

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 6 — MEDELLIN, JULIO DE 1956 — NUMERO 6

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

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

Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad

Dr. Oriol Arango Mejía
Presidente de la
Academia

REDACTORES JEFES:

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

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

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Dr. Héctor Abad G.
Sr. Alberto Restrepo
Sr. Jorge E. Restrepo
Sr. Gerardo Paredes F.
Director de la Biblioteca.

ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

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

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38

SUMARIO:

TRABAJOS ORIGINALES

Página

Síndrome de Sheehan. - Dr. Alvaro Toro Mejía	349
Temas de Examen en la Facultad de Medicina de la U. de A.	365
Interpretación de la Reacción Tuberculínica y Vacuna- ción con B. C. G. - Mario Giraldo Henao y Luis Bo- tero Restrepo Estudiantes de 6º año	380

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 54	390
Reglamentación para el Curso-Residencia en Radiología.	396
Reglamentación para el Curso-Residencia en Ortopedia.	398
Reglamentación para el Curso-Residencia en Patología .	400
Reglamentación Especial para Curso-Residencia de Anes- tesiología	403
Escuela de Auxiliares de Enfermería	404
Escuela de Bibliotecología en la Universidad de Antio- quia.	405

ANTIOQUIA MEDICA

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

VOLUMEN 6 — MEDELLIN, JULIO DE 1956 — NUMERO 6

TRABAJOS ORIGINALES

SINDROME DE SHEEHAN

(Panhipopituitarismo post-partum)

Presentación de un caso y comentarios.

DR. ALVARO TORO M. *
Académico Correspondiente
SR. JORGE HINCAPIE N. **

Queremos presentar este caso de síndrome de Sheehan que tuvimos la oportunidad de estudiar en el Servicio de Medicina Interna, Sala Santa Teresa, por corresponder exactamente a la descripción clásica, como se puede ver por el sumario del artículo original de Sheehan. (1).

“La necrosis original (de la pituitaria) ocurre en el momento del parto invariablemente complicado por colapso, generalmente como resultado de una hemorragia severa. Siguiendo a este la paciente no lacta durante el puerperio y algunas veces presenta hipoglicemia. El útero sufre una hiperinvolución, los genitales externos se atrofian, las menstruaciones no vuelven y la libido está ausente. Hay una pérdida gradual del vello axilar y pubiano. La paciente es apática, incapaz de hacer el trabajo doméstico, es muy sensible al frío y tiene una apariencia mixedematosa o prematuramente senil. La presión sanguínea tiende a ser baja, el metabolismo basal alrededor de -25%; hay anemia hipocrómica y algunas veces leucocitosis eosinofílica. El

* Servicio de Medicina Interna.

** Interno del Servicio de Santa Teresa.

colesterol sanguíneo puede estar ligeramente elevado y la glucosa sanguínea baja.

Después de 10, 20 o 30 años la paciente puede volverse más típicamente mixedematosa y cambios mentales hacen su aparición, lo mismo que anorexia y pérdida de peso. La anemia puede volverse hipercrómica y el metabolismo basal puede caer a -35%. Finalmente, como resultado de una enfermedad intercurrente o anorexia severa, la paciente entra en coma y muere, usualmente por hipoglicemia. Las alteraciones patológicas son necrosis pituitaria y fibrosis, atrofia de la corteza suprarrenal, tiroides atrófico y fibroso, útero y ovarios atróficos y vísceras pequeñas".

HISTORIA N° 44497:

M. L. G. de P. de 24 años; vive en Medellín.

Enfermedad actual.—"Llega a Policlínica el 23 de septiembre de 1955 a la 1 a. m. en estado de colapso; la noche anterior después de la comida le empezó vómito primero alimenticio y luego de jugo gástrico y moco. Al examen físico se encuentra: temperatura 38°C., inconsciente, anemia marcada; pulso no se aprecia, presión arterial 0, ruidos cardíacos débiles.

Se aplican 1.000 cc de suero mixto con dos ampollas de Cortirrenal y dos ampollas de ACTH; 350 cc de sangre; oxígeno permanente; sulfasuccidina 5 gr. iniciales y 2 gr. cada 4 horas; 1 gr. de dihidroestreptomicina.

23 de septiembre 8 a. m.: enferma todavía inconsciente, se aplica efedrina. 8 p. m. tiene diarrea, la paciente está mejor; solución glucosada 500 cc".

24 de septiembre: se traslada a Santa Teresa con diagnóstico de VOMITOS INCOERCIBLES — SHIGELLOSIS.

HISTORIA Y EXAMEN EN SANTA TERESA.

Historia familiar: negativa.

Historia personal: enfermedades de la infancia, paludismo hace años?. Menarca a los 12 años, ciclo 3-4/30, cantidad normal, hasta hace 3 años. Matrimonio a los 14 años: a los 14 y seis meses un aborto sin complicaciones; a los 15 y seis meses un parto normal; a los 16 y seis meses un parto con retención de placenta con escasa hemorragia; a los 17 y seis meses un parto normal; a los 19 y seis meses parto con retención de placenta y hemorragia de moderada severidad. A los 22 años (26 de junio de 1952) tuvo un parto con retención placentaria.

una comadrona le hizo tracciones del cordón y compresión del cuerpo uterino, produciéndose entonces una inversión uterina. Fue llevada al servicio de Maternidad del Hospital de San Vicente de Paúl (Historia N° 5970), allí anotaron: "Llega en estado de shock, hay **Inversión uterina total**; presión arterial 0. Se hace reducción manual, se aplican 1.300 cc de sangre, morfina".

La enferma permaneció quince días en el Hospital con temperatura remitente hasta 40°C. No hay anotación en la historia sobre la causa de ésta. Fue tratada con penicilina 400.000 U. diarias, terramicina 1 gr. diario y dos transfusiones de sangre de 300 y 400 cc. Salió del Hospital el 13 de julio de 1952.

Todos los embarazos anteriores habían sido seguidos de una lactancia normal, posterior al último no hubo secreción láctea.

Desde este parto la paciente ha venido quejándose de gran astenia que le hace difícil el trabajo doméstico; mucha sensibilidad al frío; la astenia es más severa durante el invierno. Anorexia marcada. Amenorrea estos tres años. Varios meses después del parto tuvo caída del vello axilar y pubiano, de las cejas y del cabello; este último reapareció "seco, grueso y sin vida". Atrofia de las mamas. Oleadas de calor; pérdida de peso; crisis de melancolía hace año y medio; muy escasa sudoración.

En este período de tiempo ha consultado muchos médicos y fue hospitalizada en otra ciudad; siendo en todas las ocasiones tratada para anemia.

EXAMEN FISICO.—Enferma inteligente, cooperadora, muy pálida. Peso 42 kilos y medio (antes del comienzo de su enfermedad pesaba 47 kilos).

Piel y faneras.—Cabello en cantidad normal, grueso y seco. Cejas muy despobladas especialmente las colas. No hay vello axilar ni pubiano; escasos pelos en los labios mayores. Piel seca y áspera. (Fig. 3 y 4).

Cabeza.—Ojos, oídos, nariz y boca negativos;

Cuello.—Negativo.

Tórax y pulmones.—Negativos.

Mamas.—Atróficas, areola y pezón pálidos; se palpa tejido glandular escaso.

Corazón.—Tamaño normal a la percusión; ruidos normales; no hay soplos. Pulso 60 regular, débil.

Abdomen.—No se palpan órganos ni masas.

Examen pélvico.—Vagina normal; cuello uterino pequeño; cuerpo atrófico. T. R.: confirma lo anterior.

Sistema nervioso.—Negativo; reflejos fisiológicos.

Impresión clínica: SINDROME DE SHEEHAN (Panhipopituitarismo).

Desde el momento de entrada al Servicio la enferma no tuvo más vómito ni diarrea y permaneció afebril.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemograma

Hematías	3.600.000
Hb	10.5
Hematocrito	34
P. V. C.	94
P. Hb. C.	29
P. C. Hb. C.	31
Leucocitos	7.200
Neutrófilos	60
Eosinófilos	6
Linfocitos	34
Eritrosedimentación	103 mm 1ª hora

Serología

Negativa

Orina

Albúmina	huellas
Glucosa	negativa
Leucocitos	+ +
Critales de fosfatos amorfos y trifosfatos	

Coprológico

Negativo

Coprocultivo

Negativo

Química sanguínea

Proteínas totales	5.22 gr%
Serinas	3.45 gr%
Globulinas	1.77 gr%
Urea	0.29 gr%°
Glicemia	0.99 gr%
Sodio	147 meq %°
Potasio	4.7 meq %°
Calcio	10.8 mgr %
Fósforo	5.1 mgr %
Colesterol	3.5 gr %°

Metabolismo basal

Dos determinaciones -29 y -27

E. C. G. (Fig. 1).

Ritmo sinusal regular 70 por minuto; T invertida de bajo voltaje en D2, D3, a VF y precordiales.

QT al valor medio para la frecuencia.

El trazo es anormal. Las alteraciones anotadas pueden corresponder a trastornos metabólicos.

El estudio radiológico de silla turca muestra que ésta es pequeña y que las puntas de las clinoides aparecen muy próximas unas de otras. (Fig. 2).

Pruebas Funcionales Endocrinas.

17 ketoesteroides en orina de 24 horas 1.92 mgr. (*).

Prueba de Thorn (**).

(*) Los 17 ketoesteroides normal para una mujer de 20 a 50 años de edad es entre 5 y 17 mgr. por 24 horas, un promedio de 10. (20).

(**) Normal descenso por lo menos del 50% de eosinófilos en la segunda muestra.

Con ACTH: (4 horas).

- 1a. muestra 640 eosinófilos por mm³
- 2a. " 410 " " "

Prueba de sensibilidad a la insulina (0.1 U por kilo peso) (***)

Tiempo en minutos	0	10	20	35	65	100
Glicemia gr%	070	030	021	019	021	036

Después de la muestra tomada a los 20 minutos y en vista de la severa reacción se administró adrenalina 0.5 cc de solución al %° subcutánea y glucosa oral.

Prueba de Robinson-Kepler-Power (****)

1a. parte.

Orina de la noche	500 cc
" " 8 a 9 am.	32 "
" " 9 a 10 am.	25 "
" " 10 a 11 am.	15 "
" " 11 a 12 am.	26 "

2a. parte.

Indice A: 1.6

(***) En una persona normal el nivel de la glucosa sanguínea cae a un 50% por debajo del nivel original en 20 a 30 minutos; luego los mecanismos antihipoglicémicos empiezan a actuar y el azúcar sanguíneo vuelve a lo normal y aun un poco por encima en 60 a 90 minutos después de la inyección. (20).

(****) El paciente no tomará ningún líquido ni comida después de las 6 pm. de la víspera al día en que se hace la prueba. A las 10 pm. orina y se deshecha; toda la orina entre las 10 pm. y las 7 am. se recoge y mide ("Orina de la Noche"). Luego en un período de 45 minutos el paciente toma 20 cc de agua por kilo de peso; se recoge muestra de orina a las 8, 9, 10, y 11 am; si el volumen de cualquiera de estas

EVOLUCION.—Una vez que terminó el estudio de la enferma se empezó Cortisona 0.050 gr. diarios; ésta produjo una marcada diuresis, elevándose el volumen urinario de 24 horas hasta 5.000 cc. Se suspendió la Cortisona y la diuresis disminuyó gradualmente en el curso de 8 días. Luego se empezó nuevamente en dosis de 25 mg. diarios sin que se volviera a presentar este síntoma. Otro síntoma molesto que se presentó con 0.050 fue insomnio.

Por el mismo tiempo en que se reinició la Cortisona se administró Extracto de Tiroides 0.0325 gr. al día y Propionato de Testosterona 0.025 gr. dos veces a la semana.

Con esta terapéutica la enferma ha tenido una gran mejoría de todos sus síntomas: el peso ha aumentado a 47 y medio kilos, el apetito, la sensibilidad al frío, la hipotensión han vuelto a lo normal y la enferma se siente en buenas condiciones.

Actualmente tenemos un mes de observación del tratamiento y planeamos disminuir la Cortisona a 0.0125 gr. diarios, para continuar con esta dosis indefinidamente. Se suspenderá la Testosterona y se continuará con el Tiroides por tiempo indefinido, controlando la enferma periódicamente.

La enferma fue vista por uno de nosotros (J. H.) 2 meses después de empezar la terapéutica con Cortisona. Estaba completamente asintomática.

Comentarios.—Etiología (2-3-4-19).—Este síndrome es debido a una necrosis pituitaria que ocurre en pacientes que han tenido un parto complicado con hemorragia grave como sucede en Placenta previa, Desprendimiento prematuro, retención placentaria, Inversión uterina, etc. Cuando debido a estas causas se presenta el shock, la irrigación de la hipófisis parece que está aun más disminuída que la de otros

(****) muestras es mayor que la "orina de la noche", el paciente probablemente tiene suprarrenales normales, si no es así es presuntivo de enfermedad suprarrenal (siempre que no haya Cirrosis, Nefritis o Insuficiencia cardíaca congestiva).

Para hacer una mejor evaluación se determina la urea y cloro de la orina nocturna y de la sangre en ayunas y se aplica esta fórmula:

$$A = \frac{\text{Urea en la orina de la noche}}{\text{Urea en el plasma}} \times \frac{\text{Cloro en el plasma}}{\text{Cl en la orina nocturna}} \times \frac{\text{Volumen del mayor espécimen del día}}{\text{Volumen de orina de la noche}}$$

En una persona normal A es mayor de 30; en la insuficiencia suprarrenal está por debajo de 25. (20).

órganos, produciéndose entonces trombosis de las arterias que la irrigan. No está completamente explicado porque la hipófisis es más sensible que otros órganos en el shock durante el parto y por qué es casi exclusivamente en este tipo de shock y no en el de otras causas en el que se presenta la necrosis. Se ha sugerido que los cambios morfológicos que sufre la glándula durante el embarazo la hacen particularmente vulnerable.

Aproximadamente en la mitad de los casos la necrosis comprende del 95 al 98% del lóbulo anterior, respetando únicamente la pars tuberalis y pequeñas zonas de parenquima subcapsular. Esto se puede considerar como una completa destrucción de la hipófisis anterior, aun mayor que la producida por la hipófisis ectomía en el ser humano.

Siguiendo el proceso agudo de necrosis la glándula es reemplazada por un tejido fibroso.

Si la necrosis original comprende más de $2/3$ a $3/4$ partes de la glándula habrá síntomas ulteriores de hipopituitarismo; si la mayor parte del lóbulo está afectado los síntomas serán severos.

Frecuencia.—Se ha considerado que este síndrome es excepcionalmente raro, pero parece que su rareza es solo aparente y que no se reconoce con la frecuencia en que existe. (4-5-6).

Sheehan (4) estudió un grupo de pacientes sin selección ninguna que habían muerto durante el puerperio (la causa de muerte en estos enfermos fue variable, ninguna de ellas endocrina, porque no importa que tan grande sea la necrosis pituitaria, se necesita un período de tiempo prolongado antes de que el hipopituitarismo pueda provocar la muerte). Treinta y seis habían tenido hemorragia grave en el parto, diez y nueve de estos tenían una necrosis extensa de la pituitaria, ocho necrosis mediana y nueve no tenían necrosis. En cambio en enfermas muertas en el puerperio pero que no habían sufrido hemorragias durante el parto, en ninguna encontró necrosis pituitaria.

En 1938 Murdoch y Sheehan (4) estudiaron una serie de casos que habían sufrido hemorragia en partos ocurridos en años anteriores y encontraron que 15% de los que habían tenido una hemorragia moderadamente severa y 40% de las hemorragias severas tenían posteriormente síntomas y signos de insuficiencia pituitaria.

Como se ve por estas cifras el síndrome no debe ser raro y se debe estar alerta para reconocerlo.

Patología (7).—En la autopsia de los enfermos muertos de esta enfermedad se encuentra: la hipófisis anterior reemplazada por teji-

do fibroso; el tiroides es fibroso; atrofia de las suprarrenales e involución del aparato genital.

Sintomatología.—Ha sido descrita por numerosos autores (1-3-5-6-7-8-9-19-21).

Para que se instale el cuadro completo de la enfermedad de Sheehan se requiere en general un período de muchos meses, aunque en algunos casos se instala más rápidamente.

El primer síntoma que aparece es la falta de lactancia. La enferma nota que su menstruación no vuelve, aunque en algunos casos (9) la amenorrea no se presenta en un principio, sino irregularidades menstruales (oligo e hipomenorrea). En el curso de algunos meses se presenta la pérdida del vello pubiano y axilar; pérdida de la cola de las cejas y puede haber caída parcial del cabello, el cual además se vuelve grueso y seco. La piel es también seca y hay disminución de la sudoración. Se produce una despigmentación generalizada especialmente marcada en la areola.

Siguiendo al parto la enferma nunca recobra por completo la sensación de bienestar físico anterior. Se queja de fatiga permanente que le hace difícil el trabajo en su casa. Ellas comprenden que esto es debido a alguna enfermedad. Se dice en la literatura que estos enfermos olvidan lo que es sentirse bien.

Sintomatología de la deficiencia hormonal múltiple en la necrosis pituitaria masiva (21)

C U A D R O I

Hormona suprimida	Síntomas ()
1) Lactogénica	Ausencia de lactancia
2) Gonadotrópica	Amenorrea
3) Crecimiento	Microsplacnia
4) Tirotrópica	Ausencia de sudoración Bajo metabolismo basal (p. ej. menos 35%). Torpeza, frío, constipación, mixe- dema.
5) Adrenotrópica	Anorexia con pérdida de peso Astenia Presión sanguínea baja Hipoglicemia Caída del vello sexual

Cambios mentales y signos de deteriorización mental.

Pérdida de la secreción sebácea
Pérdida del tono capilar en la piel (Palidez).

Disminución de la libido.

() El cuadro clínico necesita años para desarrollarse totalmente. Raramente es completo; muchos pacientes tienen variedades subclínicas con síntomas mínimos.

Hay una gran sensibilidad al frío, uno de los síntomas más molestos de la enfermedad. También tienen disminución de las fuerzas. Pérdida de la libido. El peso puede disminuir ligeramente pero en general está conservado y aun la presencia de obesidad no excluye la enfermedad. Uno de los méritos de la descripción de Sheehan fue hacer notar que estas enfermas no están siempre en caquexia, más aun que este es un síntoma raro de la enfermedad.

Aunque no es constante es común un cierto grado de lentitud mental. Los trastornos mentales pueden llegar a intensas crisis de melancolía; se han citado casos descubiertos en instituciones mentales (5).

La presión arterial está baja y el pulso es lento.

CUADRO Nº 1

Complicaciones.—Después de años de sufrir la enfermedad (aunque ocasionalmente se han descrito pocas semanas después de la destrucción de la glándula) estas pacientes están predisuestas a sufrir ataques de colapso y shock severos de un tipo particular, siguiendo en el curso de pocas horas a enfermedades, traumas menores, intervenciones quirúrgicas y aun espontáneamente (10-11). En muchos casos la causa precipitante es cualquier condición que produzca vómito o diarrea. Gradualmente la enferma se pone apática y somnolienta y en pocas horas llega al estupor, por último al coma profundo que puede estar precedido de una o dos convulsiones. Durante el coma la enferma puede estar rígida o flácida; en muchos casos no hay pulso ni presión arterial y los ruidos cardíacos son inaudibles. Puede haber hipertermia o hipotermia, siendo más común la última.

La causa última de esta condición varía según los casos, se

ha encontrado algunas veces una hipoglicemia marcada con niveles entre 15 y 30mg.%. Los electrólitos sanguíneos pueden estar normales o hay disminución del cloro y sodio. En otros la causa es intoxicación aguda por agua (5).

Datos de laboratorio.—(5-8-9-19). Los exámenes de laboratorio rutinarios muestran anemia de tipo hipocrómica a veces normocrómica; la glicemia en ayunas está por debajo de los niveles normales. El colesterol sanguíneo en general está elevado, pero no guarda relación con el grado de insuficiencia tiroidea.

Exámenes especiales: el E. C. G. muestra aplanamiento inversión de la onda T y bajo voltaje (por insuficiencia tiroidea).

El M. B. está siempre por debajo de las cifras normales (con excepciones rarísimas). Queda sin explicar porque un porcentaje alto de pacientes con Síndrome de Sheehan, cuando se los estudia por los métodos más modernos de investigación tiroidea (absorción "uptake" de I131 y I unido a las proteínas "Protein bound Iodine") se encuentra que estos son normales a pesar de estar el metabolismo basal disminuído (9).

La prueba de Thorn tanto con adrenalina como con ACTH indica insuficiencia suprarrenal.

Los 17 keto esteroides se encuentran disminuídos debido a insuficiencia suprarrenal (20).

Bosquejo de quince investigaciones que ayudan al reconocimiento del hipopituitarismo subclínico (21).

C U A D R O I I

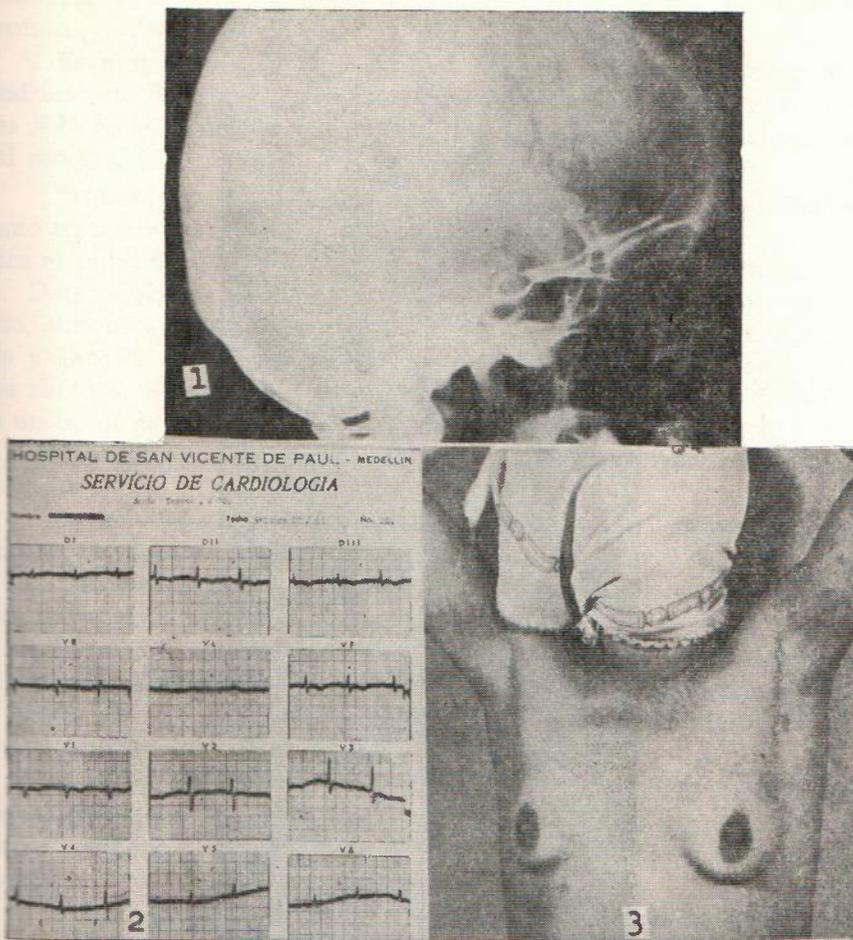
Organo evaluado	Método de estudio
Pituitaria	1 Rayos X de silla turca
	2 Investigación de gonadotropinas urinarias
Ovario	3 Investigación de estrógenos urinarios
	4 Extendidos vaginales
	5 Biopsia de endometrio
Tiroides	6 Determinación del Metabolismo Basal
	7 "Protein Bound Iodine" del suero

	8	Nivel del colesterol
	9	Yodo radioactivo
Suprarrenales	10	Prueba de la tolerancia a la insulina
	11	Prueba de la excreción de agua de Robinson-Kepler- Power -
	12	Prueba de Thorn
	13	Determinación de 17 ketosteroides y 11 oxiesteroides
	14	Estimación del sodio, potasio y cloruros de la sangre
Páncreas	15	Prueba de tolerancia a la glucosa intravenosa y determinación simultánea de fosfatos inorgánicos en el suero.

La prueba de sensibilidad a la insulina (20) es positiva en la mayor parte de los casos. La técnica habitual de esta prueba se hace inyectando 0.1 de U de insulina regular por kilo de peso intravenosa. La prueba en estos pacientes es peligrosa; Sheehan reportó 5 casos de muerte por el uso imprudente de la insulina (12). Se recomienda en general la mitad o aun la tercera parte de la dosis (0.03-0.05) para hacer la prueba.

El aumento de la sensibilidad a la insulina en estos enfermos es bien fácil de explicar por la destrucción de la hipófisis y la insuficiencia suprarrenal. Se han descrito un total de 14 casos de hipopituitarismo desarrollado en pacientes con diabetes, en todos ellos la hiperglicemia desapareció y se desarrolló una gran sensibilidad a la insulina; 5 de estos casos fueron síndrome de Sheehan (Fenómeno de Houssay en el hombre) (13).

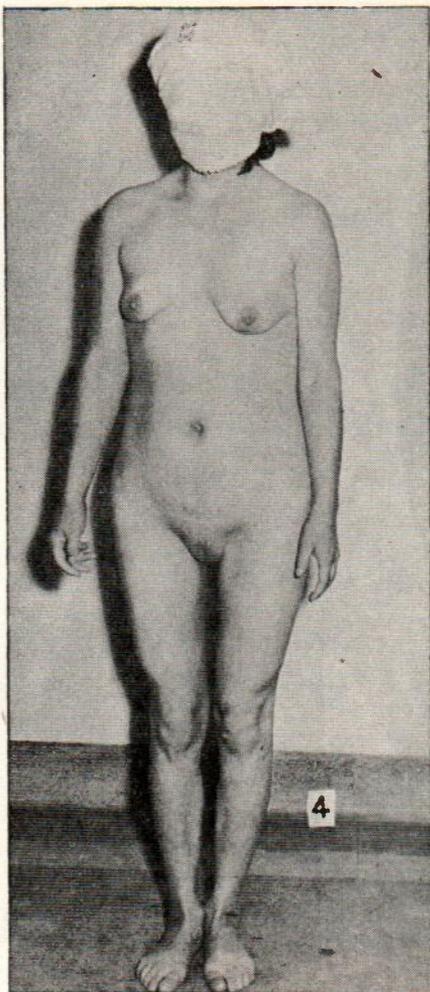
La prueba de Robinson-Kepler es anormal en estos pacientes (14-20). En 1925 se notó que los pacientes con enfermedad de Addison eran incapaces de hacer diuresis siguiendo a la administración de una cantidad grande de agua. Esto y el aumento de la depuración de los cloruros y disminución de la depuración de la urea por el riñón llevaron a Robinson en 1941 a idear la prueba que lleva su nombre, para estudiar la función suprarrenal. Pocos años más tarde se demostró que los enfermos con insuficiencia de la hipófisis se comportaban en esta prueba de una manera idéntica a los addisonianos.



CUADRO N° II

Diagnóstico diferencial.—(15-19). Puede ser difícil diferenciar esta enfermedad de otras que producen una sintomatología similar, tales como psicosis, anorexia nerviosa, hipotiroidismo primario, enfermedad de Addison o tumor pituitario. Pero con exámenes de laboratorio que es posible hacer en la mayoría de los hospitales se consigue hacer esta diferenciación.

Una psicosis y la anorexia nerviosa se pueden distinguir por-



que no hay caída del vello pubiano y axilar, los 17 ketoesteroides y la prueba de Thorn son normales. Los mismos datos sirven para hacer el diagnóstico diferencial con hipotiroidismo primario. La enfermedad de Addison se puede diferenciar por las pigmentaciones que la caracterizan y porque en ella no hay pérdida del vello pubiano y axilar. El tumor pituitario se puede diferenciar por la radiografía de silla turca y por la asociación de trastornos visuales. Además en ninguna de estas entidades se encuentra la historia característica de

comienzo de la sintomatología siguiendo a un parto con hemorragia profusa.

Es muy importante diferenciar el hipotiroidismo primario del síndrome de Sheehan porque la administración de terapéutica tiroidea sola en este último puede precipitar una insuficiencia suprarrenal mortal.

Tratamiento (5-16-17-18-19-22).—Sabemos que se ha propuesto como tratamiento de este síndrome el trasplante de hipófisi sde ternera al tejido celular subcutáneo de la pared abdominal de la paciente. Desgraciadamente nos fue imposible conseguir literatura sobre esto, aunque sabemos que este método ha sido propuesto en Alemania y España. Dudamos sin embargo de que tenga algún valor por dos razones: 1) porque un trasplante entre 2 especies tan disímiles de un tejido tan delicado no vemos como pueda prender y 2) si tuviera algún valor, consideramos que la literatura consultada lo recomendaría.

Se ha dicho que la enferma si logra quedar embarazada (lo cual es extraordinariamente difícil) puede mejorar y aun curarse (8-19). Sin embargo se han citado casos en los cuales los síntomas se han agravado siguiendo a un embarazo.

El tratamiento ideal hoy, es con Cortisona. En un principio se utilizaron dosis de 75 a 100 mg. diarios que tenían el inconveniente de provocar una gran diuresis e insomnio (como pudimos comprobar en nuestro caso).

Sheehan recomienda empezar con una dosis inicial de 12.5m g. diarios por una o dos semanas, luego aumentar a 25 mg. por dos a cuatro semanas y disminuir gradualmente a 12.5 mg. que se continuarán indefinidamente.

Se han obtenido buenos resultados haciendo el tratamiento con ACTH empezando con dosis de 25 a 40 unidades diarias; una vez que los síntomas han sido controlados continuar con 40 unidades del gel de ACTH una o dos veces a la semana.

Aunque algunos no lo consideran necesario, Whittaker añade tiroides 0.032 gr. diarios y también Testosterona.

Con este tratamiento hay mejoría de los síntomas, recobran la sensación de bienestar, recuperan el apetito y las fuerzas.

Sumario.—Se ha presentado un caso típico de síndrome de Sheehan y se ha comentado la literatura reciente al respecto.

Queremos llamar la atención sobre esta entidad pues consideramos que no debe ser muy escaso entre nosotros, dada la frecuencia

de las complicaciones obstétricas. Su diagnóstico no es difícil si se piensa en ella y el tratamiento es muy satisfactorio con los métodos de que disponemos hoy en día.

BIBLIOGRAFIA

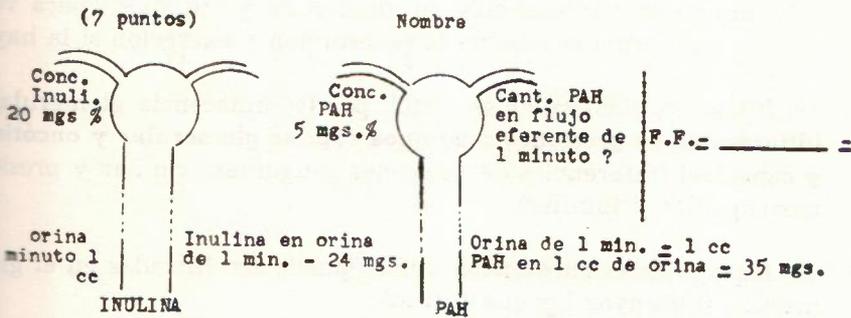
- 1) SHEEHAN M. L.: Post-partum necrosis of anterior Pituitary. *J. Path. & Bact.* 45: 189-214 (July), 1937.
(Citado por Heyde E. C.: Sheehan's Syndrome. *Arch. of Int. Med.* Vol. 92, Nº 3 442-445 (sept), 1953.
- 2) Cecil and Loeb; Editors: *Textbook of Internal Medicine.* Filadelfia. Saunders Co. 1951. Eight Edition. 1242.
- 3) Paschks K. E.; Rakoff A. E. and Cantarrow A.: *Endocrinología clínica.* Traducción de Folch A. Editorial Interamericana. 1955.
- 4) Sheehan M. L.: The incidence of Post-Partum Hypopituitarism. *J. of Obs. and Gyn.* Vol. 68 Nº 1 202-221 (july), 1954.
- 5) Wittaker S. R. and Whitehead T. P.: The diagnosis and the treatment of Hypopituitarism. *Brith. Med. J.* Nº 4842; 265-269. (July), 1954.
- 6) Wilson L. A.: Incomplete Pituitary Insufficiency. *The Lancet* Vol. CCLXVII, Nº 6841; 715-719 (Octt. 9), 1954.
- 7) Cooke R. T. and Sheehan M. L.: Cases of hipopituitarism. *Brit. Med. J.* Nº 4659; 928-931 (april 22), 1950.
- 8) Castillo E. B.: Síndrome de Insuficiencia anterohipofisiaria; diagnóstico y tratamiento. *Rev. de la Asociación Médica Argentina.* Tomo LXVIII Nos. 769-70 51-55 (marzo 15-30), 1954.
- 9) Querido A. et al.: Post-partum Hypopituitarism. *Acta Médica Scandinavica* Vol. 149 Fasc. IV 291-310, 1954.
- 10) Sheehan M. L. and Summers V. K.: Treatment of Hypopituitarism coma. *British Med. J.* Nº 4770 1214-1215 (June 7), 1952.
- 11) Farmer T. W. and Flowers Ch. A.: Neurologic manifestation of Post-partum Pituitary Insufficiency. *Neurology* Vol. 5 Nº 3 212-214 (March), 1955.
- 12) Sheehan H. L. and Summers V. K.: *Quart. J. Med.* 18, 319 1949. (Citado por del Castillo 8).
- 13) Harvey J. C. and Klerk J.: The Houssay Phenomenon in man. *J. of Med.* Vol. XIX Nº 3 (Sept.), 1955.
- 14) Robertson J. D.: Abnormal water metabolism in Simmond's disease. *The Lancet* Vol. CCLXI Nº 6677 282-286 (August 18), 1951.
- 15) Heyde E. C.: Sheehan's syndrome. *Arch. of Int. Med.* Vol. 92 Nº 3 442-445 (Sept), 1953.
- 16) Summers V. K. and Sheehan H. L.: Cortisone and ACTH in hypopituitarism. *British Med. J.* Nº 4731 564-568 (sept 8), 1951.
- 17) Sheehan H. L. and Summers V. K.: Oral Cortisone treatment of Hypopituitarism. *British Med. J.* Nº 4864 723-725, 1954.
- 18) Fourman P. and Mosler A. R.: Cortisone in the treatment of chronic adrenal insufficiency. *The Lancet* Vol. CCLXVI Nº 6807 334-336 (Feb). 13), 1954.

- 19) Harrison T. R. Editors: Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill Book Company, Inc. Second Edition 595-597, 1954.
- 20) Hoffman W. S.: The Biochemistry of Clinical Medicine. The year Book Publishers Inc. 1954.
- 21) Israel S. L. and Conston A. S.: unrecognized Pituitary necrosis (Scheean's syndrome). J. A. M. A. Vol. 48 N° 1: 189-193 (Jan. 19), 1952.
- 22) Beck C. J.: The present status of ACHT and adrenal steroid therapy in medicine. Annals of Internal Medicine. Vol. 43 N° 4 667-684 (October, 1955).

*

TEMAS DE EXAMEN EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. DE A.

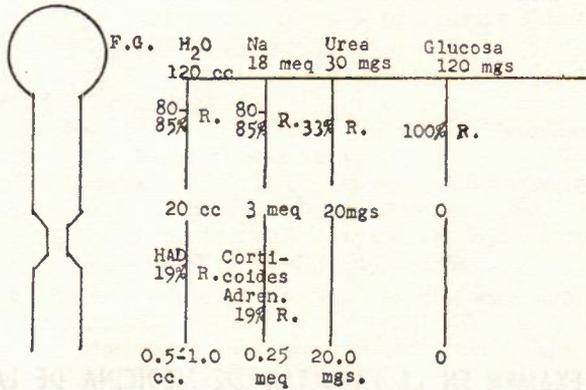
1) (3 puntos).



a) Explique en la siguiente gráfica — Filtración glomerular de H₂O, Na, Urea y Glucosa en 1 minuto — Porcentaje de reabsorción de cada una de ellas en el túbulo proximal y en el túbulo distal — Causa de la reabsorción distal del H₂O y Na — Cantidad de dichas substancias en el glomérulo, en el segmento delgado del asa de Henle y en los túbulos colectores.

2) (5 puntos).

1.-

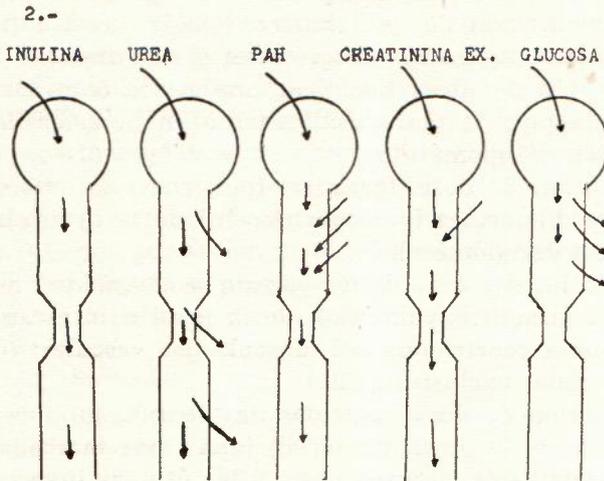


b) Explicar con flechas que indiquen entrada o salida de cada una de esas substancias, en glomérulo y túbulos, para ver en qué forma se efectúa la reabsorción y excreción si la hay.

- 3) La filtración glomerular se efectúa por (complacencia glomerular) (**diferencias de presiones sanguínea capilar glomerular y oncótica y capsular**) (diferencias de presiones sanguíneas capilar y presiones capsular y tubular).
- 4) De las siguientes substancias cuáles puede ser filtradas en el glomérulo. (Subrayar las que filtran).

- | | | |
|-----------------------|---------------------|--------------------|
| 1) <u>K</u> | 2) <u>Ca</u> | 3) Fibrinógeno |
| 4) <u>Hemoglobina</u> | 5) <u>N</u> | 6) Albúmina |
| 7) <u>Globulina</u> | 8) <u>Galactosa</u> | 9) <u>Gelatina</u> |

5) (4 puntos).



a) Con los datos que encuentra en las gráficas dar F. G., F. P. R. y F. F.

Cuál es la cantidad de PAH que se encuentra en el flujo de la arteriola aferente, de un minuto?.

$$I = \frac{U V}{P} = \frac{24 \times 1}{0.2} = 120 \text{ c.c.}$$

$$PAH = \frac{U V}{P} = \frac{35 \times 1}{0.05} = 700 \text{ c.c.}$$

$$F F = \frac{120}{700} = 0.171 \text{ F. art. efer./ min} = 29 \text{ mgs.}$$

6) (2 puntos).

En un paciente con un Tm para la glucosa de 300 mgs, y una glicemia de 350 mgs. % cuánta glucosa se pierde en un minuto, si la

filtración glomerular es de 110 c.c. / min.

Si la FG es 110, se filtran 385 mgs.

Si el Tm es de 300 mgs, se pierden 85 mgs. en 1 minuto.

- 7) La concentración de glutamina es (igual) (mayor) (menor) en la sangre venosa que en la sangre arterial del riñón.
- 8) La inyección de adrenalina tiene una acción (**constrictora**) (vasodilatadora), que actúa selectivamente en la arteriola (aférente) (**eférente**), del glomérulo.
- 9) La inyección de dosis (**grandes**) (pequeñas) de pitresín produce una (vasodilatación) (**vasoconstricción**) de la arteriola (**aférente**) (eférente) del glomérulo.
- 10) La acción hipertensora del vasopresín se efectúa por aumento (volumen minuto circulatorio) (de la presión intracarotídea) (**de la respuesta constrictora del músculo liso vascular**) (del tono arteriolar renal exclusivamente).
- 11) La aplicación de dosis repetidas de pitresín, producen (aumento exagerado de la presión arterial) (**una caída marcada de la presión arterial**) (ninguna respuesta a las últimas inyecciones).
- 12) La acción del pitocín hace que responda (**más**) (MENOS) el útero, cuando está bajo la acción de (**estrógenos**) (PROGESTERONA).
- 13) Que sitios conoce Ud. en donde se inactive la hormona antidiurética? — Hígado — Riñón.
- 14) Después de una hipofisectomía hay (polifagia) (**hipoglicemia persistente**) (descenso de la concentración del Na del plasma).
- 15) La inyección de epinefrina (**augmenta**) (disminuye) (no modifica) la secreción de ACTH.
- 16) La diabetes hipofisiaria es (pancreática) (**extrapancreática**), mientras que la diabetes metahipofisiaria es (**pancreática**) (extrapancreática).
- 17) El factor diabetógeno (**augmenta**) (disminuye) (no modifica) la conversión del glicógeno y amino-ácido en glucosa.
- 18) En animales pancreatectomizados, la hipofisectomía total (aumenta) (**disminuye**) (no modifica) la glicemia, **por inanición**
- 19) La estimulación del hipotálamo produce secreción de las siguientes hormonas.
 - a) ACTH
 - b) gonodotropina
 - c) tiroxina (?)
- 20) La secreción de la hormona foliculoestimulante es regulada por el nivel sanguíneo de (andrógenos) (progesterona) (**estrógenos**).
- 21) El factor diabetógeno (estimula) (**inhibe**) (no modifica) la conversión de la glucosa en los tejidos en Hexosa—6 — fosfato.

- 22) En la acromegalia hay (aumento de la sensibilidad de la Insulina) (**aumento del tamaño del corazón**) (aumento de las epifisis de la tibia) (descenso del fosfato inorgánico del suero).
- 23) En la orina de un macho castrado hay (aumento de la excreción de FSH) (**aumento de la excreción de LH**) (poco cambio en la excreción de gonodotropinas hipofisiarias).
- 24) En la CRIPTORQUIDIA BILATERAL (hay espermatogénesis) (**no hay espermatogénesis**) y la secreción de andrógenos está (**presente**) (ausente).
- 25) La motilidad y fertilización de los espermatozoides en el epidídimo se mantienen por acción de (estrógenos) (gonodotropinas hipofisiarias) (**andrógenos**) (**progesterona**).
- 26) (2 puntos) — Haga un esquema del ciclo ovárico en el perro (completo).



27) (3 puntos).

Anote con (+) la existencia y con (—) la no existencia de las hormonas siguientes en las fuentes orgánicas anotadas a continuación.

	Orina de Embarazada - Humanos -	Orina de Embarazada - Yegua -	Placenta - Humanos -	Ovarios - Humanos -	Orina del Hombre
R - estradiol	+	+	+	—	—
ESTRONA	+	+	+	—	+
ESTRIOL	+	—	+	—	—

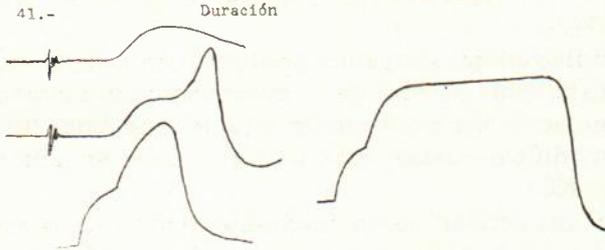
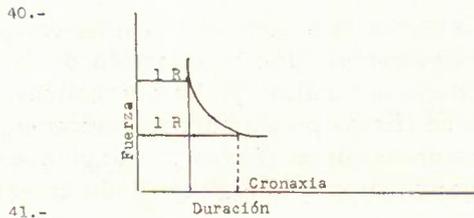
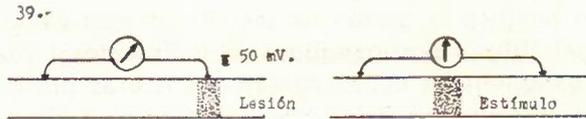
	Bocio Exof-tálmico	Estimulación Simpático	Estimulación Motor ocular común	Mixedema	Sección Ner- vio del Seno Carotideo
Frecuencia del pulso	↗	↗	0	↗	↗
Presión arterial	↗	↗	0	↗	↗
Volumen min. circulatorio	↗	↗	0	↗	↗
Tamaño pupilar	0	↘	↗	0	0

- 28) La triyodotironina es (**más**) (menos) (igualmente) potente su acción sobre la actividad metabólica, sobre la frecuencia del pulso y la temperatura que la tiroxina.
- 29) (5 puntos).
Indique una aumento con (↗), una disminución con (↘) y ninguna acción con (0).
- 30) La tropina bloquea la acción de las (fibras post-ganglionares adrenérgicas) (**fibras post-ganglionares colinérgicas**) (todas las fibras post-ganglionares neurovegetativas) (fibras pre-ganglionares adrenérgicas) (todas las fibras pre-ganglionares neurovegetativas) (todo el sistema neurovegetativo).
- 31) La fisostigmina (favorece la acción de la colino-acetilosa) (**inhibe la acción de la colinesterasa**) (inhibe la acción de la acetilcolina) (inhibe la acción de la adrenalina y Nor-adrenalina).
- 32) La ergotoxina inhibe (fibras preganglionares adrenérgicas) (**fibras post-ganglionares adrenérgicas**) (fibras preganglionares colinérgicas) (fibras post-ganglionares colinérgicas) (todo el sistema neurovegetativo).
- 33) La estimulación del simpático produce (una constricción) (**una dilatación**) (ninguna acción) de la musculatura lisa bronquial.
- 34) La estimulación del ciático de la rana se (**aumenta**) (se disminuye) (no se modifica) cuando está siendo bañado en una solución al 0.9% de KCl.
- 35) Al hacer una sección de un cuadrante ventral de la médula (**hay**) (no hay) pérdida de la sensibilidad cutánea (del mismo lado) (**del lado opuesto**) y (**hay**) (**no hay**) pérdida de la sensibilidad propioceptiva (del mismo lado) (del lado opuesto) de la lesión.
- 36) Al hacer una sección de un cuadrante dorsal de la médula (**hay**) (**no hay**) pérdida de la sensibilidad cutánea (del mismo lado) (del lado opuesto) y (**hay**) (**no hay**) pérdida de la sensibilidad propioceptiva (**del mismo lado**) (del lado opuesto) de la lesión.
- 37) En el hiperparatiroidismo hay (**hiperfosfaturia**) (hipofosfaturia) (hiperfosfatemia) (hipofosfatemia) (hipercalciuria) (hipocalciuria) (hipercalcemia) (hipocalcemia).
- 38) (2 puntos). En una adrenalectomía bilateral indicar un aumento con (↗) y una disminución con (↘) al frente de cada una de las características fisiológicas indicadas.

- | | | | |
|---------------------|-------|-------------------|-------|
| 1) Hematocrito | (↘) | 5) Urea sanguínea | (↗) |
| 2) Proteínas plasma | (↗) | 6) Peso corporal | (↘) |

- 3) Presión arterial (↘) 7) Consumo basal de oxígeno (↘)
 4) Temperatura rectal (↘) 8) Anorexia (↗)

39)



En las dos gráficas anteriores, hacia donde se desvía la aguja del galvanómetro y cual es la F.e.m.?

40)

Haga un esquema de los mínimos valores de la fuerza y duración en una fibra muscular denervada del sapo.

41) Hacer las siguientes gráficas.

- a) 2 comparando las respuestas eléctricas en una placa terminal parcial y totalmente curarizada.

- b) Sumación de dos estímulos muy continuos de la fibra muscular y de un tétanus completo.
- 42) La transmisión neuromuscular se efectúa por (descarga de adrenalina) (**liberación de acetilcolina**) (acción de la colinoacetilasa) (acción de la anticolinesterasa de la fisostigmina).
- 43 (2 puntos).
Diga en su orden de presentación los 5 trastornos más importantes que Ud. encuentra en una sección total de la médula.
- 1) Shock medular — Hipotensión.
 - 2) Abolición de todo movimiento.
 - 3) Abolición de toda sensibilidad.
 - 4) Abolición tono muscular.
 - 5) Abolición reflejos neurovegetativos.
- 44) Por estimulación del área 8 de la corteza cerebral se presenta (Impresiones que recuerdan experiencias de sucesos pasados) (Sensaciones visuales de gran intensidad) (**Desviación de la cabeza al lado de la lesión y parálisis de los movimientos conjugados del ojo hacia el lado opuesto**).
- 45) (2 puntos).
Enumere las funciones del hipotálamo que Ud. conozca.
Regulación del metabolismo del agua.
Regulación del calor.
Obesidad.
Regulación de la función sexual.
Control de la expresión emocional.
Regulación de la función autonómica.
- 46) Cómo corrige un Astigmatismo con miopía? **lentes cilíndricas negativas**
Cómo una presbicia? **lentes positivas**.
- 47) Si Ud. secciona longitudinalmente el quiasma óptico, qué lesión resulta?
Hemianopsia bitemporal.
- 48) La fatiga muscular producida en las prácticas de laboratorio la corregí por **aplicación de solución de adrenalina**.
En animales intactos la fatiga muscular puede ser prevenida por estimulación del (vago) (**simpático**) (de los nervios somáticos que inervan los músculos estriados fatigados).
- 49) El dicumarol actúa inhibiendo directamente la formación de (**protrombina**) (trombina) (tromboplastina) (fibrina).

50) (2 puntos).

Indicar un aumento por (↗) y una disminución por (↘).

La secreción de jugo gástrico a) por la inyección de Histamina (↗);

b) por una hiperglicemia (↘); c) por inyección de Insulina (↗);

d) por estimulación del simpático (↘); e) por la inyección de atropina (↘); y f) por una vagotomía (↘).

51) (2 puntos).

De las siguientes sustancias indicar las que estimulan la secreción pancreática con (↗), las que la inhiben con (↘) y las que no la modifican con (0).

- | | | | |
|----------------------------------|--------|-----------|-------|
| 1) Jugo gástrico aclorhídrico | (0). | 4) Grasas | (↗) |
| 2) Sales biliares | (↗). | 5) Bilis | (↗) |
| 3) Solución de bicarbonato de Na | (↘). | 6) Agua | (0) |

52) El estímulo más efectivo para producir excreción de bilis, es la ingestión de (hidratos de carbono) (**grasas**) (proteínas).

53) La hipercolesterinemia fisiológica se presenta en **el embarazo** y la eritrosedimentación **se eleva considerablemente**.

54) La efedrina produce una (miosis (**midriasis**)) (ninguna acción).

55) En un paciente grupo 0, diga

a) Aglutinógeno: /—

b) Aglutinina $\alpha \beta$

c) Qué sangre recibe ? 0

d) A qué grupo(s) da? A - B - AB - 0.

56) Cuánto debe ser la volemia teórica de un paciente de 65 kgs. ?
5.200 c.c.

57) (2 puntos).

Indicar una acción estimulante de su secreción por (↗), una disminución por (↘) y ninguna acción por (0).

58) Dibuje una curva de electrocardiogramanormal (I derivación común).

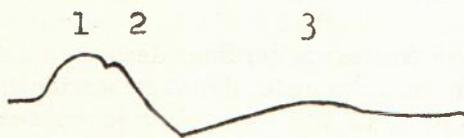
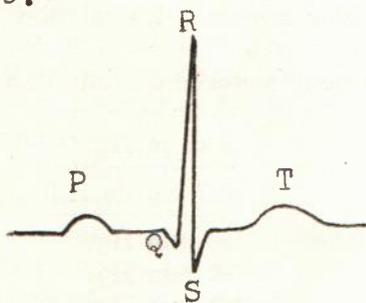
Interprete y explique los distintos elementos de la gráfica.

a) P: Representa el paso del impulso por las aurículas. Dura 0.1 seg.

PR:: Representa tiempo de conducción por el fascículo de His. Dura de 0.13 a 0.16 seg. max. 0.20.

	ESTOMAGO	PANCREAS	VESICULA BILIAR
Colecistoquinina	0	0	↗
Esterogastrona	↘	0	0
Pancreozinina	0	↗	0
Secretina	0	↗	0
Gastrina	↗	0	0

58.-



QRST: Complejo ventricular. R, coincide con el comienzo de sístole ventricular. QRS dura 0.08. T = 0.27 QT = 0.4.

QRS corresponde en tiempo y duración, al período de invasión de los ventrículos ST y T corresponde a repolarización.

59) Explique la curva de presión auricular . .

- b) 1: debida a sístole auricular.
 2: debida al abombamiento de la válvula A-V al iniciarse la sístole ventricular. El descenso súbito que sigue se debe:

Presión intrapleurál negativa sobre aurícula relajada.
 Descenso del anillo A -V.

3: Llenamiento auricular mientras las válvulas A -V permanecen cerradas.

60) La presión del ventrículo derecho durante la diástole es de

(subraye la verdadera)	<u>2 m m Hg.</u>
	<u>2.7 cm de H₂O</u>
	18 mm Hg.
	80 mm Hg.
	80 mm Hg.
Durante la sístole	<u>27 cm H₂O.-</u>
de	<u>20 mm Hg.</u>

61) Efectos sobre la frecuencia cardíaca de:

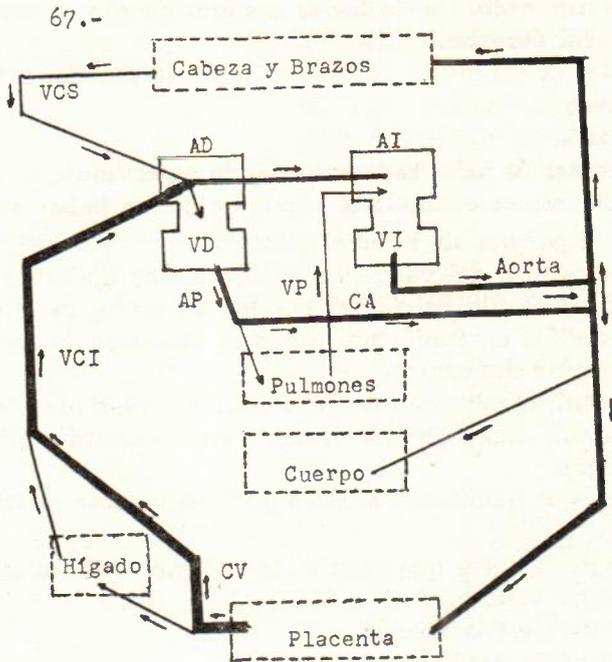
a) El estímulo del cabo distal del vago seccionado.

b) El estímulo del cabo proximal del vago.

a) **Inhibición.**

- b) **Variable**, casi siempre inhibición especialmente del estímulo del cabo izquierdo. Puede haber aceleración con el estímulo del cabo central derecho.
- 62) Efectos de los estímulos anteriores sobre la presión arterial
- a) **Descenso**.
 - b) **Variable**.
- El descenso es más frecuente cuando se estimula el lado derecho. Cuando se estimula el izquierdo puede haber elevación.
- 63) explique el por qué de b) en el punto 61.
- El cabo central del vago izquierdo contiene aferentes seno-aórticos cuyo estímulo fisiológico por los aumentos de presión aórtica se traduce en inhibición cardíaca mediante la modificación de la actividad del centro.
- El cabo central del vago derecho contiene aferentes auriculares cuyo estímulo fisiológico se traduce en taquicardia (Reflejo de Bainbridge).
- Para que estos fenómenos se produzcan debe estar intacto uno de los vagos.
- 64) Enumere los factores que regulan el volumen minuto cardíaco.
- 1o.) Retorno venoso.
 - 2o.) Energía de contracción.
 - 3o.) Frecuencia cardíaca.
 - 4o.) Presión arterial.
- 65) a) La mayor caída de presión se efectúa normalmente en: Aorta, arterias, **arteriolas**, capilares, vénulas, venas.
- b) La superficie de fricción es mayor en: arterias, arteriolas, **capilares**, vénulas.
(Subraye la verdadera).
- 66) a) La velocidad es mayor en:
Arterias, arteriolas, capilares, vénulas.
- b) La resistencia periférica es mayor en:
Arterias, **arteriolas**, capilares, vénulas.
- 67) Esquema de la circulación fetal.
- 68) Cifras normales de Max. Capac. Resp. 100 litros.
Volumen minuto Respir. 7.500 c.c.
Cap. residual funcional 2.500 a 3.000 c.c.
- 69) Cifras de presión pleural durante las fases del ciclo respiratorio.

Inspiración normal	— 10 m m Hg.
espiración normal	— 5 m m Hg.



70) Calorías por m^2 y por hora de un adulto normal.

40 hombre

37 mujer

- 71) La distensión pulmonar produce:
 Aumento de la frecuencia respiratoria.
Inhibición del centro respiratorio.
 Inspiración forzada. (Subraye la verdadera).
- 72) El estímulo del cabo central del vago seccionado produce:
 Aumento de la frecuencia respiratoria.
Inhibición respiratoria.
 Espiración forzada. (Subraye la verdadera).
- 73) Explique el por qué de las respuestas 71 y 72.
 La distensión pulmonar produce el estímulo de las terminaciones vagales intrapulmonares y tiene como consecuencia la inhibición del centro inspiratorio. — Reflejo de Hering Breuer).

74) Aumentan la actividad del centro respiratorio:

CO_2 , O_2 , iones H^+ , el aumento de presión arterial, la bradicardia.
(Subraye las verdaderas).

75) Cómo influye el frío, el CO_2 , los iones H^+ sobre la curva de disociación del oxígeno y la Hb.

El frío la desvía hacia la izquierda.

El CO_2 y los iones H^+ la desvían hacia la derecha.

76) Formas en que se encuentra al CO_2 en la sangre normal.

1o. En solución simple formando H_2CO_3 .

2o. Como bicarbonato — NaHCO_3 y KHCO_3 . —

3o. Combinado con la hemoglobina - Carbamino-hemoglobina.

4o. Combinado con las proteínas del plasma — Carbamino-proteínas.

77) El Cl globular es mayor en la sangre venosa que en la arterial.

Si o No.

El K es mayor en la venosa que en la arterial.

Si o No.

*

INTERPRETACION DE LA REACCION TUBERCULINICA Y VACUNACION CON B. C. G. +

Mario Giraldo Henao
Luis Botero Restrepo
Estudiantes 6º año de
Medicina

La reacción a la prueba de tuberculina se presenta de distintos aspectos según la técnica que se siga. Es de mucho interés la reacción local, consistente en eritema en caso de la oftalmorreacción; pápula en las pruebas cutáneas o hasta la necrosis en algunos casos. No deben descuidarse algunos aspectos de orden general como son: elevación térmica y malestar principalmente en el test subcutáneo.

Para la aplicación de la prueba Intradérmica debemos tener en cuenta lo siguiente:

- 1 — Jeringa de tuberculina seca.
- 2 — Agujas estériles y secas.
- 3 — Desinfección de la piel con alcohol.
- 4 — Introducción de la aguja dentro de la epidermis de la cara anterior, tercio superior del antebrazo y observar que se forme una pápula que haga relieve sobre la piel.

Lectura.

Por experiencia personal y que recomendamos debe hacerse entre las 70 y 75 horas, poniendo el antebrazo en semiflexión con una inclinación de 120 a 130°. Esto debido a que la piel de esa región al poner el antebrazo en completa extensión, se perdían las características de tamaño, forma y consistencia de la reacción tuberculínica y por lo tanto pueden prestarse a error las lecturas si no se sigue las pautas antes mencionadas.

Además de la posición del antebrazo debemos tener en cuenta lo siguiente:

- A—El Eritema que puede tener las siguientes características:
- 1 — Eritema igual a la pápula.
 - 2 — Eritema mayor que la pápula.
 - 3 — Eritema menor que la pápula.
 - 4 — Eritema ausente.

(*) Presentado a la Cátedra de Medicina Preventiva.

B—La forma de la pápula en la mayoría de los casos es circular, en el resto es ovoide, en forma de huso e irregular.

C—La infiltración de la pápula es como sigue:

1 — Menos del 50% de las pápulas que hemos estudiado hacen relieve visible sobre la piel con bordes netos.

2 — El 40% su relieve es apreciable solo al tacto.

3 — Aproximadamente un 8% de las reacciones tienen lectura difícil y para salvar la dificultad hacemos la comparación de las pieles simétricas de ambos antebrazos para saber donde empieza y donde termina el límite de la reacción.

4 — Queda más o menos un 2% para aquellas reacciones en las cuales hay infiltración, pero el tacto no alcanza a definir los límites.

D—Medida de la pápula:

En vista de las dificultades que se presentaban debido a las irregularidades de las pápulas y para tener un criterio uniforme sobre las reacciones optamos por anotar siempre el diámetro mayor de cada reacción valiéndonos de regla graduada en milímetros. En los límites cardinales de cada pápula y guiados por el tacto trazamos una línea de tal suerte que se presentaban dos diámetros para medir y luego colocando la regla sobre las líneas opuestas tomamos la distancia entre ellas como diámetro de la reacción.

Falsos Positivos a la Tuberculina.

Una reacción falsamente positiva a la tuberculina se presenta en aquellas personas que han sido sensibilizadas a esta sustancia con el uso de dosis altas y repetidas a corto intervalo con tuberculina.

Falsos Negativos a la Tuberculina.

En el grupo de falsos negativos, cabe hacer una enumeración de estados orgánicos que en mayor o menor grado impiden la apreciación de la alergia tuberculínica. Entre estos estados podríamos enumerar los siguientes:

A — Estados caqueticos avanzados.

B — Hipertemias apreciables de muy diversos orígenes.

C — Enfermedades eruptivas y muy especialmente Sarampión y Varicela.

D — Estados preagónicos.

E — Embarazo.

- F — Lactantes de los primeros meses, debido a la hidrofilia tisiular.
- G — Casos inexplicables en personas sanas, como lo afirman Vaccarezza y Enquin por estudios realizados en universitarios.
- H — Infecciones Tuberculosas recientes que aún no hayan formado alergia manifestada por la prueba de tuberculina.
- I — Dosis demasiado pequeñas de tuberculina.

Conducta para con niños de corta edad, positivos a la tuberculina.

La Tuberculina, como ya se ha dicho, no es índice de infección activa, sino de simple contacto de un individuo con el bacilo tuberculoso; en el niño de corta edad este contacto es sin embargo índice de proceso activo, ya que con excepciones rarísimas, el feto al nacer, presenta reacción negativa y un proceso tuberculoso por benigno que sea, requiere un tiempo variable, pero más o menos largo para evolucionar hacia la curación si es que en este sentido evoluciona rápidamente la infección; por lo tanto en estos casos que consideramos, niño pequeño, positivo a la prueba de tuberculina y exceptuando la falsa reacción positiva, como también la vacunación previa con el B.C.G. debe considerarse en proceso activo tuberculoso mientras no se demuestre lo contrario, y para ello se requiere un estudio clínico cuidadoso, completado con exámenes de laboratorio, rayos X etc. conducta que debe seguirse de inmediato. El complejo primario tuberculoso que se presenta en la niñez, bien sabemos que puede pasar asintomático en muchos casos, pero no obsta que se descubra por estudio cuidadoso y se controle en la debida forma, para evitar después graves consecuencias para el organismo infantil.

Conducta para con los tuberculino negativos.

Es una cosa probada que el B. C. G. presta gran servicio protector contra el desarrollo de una infección a B. K. El comité Higiénico de la Sociedad de las Naciones en un estudio de 40.000 casos de las peores condiciones, encuentra una disminución de la mortalidad entre personas vacunadas, con respecto a las que no se vacunaron, de un 20%. En estadísticas realizadas en Bucarest hace algunos años, se obtuvo una disminución de mortalidad por tuberculosis en niños vacunados, con relación a un grupo testigo, de las mismas condiciones, de un 66,6%. Las cifras aunque discímiles, indican claramente que la

vacunación sí tiene un poder protector innegable que debe aprovecharse. Por lo tanto, los niños y los adultos que sean negativos a la prueba tuberculínica, y no comprendidos entre los grupos enumerados al hablar de los falsos negativos, deben someterse a la vacunación con el B. C. G. el cual es inocuo como lo ha confirmado la experiencia en el mundo, ya que desde 1921 se aplica al hombre; claro está y ésto se dijo al hablar de la aplicación de tuberculina, que para verificar una vacunación en forma científica, deben aplicarse concentraciones de tuberculina cada vez que la anterior resulte negativa, hasta llegar a soluciones de 1/10 de tuberculina, en cuyo caso resultando esta negativa debe procederse a la aplicación del B. C. G.

CONTROL DE LA VACUNACION CON B.C.G.

Un individuo con una reacción tuberculínica negativa, es decir, cuando el diámetro de la pápula no sobrepasa los cinco milímetros, según las normas de la "OMS" y de acuerdo con las normas anteriores, es apto para la vacuna B. C. G. El control de ésta debe hacerse algún tiempo después por medio de una prueba tuberculina para constatar la aparición de la alergia, la cual se desarrolla entre las dos y las seis semanas. Sayé recomienda hacer un examen cada año que comprende:

Clínico general.

Rayos X.

Tuberculina.

En casos de reacciones anormales que se manifiestan por ulceración o abscedación del nódulo, o también por adenopatías regionales atribuibles a la vacuna en proporción muy grande debe pensarse en alguna deficiencia en la vacunación; como es por ejemplo la no consideración de las reacciones falsas negativas.

DURACION DE LA INMUNIDAD PRODUCIDA POR EL B. C. G.

El B. C. G. desarrolla una inmunidad activa la cual está de acuerdo con el estado orgánico del individuo y condiciones no bien determinadas. El tiempo de duración de la inmunidad no está aún definido; por eso como lo decíamos antes y de acuerdo no las recomendaciones de Sayé, deben efectuarse controles post-vacunales que incluyen la administración de nuevas dosis de tuberculina para cons-

tatar la persistencia de la alergia; en caso de ésta no hacerse manifiesta, debe procederse como en el caso de una persona tuberculino negativa que no ha sido sometida a la vacunación.

En este bosquejo que recopilado sobre Vacunación Anti-tuberculosa, presentamos, queremos dejar constancia y referirnos brevemente a un estudio que realizamos en la actualidad (LUIS BOTERO RESTREPO y MARIO GIRALDO HENAO) sobre dos puntos relacionados con tuberculina y B. C. G., que son los siguientes:

1 — Determinación experimental del límite entre positividad y negatividad de la tuberculina.

2 — Reacciones tuberculínicas después de las siguientes vacunas: Viruela.

Tifoidea.

Triple	{	Difteria.
	{	Tétanos
	{	Tosferina.

Plan a desarrollar en el primer tema:

A — Aplicación de prueba de tuberculina a escolares entre 5 y 16 años, en número superior a 4.000, utilizando P.P.D. al 1/2.000.

B — Lectura de Tuberculina a las 72 horas; deseamos las reacciones positivas y utilizamos las negativas diferenciando en grupos desde 0 hasta 5 milímetros inclusive.

C — Aplicación de B. C. G. a los tuberculino negativos, y lectura de las reacciones locales entre los 7 y 40 días después de la aplicación, de acuerdo con la siguiente clasificación:

1 — Nódulo.

2 — Nódulo ulcerado.

3 — Nódulo reblandecido.

4 — Absceso acompañado o no de adenopatías atribuibles a la lesión local.

D — Comparación de la reacción post-vacunal con la reacción tuberculínica de cada grupo.

Plan a desarrollar en el segundo tema:

A — Aplicación de prueba tuberculínica utilizando OT al 1/1.000 o diluciones especiales, la cual se verifica en grupos de jóvenes entre los 5 y los 16 años.

B — Selección de los tuberculino positivos de acuerdo a la reacción medida en milímetros a las 72 horas y división del personal en grupos homogéneos.

C — Aplicación de vacuna anti-variólica, anti-tifóidica y vacuna Triple a estos grupos, inmediatamente se ha leído la tuberculina.

D — Control de las vacunas anteriores.

E — Aplicación de nueva dosis de tuberculina OT a igual dilución que la anterior, anotando las fechas de aplicación y lectura, material utilizado y concentración.

F — Estudio de la Anergia después de la aplicación de la tuberculina anterior u otras posteriores.

G — Control posterior con una nueva dosis a la misma dilución de tuberculina OT para establecer el tiempo en que vuelva a hacerse manifiesta la elrgia o se presente una anergia tardía.

H — Conclusiones.

3 — ORGANIZACION DE CAMPAÑAS

Campaña de Vacunación Anti-tuberculosa.

La Campaña de vacunación anti-tuberculosa tuvo su origen en una negociación celebrada entre el MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUD PUBLICA de Colombia con LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD "OMS" y con EL FONDO INTERNACIONAL DE SOCORRO A LA INFANCIA UNICEF". El Ministerio, aportaría el personal necesario, el segundo organismo, la asesoría técnica y científica y el tercero, los materiales necesarios, equipos etc, para llevar a cabo dicho plan. La OMS solo acepta vacuna elaborada en un laboratorio controlado por ella misma, de allí que la UNICEF envíe el B. C. G. del Laboratorio del B. C. G. de Méjico.

VACUNACION CON B. C. G. EN OTROS PAISES.

De 45 países de que tenemos noticia, en donde se aplica la vacuna B. C. G., 18 de ellos tienen legislación más o menos clara sobre la obligatoriedad de verificar la vacunación entre sus asociados; algunos de ellos no obstante, hacen ciertas excepciones de ello, las cuales están subordinadas para su regencia, del concepto emitido por instituciones encargadas de practicar la medida profiláctica, en otras ocasiones del concepto de los padres del hijo y en otros lugares finalmente la obligatoriedad de la vacunación es indirecta.

En los siguientes países no es obligatoria la vacuna.

AUSTRALIA	AUSTRIA
EGIPTO	BELGICA
CEYLAN	CANADA
KOREA DEL SUR	CHILE
FILIPINAS	CHINA
INGLATERRA	COLOMBIA
IRAN	ALEMANIA OCCIDENTAL
LIBERIA	JAPON
HOLANDA	GRECIA
PAKISTAN	IRLANDA
PORTUGAL	SUIZA
ESPAÑA	TURQUIA
ESTADOS UNIDOS	URUGUAY
TAILANDIA	VENEZUELA

Existe cierta obligación ante el estado, de acuerdo con las salvedades que hicimos anteriormente, en los siguientes países:

ARGENTINA	DINAMARCA
BOLIVIA	INDIA
COSTA RICA	POLONIA

Es obligatoria hasta el momento, en los siguientes países de los cuales tenemos conocimiento:

BRASIL	NORUEGA
CHECOESLOVAQUIA	PARAGUAY
FINLANDIA	RUSIA
FRANCIA	SIRIA
ISLANDA	SUECIA
ITALIA	YUGOESLAVIA

En TURQUIA es obligatoria, solo en los sitios y en los momentos en que la autoridad sanitaria lo juzgue conveniente; en SIRIA pierde el carácter de obligación cuando un progenitor se opone a que su hijo sea vacunado; En FINLANDIA la obligación es indirecta.

Prácticamente, la campaña de vacunación en masa en casi todos los países que aprovechan los beneficios de la vacuna B. C. G., se inició hacia 1947-48 principalmente en EUROPA, en donde la Postguerra trajo una alta incidencia de tuberculosis.

En los ESTADOS UNIDOS hacia 1947 se habían aplicado solo unas 8.777 vacunas; no obstante, países como el URUGUAY entre los años de 1927 y 1954 aplicó aproximadamente 701.622 vacunas. En ALEMANIA pese al lamentable accidente ocurrido en Lubeck, en el año de 1950 se vacunaron 1.822.689 personas.

4 — ESTADISTICAS.

ESTADISTICAS COLOMBIANAS.

En la actualidad se conocen estadísticas de la vacunación por B. C. G. en Colombia, tomando como punto de partida la vacunación hecha hasta el 31 de diciembre de 1951 cuando se habían aplicado 77.030 vacunas. De allí en adelante, los datos de que disponemos, arrojan las siguientes cifras:

1952	98.090
1953	89.505
1954	81.784
1955 1er. trimestre	25.517
Total de vacunaciones	371.926

Esto hasta el 31 de marzo de 1955.

La GRAN CRUZADA NAL. DE VACUNACION ANTI-TUBERCULOSA, antes de llegar al Departamento de Antioquia, había visitado los siguientes Departamentos en su orden:

CUNDINAMARCA	TOLIMA
VALLE	BOYACA
CAUCA	CHOCO
NARIÑO	BOLIVAR
HUILA	SANTANDER DEL SUR

Además, se verificó ya la campaña en los siguientes territorios:

SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
VAUPES
AMAZONAS

TUBERCULINA Y B.C.G. APLICADOS POR DEPARTAMENTOS

	P. Tuberculina	B.C.G.
Cundinamarca	419.456	247.345
Tolima	232.588	142.644

Valle	423.312	206.107
Cauca	117.084	62.933
Nariño	172.819	87.728
Huila	114.297	64.815
Chocó	36.864	17.140
San Andrés y P.	2.143	773
Amazonas	5.361	3.164
Vaupés	1.083	443

Al terminar la vacunación en Boyacá, el 6 de agosto de 1955, teníamos un total de 1.990.394 pruebas de tuberculina y 1.115.355 vacunaciones, es decir, cuando faltaba media República por vacunar, se habían completado cifras calculadas al hacer el convenio con los Organismos Internacionales para la vacunación de todo el país.

Del Departamento de Antioquia hasta la fecha, nos ha sido imposible obtener resultados dignos de crédito.

Cuadro comparativo de los índices de positividad a la tuberculina en las diferentes Capitales visitadas por la GRAN CRUZADA NAL. DE VACUNACION ANTI-TUBERCULOSA.

Ciudad	Por grupos de edades.			
	años	0-6	7-14	15 y más
Bogotá	17,3%	31,1%	55,3%	
Cali	15,1%	30,3%	69,6%	
Popayán	10,8%	30,2%	66,6%	
Pasto	15,7%	41,3%	75,8%	
Neiva	5,7%	23,6%	53,7%	
Ibagué	10,4%	28,8%	57,7%	
Quibdó	13,7%	48,4%	81,4%	
San Andrés	48,8%	51,8%	78,2%	
Leticia	13,9%	22,1%	37,1%	
Mitú	7,3%	37,8%	63,3%	
Tunja	5,6%	17,4%	50,3%	

5— CONCLUSIONES GENERALES

10. Los productos actuales para la vacunación anti-tuberculosa son preparados en forma científica, de acuerdo con los conocimientos hasta hoy captados sobre ALERGIA, HIPERSENSIBILIDAD E INMUNIDAD; No obstante, debe buscarse un producto bacilar total o parcial que aumente el % de inmunidad.
20. El uso de estos productos debe hacerse en forma científica teniendo en cuenta el estado orgánico del paciente, para evitar falsas reacciones positivas o negativas en las pruebas tuberculinicas.
30. Se debe pensar que la Tuberculina a dosis altas y reptidas puede desarrollar hipersensibilidad.
40. Por experiencia personal, recomendaríamos dejar transcurrir un tiempo prudencial, calculado más o menos en dos meses, después de aplicar las siguientes vacunas: Viruela, Tifoidea, Triple, para efectuar una prueba de Tuberculina.
50. Rigurosa Asepsia y Antisepsia en la aplicación de Vacunas.

BIBLIOGRAFIA

10. Bryan and Bryan "Principles and Practice of Bacteriology".
20. Garrahan Juan P. "Medicina Infantil".
30. Cecil Russel L. "Medicina Interna".
40. Harrison T. R. "Principles of Internal Medicine".
50. Mitchel Nelson "Tratado de Pediatría".
60. Navarro Gutiérrez-F. Paz Espeso. "Inmunidad y Alergia en Tuberculosos".
70. Rhfuss Albrecht-Price. "Terapéutica Clínica Moderna".
80. Williams Wilkins C. Baltimore. "Bacterial and Virus Diseases".
90. Delgado Hernando. "Tesis de Grado" U. de A. 1948.
100. Memorias de la V Conferencia Nal. de T.B.C. Julio 1 a 7 de 1951.
110. Mejía Humberto. "Tesis de Grado" U. de A. 1947.
120. Revue D'Immunologie et de Thérapie Antimicrobinae. T. 19-3-1955.
130. Lotta Contro la Tuberculosis. Federación Italiana contra la T.B.C. año XXV-9-sept-1955.
140. Antioquia Médica "Inmunidad y Alergia en T.B.C." Dr. Edmundo Medina M. Volumen 1- N° 7 de 1951.
150. Revista Salubridad Organo Ministerio de Salud (Bogotá) año 1-1.
160. Immunology Sherwood-Third edición.
170. Vacunación Anti-tuberculosa por el B.C.G. INSTITUTO SAMPER MARTINEZ. 1951.

*

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 54

Mes de Julio de 1956.

- LUNES 2.** 9 a.m. Seminario de Psiquiatría bajo la dirección del Dr. Pablo Pérez Upegui, Profesor de la Cátedra. **Tema:** CORRIENTES EXISTENCIALISTAS. **Ponente:** S. I. Duque. **Lugar:** Hospital Mental.
- 6 p.m. Reunión de la Junta Científica del Hospital en el aula Braulio Mejía.
- " 9. 9 a.m. Seminario de Psiquiatría. **Ponente:** Sr. G. Uribe **Tema:** ANALISIS EXISTENCIAL DE V. FRANKL.
- " 16. 9 a.m. Seminario de Psiquiatría. **Ponente:** Dr. H. Restrepo. **Tema:** PSICOPATOLOGIA DE K. JASPERS.
- " 23. 9 a.m. Seminario de Psiquiatría. **Ponente:** Sres. S. Vélez y S. Uribe. **Tema:** CORRIENTES MODERNAS DE PSICOANALISIS.
- " 30. 9 a.m. Seminario de Psiquiatría. **Ponente:** Dr. O. Robledo. **Tema:** OTRAS ESCUELAS PSIQUIATRICAS ALEMANAS.
- " 30
- El Dr. Alton Ochsner, Profesor de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane de New Orleans, inicia en este día su colaboración en esta Facultad, de acuerdo con el programa para cinco días que se dará a conocer oportunamente.
- MARTES 3.** 6 p.m. Reunión de la Sociedad Antioqueña de Cirugía en el auditorio de la Facultad. **Ponente:** Dr. Rafael Roldán. **Tema:** LA CIRUGIA EN EUROPA Y EN ESTADOS UNIDOS.
- " 3, 10, 17, 2 y 31. A las 6 p.m. Conferencia de Radiodiagnóstico en el aula Miguel María Calle. Discusión de casos importantes tanto del Hospital de San Vicente como de los radiólogos de la ciudad. Se invita a los Sres. Médicos de la ciudad y especialmente se espera la asistencia total de los Internos del Hospital.

- " 10, y 24. A las 1:15 p.m. Reunión del "Staff" de Policlínica en este mismo lugar.
- " 17, 1:15 Reunión del Club de Revistas de Policlínica.
- " 31. Conferencias y prácticas de Clínica Quirúrgica, a cargo del Dr. Ochsner.
- MIERC.** 4, 11, 18 y 25. A las 8 a. m. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- " 4, 11, 18 y 25. A las 1:00 p. m. Conferencia sobre las autopsias ocurridas durante la semana en el Instituto de Anatomía Patológica. Presentación de material fresco y discusiones anatomo-clínicas.
- " 11. **CELEBRACION DEL SEXAGESIMO NONO ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, SEGUN EL SIGUIENTE PROGRAMA:**
- 7:30 a. m. Solemne funeral en la Capilla del Hospital de San Vicente por los académicos desaparecidos.
- 10:30 a. m. Concierto de la Banda Departamental en el auditorio de la Facultad de Medicina.
- MIERC.** 11. 5:30 p. m. Sesión solemne de la Academia de Medicina. En este acto llevará la palabra el Dr. José del Carmen Acosta, quien desarrollará el tema: "UNA TERAPEUTICA QUE NO TIENE RAZON DE SER".
- 8:30 p. m. Banquete de los académicos en el Grill del Hotel Nutibara.
- " 25. 6 p. m. Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Darío Sierra Londoño. **Tema:** TRATAMIENTO DE LOS CICLOS ANOVULATORIOS POR ROENGTGENOTERAPIA.
- JUEVES** 5, 12, 19 y 26. A las 10 a. m. Reunión de Clínica Pediátrica.
- " 5. 7:45 p. m. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponentes:** Dres. Samuel Jiménez, Marceliano Arrázola, Nacianceno Valencia y Guillermo Morales. **Tema:** Simposium sobre anestesia de urgencias.

- .. 12. 7:45 p.m. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Jaime Moreno. **Tema:** HEMORRAGIAS DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.
- .. 5, 12, 19 y 26. **A las 8 p. m.** Mesa Redonda sobre Anestesia de Urgencias en Policlínica en el día 5. En los otros días y a la misma hora, reunión del "Staff" de Anestesiología. Presentación de casos especiales. **Lugar:** Aula Braulio Mejía.
- .. 19. 7:45 p.m. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Guillermo Latorre R. **Tema:** FISILOGIA DEL ESOFAGO Y DEL ESTOMAGO.
- .. 26. 6 p.m. Seminario de Fisiología bajo la dirección del Dr. Guillermo Latorre Restrepo, Profesor de la Cátedra. **Ponente:** Dr. Héctor Abad Gómez. **Tema:** FISILOGIA DEL PENSAMIENTO.
- 7:45 p.m. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Gustavo González Ochoa. **Tema:** ABDOMEN AGUDO.
- VIERNES 6, 13 y 27. A las 7 a.m.**
Clase conjunta de Cirugía en el 2º piso de Cirugía G.
- .. 6, 13 y 27. **A las 9 a.m.**
Reunión de Clínica Obstétrica en el Pab. de Maternidad.
- SABADO 14 y 28.**
A las 7 a. m. Conferencia de Tumores en el 2º piso de Cirugía General.
- .. 14, 21 y 28. **A las 8 a.m.**
C. P. C. Conferencia Patológico-clínica en el auditorio de la Facultad, a cargo del Instituto de Anatomía Patológica y un servicio clínico.
- .. 21 7 a.m.
Reunión de Patología Quirúrgica en el 2º piso del Instituto de Anatomía Patológica.

*

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. En el mes de Junio entraron a formar parte del personal docente de la Facultad de Medicina, por nombramiento hecho por el Consejo Directivo, los siguientes:
Dr. Gonzalo Vásquez V., como Instructor de Clínica Ginecológica de medio tiempo.

Dr. Absalón Guzmán A., como Instructor de Clínica Ginecológica.
Dr. José Fulgencio Neira, como Residente de Ortopedia y Traumatología.

Dr. Octavio Mejía S., como Residente de Ortopedia y Traumatología.
Dr. Jaime Botero Uribe, como Asociado de tiempo completo en las cátedras de Obstetricia y Ginecología.

Dr. Armando Posada G., fue ascendido de Profesor Auxiliar a Profesor Agregado de Clínica Ginecológica.

2. El H. Consejo Directivo de la Universidad nombró nuevo Consejo Consultivo de la Facultad de Medicina a los señores siguientes: Dr. Antonio Ramírez G., Dr. Héctor Abad Gómez y Dr. Miguel Múnera Palacio.
3. Durante los meses de Mayo y Junio la Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía a los siguientes señores: Dr. Fabio Vásquez Escobar. **Título de la tesis:** Monografía del Mpio. de Ebéjico.

Dr. Lisímaco Suárez Reyes. **Título de la tesis:** "Cáncer del esófago".

Dr. Santiago Cálad Restrepo. **Título de la tesis:** "Obstrucciones tubáricas y su tratamiento a base de cortisona y ondas cortas".

4. La Fundación Rockefeller otorgó a la Universidad de Antioquia un auxilio extraordinario de U. S. \$ 58.000.00 dólares para la fundación de una Escuela de Bibliotecología, con el fin de atender personal colombiano y latinoamericano hasta capacitarlo para dirigir bibliotecas públicas, universitarias, técnicas, escolares, etc., la que estará dirigida por especialistas y por personal docente técnico en estas disciplinas.

Esta Escuela iniciará labores en la segunda semana del mes de Enero de 1957 y la duración del curso será de dos (2) años, o sea en materias distribuidas en cuatro semestres, con un período de vacaciones de quince (15) días anuales, y su funcionamiento será en el local que actualmente ocupa la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia en el edificio de la Facultad de Medicina.

5. Gracias a la decidida colaboración prestada por el Ministerio de Salud Pública de Antioquia, se ha logrado la creación de un Curso de "AUXILIARES DE ENFERMERIA" que principiará sus labores el 1º de Agosto del año en curso, bajo la responsabilidad de la Universidad de Antioquia y la dirección de la Escuela de Enfermeras.

6. Ya se están dando los últimos toques para la terminación del edificio de la Escuela de Enfermeras y así tenerlo listo para trasladarse a él el 1º de Agosto e iniciar labores con la nueva Escuela de Auxiliares de Enfermería.

7. La semana de Información Médica realizada en los días comprendidos entre el 11 de Junio y el 16 del mismo mes, fue de un éxito admirable, gracias a la decidida y puntual colaboración de los Sres. Profesores de la Facultad que tomaron intervención en ella.

A este Curso de Información Médica asistieron los Dres. Octavio Adarve, Jaime Agudelo, Germán Alvarez, Emilio Angel, Joaquín Arango, Jorge Arboleda, Angel Betancur, Samuel Calle, Hermenegildo de Fex, Enrique Echeverri I., Alfredo Ferreira, Argemiro Franco, Horacio Gutiérrez, Augusto Hernández, Alfonso Hoyos, Ramón Jaramillo G., Héc-

tor López, Enrique Muñoz, Mario Ossaba, Roberto Quintero, Aristóbulo Orrego, Julio Quintero, Fernando Ramírez, Miguel A. Ramírez, Jairo Sierra, José Tabares, Luis Vásquez y Antonio J. Velásquez. Este Decanato expresa sus más rendidos agradecimientos a los Sres. Profesores por su distinguida colaboración en beneficio del cuerpo médico que asistió y por lo tanto de la sociedad en general.

8. Bastante interés han despertado los Cursos-Residencias de Anatomía Patológica, Anestesiología, Ortopedia y Radiología que esta Facultad ha abierto para médicos post-graduados. Quienes aún deseen obtener una información completa sobre estos cursos, pueden solicitarla en la Secretaría de la Facultad.
9. El Dr. Joseph F. Chandler, Profesor del Departamento de Bioquímica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Ann Arbor, se encuentra entre nosotros prestando su colaboración en el Departamento de Bioquímica de la Facultad, en atención al intercambio de profesores entre la Universidad de Michigan y la Universidad de Antioquia, auspiciado por la Rockefeller Foundation. Este Decanato saluda muy atentamente al Dr. Chandler y le desea una grata permanencia aquí.
10. El Sábado 7 del que cursa llega a la ciudad el Dr. Robert J. Bolt, Profesor de Medicina Interna de la Universidad de Michigan, Ann Arbor, y el 8 de Agosto vendrá a acompañarlo su Señora esposa. El Dr. Bolt viene a prestar sus servicios en la docencia de la Facultad, en cumplimiento del programa de intercambio de profesores entre esa Universidad y la nuestra. El suscrito Decano saluda al Dr. Bolt y se alegra de su llegada.
11. El Dr. Alton Ochsner, Profesor de Cirugía de la Universidad de Tulane de New Orleans, ha aceptado venir a nosotros con el objeto de dictar un curso de Cirugía durante los días comprendidos entre el lunes 30 de Julio y el sábado 4 de Agosto. El Dr. Ochsner arribará a esta ciudad el Sábado 28 con el fin de iniciar labores el día dicho antes. De nuestra parte presentamos un saludo cordial al Dr. Ochsner y a su distinguida esposa que lo acompañará.
12. El Dr. Ernest Carroll Faust, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane, se encuentra en el país desempeñando la misión de coordinar las Facultades de Medicina nuestras con la de la Universidad de Tulane. El Dr. Faust nos visitará del 10 al 21 de Julio.
13. Las conferencias de Radiodiagnóstico que se están efectuando en el aula Miguel M^a Calle todos los martes a las 6 p.m. han sido de un éxito admirable y a ellas están asistiendo los médicos radiólogos de la Facultad y de la ciudad, como también los Internos del Hospital de San Vicente de Paúl.
14. Para el mes de Noviembre se proyecta un Curso especial de Pediatría para médicos post-graduados. En este Curso colaborarán distinguidas personalidades extranjeras especializadas en Pediatría, que más tarde se darán a conocer con el respectivo programa.
15. Del lunes 9 al 12 nos visitarán alumnos del último curso, o sea del 5º, de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, quienes vienen

acompañados de un Profesor con el objeto de conocer la organización y marcha de esta Facultad.

16. Los estudiantes de Histología que se hallen interesados en adquirir una caja con 25 placas histológicas para sus prácticas personales, deben entenderse con la Secretaría de la Facultad en donde se les determinarán las condiciones que deben llenar.
17. La W Kellogg Foundation, a través de gestiones realizadas por este Decanato, otorgó una beca al Dr. Guillermo Cano para especializarse en Farmacología en EE.UU. y concedió extender el tiempo de estudios a los becados que se hallan realizando sus estudios de especialización, señores:

Dr. Rodrigo Solórzano S., en Salud Pública.

Dr. David Botero Ramos, en Microbiología especialmente, y en Parasitología.

Dr. Jesús Botero Angel, en Bioquímica.

18. La Rockefeller Foundation concedió becas a los siguientes señores:

Dr. Alberto Villegas Hernández, quien se encuentra realizando estudios de especialización en Londres sobre Cirugía Cardio-vascular y Cirugía Experimental, para continuarlos por un año más en Estados Unidos.

Dr. Jaime Botero Uribe, quien ha terminado sus estudios de especialización en Obstetricia y Ginecología en EE. UU. para visitar por espacio de tres (3) meses diversos centros docentes, antes de regresar a incorporarse en la docencia de esta Facultad.

Todos los distinguidos Médicos expresados en los numerales 17 y 18, se incorporarán a su regreso al país como Profesores de tiempo completo en sus respectivas especialidades, y en esta Facultad de Medicina.

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

—*—

REGLAMENTACION PARA EL CURSO-RESIDENCIA EN RADIOLOGIA

- I INSCRIPCION** : Para Médicos graduados o que hayan terminado el internado obligatorio.
- II. DURACION** : Mínima de dos (2) años. A juicio del personal docente puede prolongarse el periodo. Cuando el aspirante tenga algún entrenamiento previo en Radiología, puede reducirse el período de entrenamiento a un mínimo de 18 meses, lo cual queda a juicio del H. Consejo Académico de la Facultad.
- III. OBLIGACIONES :**
- 1a. Presentar solicitud por escrito y llenar el formulario correspondiente en todas sus partes.
 - 2a. Si las directivas del Hospital lo estiman oportuno, vivir de un modo permanente en el Hospital de San Vicente. Habrá un día semanal de vacaciones y un período de 15 días hábiles, cada año, reglamentadas por el Jefe del Servicio de acuerdo con el Decano.
 - 3a. El alumno hará un trabajo práctico y teórico exigido por el Jefe del Servicio de Radiología, quien podrá libremente ordenar horas o períodos de servicios en las diversas dependencias de la Facultad y del Hospital, tales como Patología, Anatomía, Histología, Policlínica, etc., y asimismo ordenará los estudios especiales que crea oportunos y regulará las actividades de los alumnos de acuerdo con las necesidades y el progreso de cada uno.
 - 4a. Presentar un trabajo de tesis sobre un tema de Radiología, con el plan previamente aprobado por el H. Consejo Consultivo de la Facultad, y de acuerdo con el Presidente de tesis responsable de su control. Tema y plan deben ser presentados a más tardar cuando se termine el primer semestre de instrucción.
- IV.** El número máximo de Residentes será fijado de común acuerdo entre el Decano de la Facultad y la H. Junta Directiva del Hospital.
- V.** Las condiciones económicas en que cada alumno ingresa al Curso será motivo de acuerdos individuales, según las circunstancias del alumno, del Hospital y de la Facultad.
- VI.** Tanto el Hospital como la Universidad se reservan el derecho de suspender a los alumnos de los cursos-residencias cuando lo crean oportuno.

- VII. Quienes llenen todos los requisitos exigidos, recibirán un diploma de la Universidad de Antioquia en el que se acreditará que el alumno ha cumplido un período de entrenamiento en Radiología por espacio de dos (2) años.

I N F O R M A C I O N E S :

El personal docente del Departamento de Radiología de la Facultad de Medicina está integrado así:

Radiólogo Jefe: Profesor Agregado Dr. Oriol Arango Mejía.

Radiólogo Sub-jefe: Dr. Daniel Correa V.

Radiólogos Asistentes: Dres. José Torres S. y Profesor Agregado de Anatomía Radiológica Dr. Jorge Delgado Martínez.

Residente: Dr. Fabio Vélez Montoya.

- 1a. El Hospital de San Vicente de Paúl es una entidad privada sin ánimo de lucro, que llena además una función docente, pues es el Hospital Universitario.
- 2a. El Hospital tiene en la actualidad 800 camas de caridad, 45 de pensionado y 81 de media pensión. En los servicios de Neurocirugía y Urología hay equipos de Radio-diagnóstico y allí podrá hacer práctica de la especialidad el estudiante.
- 3a. En el Departamento de Radiología se hacen todos los exámenes radiológicos que requieren los pacientes hospitalizados y fuera de ello se examinan los pacientes de la Consulta Externa. El trabajo de la Policlínica que también es atendido en este Departamento, permite familiarizarse con la radiología de urgencias.
- 4a. El total de pacientes examinados radiológicamente en el año pasado ascendió a la suma de 13.411 y su discriminación puede verse en el cuadro siguiente:

MES	Pensionado:	Media Pens.	Consul. Ext.:	Policlí.:	Salas:	Totales:
Enero	19	37	187	332	418	993
Febrero	9	45	282	251	508	1.095
Marzo	12	35	356	285	609	1.297
Abril	25	23	243	272	451	1.012
Mayo	20	56	272	259	487	1.094
Junio	14	29	267	250	505	1.065
Julio	27	47	268	256	611	1.209
Agosto	15	46	286	266	652	1.265
Septiembre	32	48	275	240	268	1.163
Octubre	31	52	260	229	542	1.114
Noviembre	27	67	205	244	626	1.169
Diciembre	23	58	155	281	418	935
TOTALES	254	543	3.054	3.165	6.395	13.411

- 5a. Durante el mismo año se hicieron en total 4.379 fluoroscopias del tórax. El total de placas tomadas durante el mismo año fue de 40.000 en número redondo.
- 6a. El Departamento de Radiología del Hospital de San Vicente de Paúl tiene el siguiente personal científico:
- 1 Radiólogo Jefe.
 - 2 Radiólogo Subjefe.
 - 3 Radiólogos Asistentes.
 - 4 Radiólogo Auxiliar y los Residentes.
- Fuera de lo anterior, tiene un personal secundario completo.
- 7a. Actualmente tiene un equipo radiológico de 300 ma., dos equipos de 200 ma. modernos y con todas las facilidades para practicar cualquier tipo de examen. Cuenta además con equipo de Abreugrafía y con todos los medios de Angiocardiografía. Para el futuro se tiene el proyecto de hacer un lugar especial para este Departamento y para la consecución de un número mayor de equipos radiológicos.
- 8a. Actualmente el Hospital de San Vicente está en condiciones de aceptar hasta cinco (5) alumnos residentes con vivienda, comida, uniformes, etc. y con un salario inicial de \$ 300.00 mensuales.

Medellín — Abril de 1956.

REGLAMENTACION PARA EL CURSO-RESIDENCIA EN ORTOPEDIA

- I INSCRIPCION** : Para Médicos graduados o que hayan terminado el internado obligatorio.
- II. DURACION** : Mínima de dos (2) años. A juicio del personal docente puede prolongarse el período. Cuando el aspirante tenga algún entrenamiento previo en Ortopedia, puede reducirse el período de entrenamiento a un mínimo de 18 meses, lo cual queda a juicio del H. Consejo Académico de la Facultad.
- III. OBLIGACIONES :**
- 1a. Presentar solicitud por escrito y llenar el formulario correspondiente en todas sus partes.
 - 2a. Si las directivas del Hospital lo estiman oportuno, vivir de un modo permanente en el Hospital de San Vicente. Habrá un día semanal de vacaciones y un período anual de 15 días hábiles, reglamentadas por el Jefe del Servicio de acuerdo con el Decanato.

- 3a. El alumno hará un trabajo práctico y teórico exigido por el Jefe del Servicio de Ortopedia, quien podrá libremente ordenar horas o períodos de servicios en las diversas dependencias de la Facultad y del Hospital, tales como Radiología, Patología, Anatomía, Histología, Policlínica, etc., y asimismo ordenará los estudios especiales que crea oportunos y regulará las actividades de los alumnos de acuerdo con las necesidades y el progreso de cada uno.
- 4a. Presentar un trabajo de tesis sobre un tema de Ortopedia, con el plan previamente aprobado por el H. Consejo Consultivo de la Facultad, y de acuerdo con el Presidente de tesis responsable de su control. Tema y plan deben ser presentados a más tardar cuando se termine el primer semestre de instrucción.
- IV. El número máximo de Residentes será fijado de común acuerdo entre el Decano de la Facultad y la H. Junta Directiva del Hospital.
- V. Las condiciones económicas en que cada alumno ingresa al Curso serán motivo de acuerdos individuales, según las circunstancias del alumno, del Hospital y de la Facultad.
- VI. Tanto el Hospital como la Universidad se reservan el derecho de suspender a los alumnos de los cursos-residencias cuando lo crean oportuno.
- VII. Quienes llenen todos los requisitos exigidos, recibirán un diploma de la Universidad de Antioquia en el que se acreditará que el alumno ha cumplido un período de entrenamiento en Ortopedia por espacio de dos (2) años.

Medellín — Abril de 1956.

I N F O R M A C I O N E S :

- 1a. El personal docente del Departamento de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina está integrado de la manera siguiente:

Profesor Agregado y Jefe del Servicio: Dr. Hernando Echeverri Mejía.

Instructores: Dres. Jaime Cano Alvarez, Gabriel Alvarez Vásquez, Rafael Roldán Fernández y Darío Mesa Upegui.

Residentes: Dres. Nelson Estrada Gómez, Jaime López Ruiz, Alberto Serna Gutiérrez y José Fulgencio Neira Eslava.

- 2a. Este Departamento es parte integrante de la Universidad de Antioquia y ejerce sus funciones docentes y de práctica hospitalaria en el Hospital de San Vicente de Paúl.

- 3a. Posee en la actualidad setenta (70) camas, incluyendo las de Ortopedia Pediátrica.
- 4a. Es el responsable de la atención de todos los casos de traumatología que llegan a la Policlínica Municipal (Servicio de emergencias), en donde se atienden en promedio diario más de cien (100) casos, de los cuales el 28% tienen que ver con la especialidad. Por la Policlínica pasan anualmente unos 36.000 enfermos.
- 5a. Labora en íntima conexión con todos los demás servicios del Hospital, pero muy especialmente con Cirugía plástica, Cirugía de mano, Neurocirugía y Rayos X.
- 6a. En la actualidad se está planeando la creación de un Departamento de Medicina Física y de Rehabilitación.
- 7a. Tiene servicios de Consulta Externa de la especialidad durante todos los días de la semana, por espacio de cuatro (4) horas diarias.
- 8a. Todo el personal toma parte activa en la enseñanza de la especialidad en la Facultad de Medicina.
- 9a. Se hacen dos (2) reuniones o seminarios en la semana: los lunes sobre los casos dados de alta, y los jueves sobre los casos interesantes o que vayan a ser sometidos a intervención quirúrgica. En estos seminarios se dictan conferencias sobre temas fijados con antelación por el Jefe del Servicio.
- 10a. Los alumnos tienen un amplio campo para oportunidades clínicas en niños y adultos, y para toda clase de tratamientos ortopédicos tanto médicos como quirúrgicos.

Medellín — Abril de 1956.

8

REGLAMENTACION PARA EL CURSO-RESIDENCIA EN PATOLOGIA

- I **INSCRIPCION** : Para Médicos graduados o que hayan terminado el internado obligatorio.
- II. **DURACION** : Mínima de dos (2) años. A juicio del personal docente puede prolongarse el periodo. Cuando el aspirante tenga algún entrenamiento previo en Patología, puede reducirse el período de entrenamiento a un mínimo de 18 meses, lo cual queda a juicio del H. Consejo Académico de la Facultad.

III. OBLIGACIONES:

- 1a. Presentar solicitud por escrito y llenar el formulario correspondiente en todas sus partes.
- 2a. Si las directivas del Hospital lo estiman oportuno, vivir de un modo permanente en el Hospital de San Vicente. Habrá un día semanal de vacaciones y un período anual de 15 días hábiles, reglamentadas por el Jefe del Servicio de acuerdo con el Decanato.
- 3a. El alumno hará el trabajo práctico y teórico exigido por el Jefe del Servicio del Instituto de Anatomía Patológica, quien podrá libremente ordenar horas o períodos de servicios en las diversas dependencias de la Facultad y del Hospital, tales como Bacteriología, Histología, Laboratorio Clínico, etc., y asimismo ordenará los estudios especiales que crea oportunos y regulará las actividades de los alumnos de acuerdo con las necesidades y el progreso de cada uno.
- 4a. Presentar un trabajo de tesis sobre un tema de Patología, con el plan previamente aprobado por el H. Consejo Consultivo de la Facultad, y de acuerdo con el Presidente de tesis responsable de su control. Tema y plan deben ser presentados a más tardar cuando se termine el primer semestre de instrucción.

IV. El número máximo de Residentes será fijado de común acuerdo entre el Decano de la Facultad y la H. Junta Directiva del Hospital.

V. Las condiciones económicas en que cada alumno ingresa al Curso serán motivo de acuerdos individuales, según las circunstancias del alumno, del Hospital y de la Facultad.

VI. Tanto el Hospital como la Universidad se reservan el derecho de suspender a los alumnos de los cursos-residencias cuando lo crean oportuno.

VII. Quienes llenen todos los requisitos exigidos, recibirán un diploma de la Universidad de Antioquia en el que se acreditará que el alumno ha cumplido un período de entrenamiento en Patología por espacio de dos (2) años.

INFORMACIONES :

- 1a. El personal docente del Instituto de Anatomía Patológica esta integrado por el Dr. Alfredo Correa Henao, Profesor Titular y Jefe del Servicio; Dr. Oscar Duque Hernández, Profesor Agregado; Dr. Emilio Bojanini Nize, Profesor Agregado; y el Dr. Mario Robledo Villegas.

- 2a. El Instituto de Anatomía Patológica es parte integrante de la Universidad de Antioquia y de su Hospital Docente que es el Hospital de San Vicente de Paúl.

Suministra enseñanza de Anatomía Patológica a los alumnos de las Facultades de Medicina y Odontología, de la misma Universidad, y prepara personal experto en Patología.

- 3a. El Hospital de San Vicente es un Hospital de propiedad privada, sostenido en gran parte con ayudas oficiales y los productos propios. Esta entidad no tiene ánimo de lucro y cuenta con servicios de pensionado, media pensión y caridad. Es el Hospital Central Universitario del Departamento de Antioquia que tiene más de 1.500.000 habitantes y recibe gran número de pacientes de todas las regiones de Colombia con la más rica y variada patología.
- 4a. El Instituto de Anatomía Patológica cuenta para el desarrollo del Curso con edificio apropiado, independiente y completamente dotado. Está situado en el Hospital Docente con 900 camas y con un material de estudio que sobrepasa a 200 autopsias anuales y a 6.000 especímenes quirúrgicos en el mismo tiempo. El porcentaje de autopsias con relación a las muertes es del 40%, cifra que sobrepasa en mucho al número requerido por el 'Board of Pathology'.
- 5a. El Instituto de Anatomía Patológica cuenta con profesorado de tiempo completo, varios residentes y personal subalterno suficiente. Hay hasta ahora en su archivo unos 35.000 casos de Patología Quirúrgica con preparaciones histológicas e historias clínicas, y 1.300 autopsias en las mismas condiciones.
- 6a. Posee el Instituto una conexión estrecha con los diversos servicios clínicos del Hospital, y desde su fundación se verifican semanalmente conferencias de Patología Clínica (C. P. C.) para todo el servicio médico. Conferencia de Patología Quirúrgica Conferencia de Patología Ginecológica. Conferencia de Patología Pediátrica, Conferencia de Tumores. Además de estas actividades, el Personal de Anatomía Patológica tiene tres reuniones semanales: una para presentar macroscópicamente, con material fresco, las autopsias ocurridas en la semana; otra para su estudio microscópico; y la tercera para presentar los casos quirúrgicos interesantes de la semana.
- 7a. Junto al Instituto de Anatomía Patológica existe un Departamento de Radio y Roentgenterapia, donde se pueden seguir enfermos de tumores bajo este tratamiento.

- 8a. El instituto posee su propia biblioteca técnica, limitada, que se se completa con la Biblioteca de la Facultad de Medicina que cuenta con más de 1.000 suscripciones a revistas de medicina general y de especialidades, y en Anatomía Patológica figuran las más importantes de América y Europa.

Medellín — Abril de 1956.

8

REGLAMENTACION ESPECIAL PARA CURSO-RESIDENCIA DE ANESTESIOLOGIA

Aprobada por el H. Consejo Académico de la Facultad de Medicina en la sesión del 21 de Mayo, para someterla a la consideración definitiva del H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, quien le impartió su aprobación en la sesión del 2 de Julio de 1955.

- I. INSCRIPCION** : Médicos graduados o que hayan terminado el internado obligatorio.
- II. DURACION** : 12 meses.
- III. OBLIGACIONES:**
- 1a. Permanecer en el hospital como Residente de un modo permanente. Sólo se autoriza una ausencia de dos (2) horas diarias en las horas hábiles de trabajo previamente convenidas con el Decano de la Facultad, para trabajo fuera del hospital. Las salidas en días feriados serán reglamentadas por el Jefe del servicio.
 - 2a. Hacer todo el trabajo práctico ordenado por el Jefe del Servicio de Anestesiología.
 - 3a. Efectuar un trabajo de tesis sobre tema de Anestesiología, con el plan previamente aprobado por el H. Consejo Consultivo de la Facultad, y de acuerdo con el Presidente de tesis responsable de su control. Tema y plan deben ser presentados al menos a la terminación del primer trimestre de instrucción.
 - 4a. Realizar un número mínimo de trabajo prácticos, según reglamentación que expedirá el H. Consejo Consultivo de acuerdo con el Jefe del Servicio.
 - 5a. Presentar a la terminación de su año de Residencia examen final teórico-práctico ante el Jurado Calificador reglamentariamente constituido.
 - 6a. Cumplir el programa completo del curso teórico-práctico, según temario especial.

- IV. La Residencia puede iniciarse en cualquiera de las siguientes fechas: Febrero 1o., Mayo 1o., Junio 20 o Septiembre 1o.
- V. El número máximo de Residentes será fijado de común acuerdo entre el Decano de la Facultad y la H. Junta Directiva del Hospital.
- Cada Residente recibirá alojamiento, alimentación, lavado ropa, y una asignación mensual de \$ 200.00, pagados por el Hospital de San Vicente de Paúl.
- EL CURSO ES GRATUITO.**
- VI. Quienes llenen todos los requisitos necesarios, recibirán un diploma de la Universidad de Antioquia en el que se acreditará que el alumno ha cumplido y aprobado un período de un año de Instrucción de Anestesiología.

IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Decano y Presidente del
Consejo Académico

LAZARO NIETO OSPINA
Secretario

8

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

La Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia, gracias a la colaboración prestada por el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría de Salud Pública de Antioquia, iniciará un curso de "AUXILIARES DE ENFERMERIA" el próximo primero de Agosto que estará bajo la responsabilidad total de la Universidad de Antioquia y será dirigido por la Escuela de Enfermeras, cuya Directora es la Rvda. Hna. Arturo María, de la Comunidad de las Rvdas. Hnas. de la Presentación, y cuya organización y disciplina no dejan nada que desear.

Los requisitos para ingresar a este curso son:

Tener por lo menos 18 años de edad.

Haber aprobado los cinco (5) cursos de enseñanza primaria, y de preferencia un año más de cualquier tipo de estudios secundarios.

Someterse a un examen de selección.

Presentar certificados de salud general, serología, abreugrafía y vacunación contra tifo, viruela y B. C. G.

El curso tendrá una duración de dieciocho (18) meses, o sean tres (3) semestres, y habrá solo un período de quince (15) días de vacaciones.

En el primer trimestre los estudios serán teóricos y el resto de la enseñanza se hará esencialmente práctica, pues para ello se cuenta con todas las dependencias de la Facultad de Medicina, la Escuela de Enfermeras y el Hospital de San Vicente de Paúl.

La Escuela recibirá dos tipos de alumnas: externas e internas.

Las alumnas externas solo pagarán a la Universidad diez pesos (\$ 10.00) de matrícula mínima y la cuota de salud, que es de quince pesos (\$ 15.00) anuales, con lo cual tienen derecho al Servicio Médico Universitario que funciona en la Facultad de Medicina. Estas alumnas atenderán por su propia cuenta los gastos de su alojamiento, comida, uniformes, transportes, útiles, etc.

Las alumnas internas vivirán de un modo permanente en el nuevo edificio que para la Escuela de Enfermeras termina en estos días la Universidad.

Gracias a la muy gentil colaboración de la Secretaría de Salud Pública de Antioquia, se dispone de un cupo de veinte (20) alumnas becadas, las que no tendrán más gasto que diez pesos (10.00) de matrícula mínima y la cuota anual de quince pesos (\$ 15.00) por el servicio médico, y disfrutarán del derecho a que se les suministre vivienda, alimentación, ropas de camas, uniformes y una suma mensual de diez pesos (\$ 10.00) para sus gastos personales.

Las alumnas becadas se someterán en un todo a la reglamentación de la Escuela de Enfermeras, y además adquirirán el compromiso de que al terminar sus estudios trabajarán con la Secretaría de Salud Pública en las campañas de sanidad rural.

Para la adjudicación de estas becas se tendrá preferencia por el personal procedente de las zonas rurales del Departamento de Antioquia.

A otras entidades o alumnas que deseen pagar su permanencia en la Escuela, la Universidad de Antioquia cobrará a razón de \$ 120.00 mensuales, cuota que incluye lo siguiente: alojamiento, alimentación, ropas de camas, pues las alumnas pagarán por su cuenta sus propios uniformes.

La Universidad de Antioquia expedirá el título de "AUXILIARES DE ENFERMERIA" a quienes terminen y aprueben todos los estudios reglamentarios.

Este programa es posible desarrollarlo gracias a la financiación que ha hecho en su totalidad la Secretaría de Salud Pública de Antioquia y a la ayuda prestada por el Ministerio de Salud.

Dada la gran trascendencia que para las campañas de Salud Pública representa esta nueva iniciativa, especialmente en las zonas rurales, la Universidad de Antioquia ha tenido gran complacencia en colaborar con las autoridades de Higiene del país en el desarrollo de ella.

Las personas interesadas en ingresar a esta nueva dependencia, deben dirigirse a la mayor brevedad posible a la Rvda. Hna. Arturo María, Directora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia.

8

ESCUELA DE BIBLIOTECOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

La Fundación Rockefeller en reunión de su comité directivo celebrada el 25 de Mayo pasado, otorgó a la Universidad de Antioquia un auxilio extraordinario de U. S. \$ 58.000.00 dólares con destino exclusivo a la fundación de una Escuela de Bibliotecología.

En esta Escuela se formará personal colombiano y latinoamericano hasta capacitarlo para actuar como directores de toda clase de bibliotecas tanto públicas, universitarias, técnicas, escolares, etc.

El personal directivo estará constituido por especialistas en estas disciplinas que tengan larga práctica en ellas. El personal docente será técnico en las materias que se le vaya a encomendar.

Actualmente se están gestionando las base de organización con el fin de iniciar labores en la segunda semana del mes de Enero de 1957. El curso total tendrá una duración de dos (2) años, con periodos de vacaciones de 15 días anuales. El período de estudios estará dividido en cuatro (4) semestres, pues las asignaturas que se cursen serán todas semestrales.

Para el ingreso a esta nueva Escuela se requieren las mismas condiciones necesarias para ser aceptadas en cualquiera de las carreras universitarias, a saber: tener diploma de bachiller y someterse a las pruebas de selección que se exijan.

La Escuela funcionará en los locales actualmente ocupados por la Escuela de Enfermeras, del edificio de la Facultad de Medicina. El pénsun, número de alumnos y otros detalles se decidirán posteriormente.

Se espera la ayuda del Fondo Universitario Nacional, con el fin de obtener que unos 15 alumnos colombianos de las distintas regiones del país sean becados por esta Escuela, y se aguarda igualmente la presencia de unos 20 alumnos becados de las demás naciones latinoamericanas.

A esta Escuela se le dará el encargo principal de la reorganización de la rica Biblioteca General de la Universidad de Antioquia, en donde los alumnos tendrán un gran campo de acción. Contarán, además, con la ayuda de la Biblioteca Pública Piloto, la Biblioteca Médica y la Biblioteca de la Facultad de Agronomía de la Universidad Nacional.

Medellín ha sido seleccionado como la sede de esta nueva Escuela, entre otras razones, por el gran éxito alcanzado en Bibliotecología y por la magnífica organización de la Biblioteca Médica y la Biblioteca Pública Piloto.

Esta profesión bastante nueva para Colombia y para los países latinoamericanos ofrece grandes perspectivas y posibilidades, y la Universidad cree así colaborar en el desarrollo de una labor básica para toda cultura.

Existen en el país multitud de bibliotecas que requieren con urgencia personal adiestrado en su manejo. Todas las Universidades están interesadas en mejorar sus bibliotecas, y por ello habrá amplias oportunidades de ocupación para los graduados en esta nueva dependencia de la Universidad de Antioquia.

Medellín — Junio de 1956.

*
