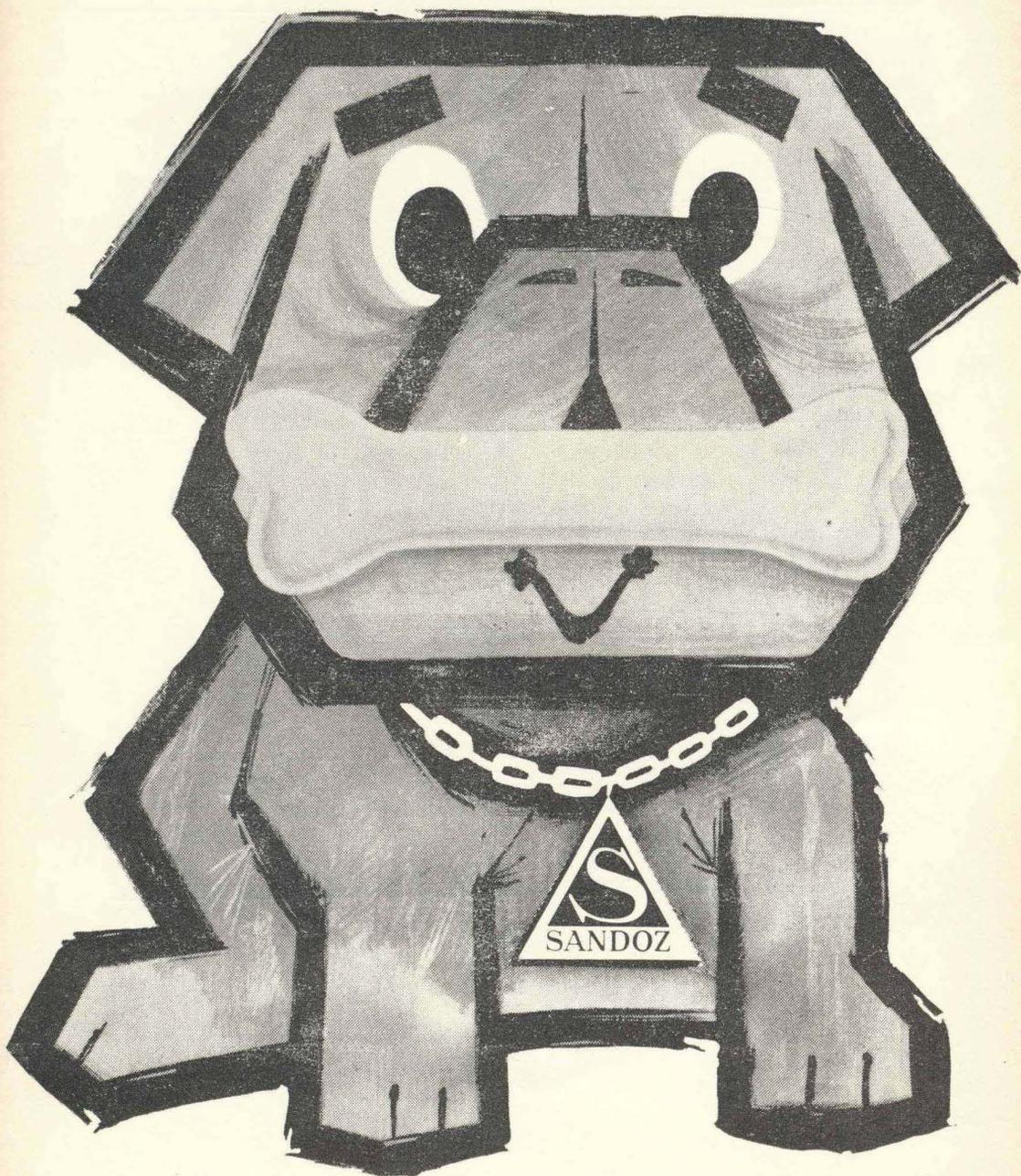
La *simeticona* (metilpolisiloxano activado), agente espumolítico, combate la flatulencia y aumenta la eficacia de la terapéutica antiácida.

POSEE LOS ATRIBUTOS DEL ANTIACIDO IDEAL

**TABLETAS**  
fáciles de masticar

**LIQUIDA**  
de sabor agradable

**PARKE-DAVIS**



# Calcium-Sandoz 'forte'

Recalcificación eficaz de los huesos desmineralizados,  
por su riqueza en calcio iónico.

**I T A L M E X**

"PRODUCTOS CIENTIFICOS"