

ANTIOQUIA MEDICA

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

VOLUMEN 7 — MEDELLIN, OCTUBRE DE 1957 — NUMERO 9

EDITORIAL

DECLARACION DE MEXICO SOBRE EDUCACION MEDICA EN AMERICA-LATINA

(Conclusiones de la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, Septiembre de 1957, Ciudad Universitaria de México).

I. FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION MEDICA.

1. La Educación Médica se impartirá en el ambiente de una Universidad o de cualquiera otra institución que reúna los mismos ideales universitarios, con el objeto de completar la cultura humanística del futuro médico. Es recomendable la afiliación universitaria cuando una Escuela Médica no pertenezca a una Universidad.
2. El objetivo inmediato de la enseñanza médica es formar médicos de preparación básica integral y el objetivo mediato la formación de profesores e investigadores y el fomento de la investigación científica y de la especialización.
3. La Educación Médica tiene como fundamento el pensamiento científico y como objetivo determinar que el estudiante adquiera y desarrolle los conocimientos, habilidades, aptitudes y conciencia ética que lo capacite, como médico, para promover, preservar y restaurar la salud, considerando al individuo como persona humana en sus condiciones anímicas, biológicas y sociales.

La enseñanza debe estar orientada a la formación del carácter del futuro médico y deberá preocuparse, especialmente, de dis-

ficas de cada materia, lo que facilitará el aprendizaje y la valoración del rendimiento de la labor docente.

15. Es recomendable que, según las modalidades de enseñanza de cada país, se impulsen los servicios de orientación y vocación profesionales y se fomente la mejor instrucción pre-médica. Ninguna Escuela de Medicina deberá aceptar mayor número de alumnos que el previsto por su capacidad docente. El ingreso se efectuará mediante concurso de admisión que garantice las condiciones físicas, psíquicas y éticas de los aspirantes, velando asimismo por el grado de preparación académica necesario para que pueda asimilar las enseñanzas en el elevado nivel de los estudios médicos.
16. Las Escuelas de Medicina deben promover a través de sus respectivos Departamentos, la reafirmación de la vocación, evitando así las deserciones escolares y los fracasos.
17. Los estudios de Medicina requieren dedicación exclusiva.
18. Cuando las necesidades de cada país requieran un mayor número de médicos, se aconseja crear nuevas Escuelas de Medicina en vez de ampliar o reforzar las ya existentes.

VI. LA ENSEÑANZA DE LOS GRADUADOS.

19. Entre las actividades de una Facultad o Escuela de Medicina deberá estar la enseñanza de los Graduados que podrá seguir estos dos procedimientos:
 - a) cursos de actualización de conocimientos y
 - b) cursos de especialización, de suficiente profundidad y duración y en régimen de residencia, reglamentados por las autoridades competentes.Es deseable que la formación de psicoanalistas y psicólogos clínicos se realice en las Escuelas de Medicina o con su colaboración.

VII. LA COOPERACION Y EL INTERCAMBIO ENTRE LAS ESCUELAS DE MEDICINA LATINOAMERICANAS.

20. Se recomienda promover la cooperación entre las Facultades y /o Escuelas de Medicina Latinoamericanas mediante los siguientes procedimientos:
 - a) concesión de bolsas de viaje a los profesores,
 - b) concesión de becas de capacitación científica y pedagógica en los laboratorios y hospitales acreditados,

- c) organización de Centros de Entrenamiento Científico y Docente en Escuelas, laboratorios e instituciones altamente calificadas ya existentes en América Latina, y
 - d) concesión de facilidades en las Facultades y Escuelas de Medicina que hayan alcanzado un grado de desarrollo óptimo tanto en la docencia como en la investigación para la preparación de profesores e investigadores de otras Escuelas de Medicina que así lo soliciten.
21. La revalidación de estudios para estudiantes de Medicina que provienen de otras Facultades y Escuelas es, en principio, indeseable, pero podrá efectuarse, en casos excepcionales, en función de equivalencias de programas y previa calificación de cada caso por autoridades competentes, teniendo a la vista los antecedentes del alumno remitidos por la Dirección de la Escuela de procedencia.
22. Es recomendable la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas.

Informaciones más detalladas solicitarlas a:

Secretaría General de la Unión de Universidades de América Latina.
Universidad Nacional Autónoma de México,
Ciudad Universitaria, MEXICO D. D.

AFAKIA-MONOCULAR

Dr. Guillermo Vélez Restrepo.
New York, Septiembre de 1957.

Afakia es la condición existente cuando se presenta ausencia del cristalino, debido a malformación congénita, dislocación, absorción o extracción.

Dos grupos deben ser considerados: primero afáxicos monoculares y segundo afáxicos binoculares. El objeto de este pequeño comentario serán los comprendidos en el primer grupo. Afakia monocular existe muy a menudo en personas jóvenes, en quienes ha sido necesario remover el cristalino, debido a una catarata traumática. Este tipo de personas, que se encuentran en plena actividad, son quienes más necesitan de una visión binocular. Afáxicos monoculares no podrán ser corregidos por lentes regulares, colocados 12 o 13 mm. delante de la córnea, ya que la imagen será un 33% mayor en el ojo afáxico y como resultado de esta gran anisometropía la visión binocular es imposible.

Grandes esfuerzos e ingeniosos trabajos se han presentado en los últimos años en la lucha contra la afakia monocular. Harold Ridley en 1952 presentó su interesante trabajo usando lentes de acrílico de 8.35 mm. de diámetro, que colocaba en la cámara posterior, en el momento de la extracción. Pautique más tarde empezó a usarlos, haciendo la operación en dos tiempos, primero la extracción y unas semanas después colocaba el implante. El doctor Ridley presentó buenos resultados, pero su trabajo no ha ganado mucha popularidad, debido al temor a las complicaciones y a pequeñas dificultades en la técnica operatoria. Las principales complicaciones son: El glaucoma y la luxación en el vítreo. Este trabajo es muy ingenioso, ha servido de base para muchas investigaciones posteriores, pero será necesario un número mayor de casos y unos años más de experiencia para oír la evaluación de los resultados y de las complicaciones tardías.

Posteriormente Strampelli y Bioti presentaron su trabajo usando lentes de acrílico de 12 mm. de largo por 5 mm. de ancho, que colocaban en la cámara anterior, descansando en el ángulo irido-corneal. El poder corrector del lente lo lleva en el centro; aconsejaban

colocarlo algunas semanas después de la extracción. Ofrecen la ventaja sobre los implantes anteriores de evitar la posibilidad de la luxación en el vítreo, pero también será necesario mayor número de casos y más años de experimentación para saber los resultados y complicaciones.

He dejado para comentar finalmente, la medida que considero es en el presente la más aconsejable en el tratamiento de la afakia monocular: Lentes de contacto. El uso de éstos ha sido comentado por muchos en el tratamiento de la afakia monocular, entre otros: los doctores Elizabeth Constantine, John Mclean, Everett Goar, Gyorffy y Jesse M. Levitt. En la última semana de la Asociación Americana, celebrada en Nueva York, en Junio de 1957, el doctor Goar presentó su gran experiencia con lentes de contacto en afáquicos monoculares, trabajo comentado por el doctor Mclean, qu'en habló de sus ventajas tales como la de que el enfermo mismo puede manejarlos, situación un poco difícil con implantes intraoculares.

El sistema óptico del ojo afákico está representado por la curvadura corneana separando el acuoso y vítreo del aire. El ojo normal tiene un poder de 58.64 dioptrías, mientras el ojo afákico tiene 43.05. Como fue mencionado antes, si se trata de corregir el ojo afákico con lentes regulares colocados 12 o 13 mm. delante de la córnea, la imagen será un 33% mayor en el ojo afákico. El tamaño de la imagen en retina está relacionada con el equivalente de la longitud focal del ojo y su lente corrector, mientras más corto sea el equivalente de la longitud focal, más pequeña será la imagen de la retina. Usando lentes de contacto en el ojo afákico se reducirá el tamaño de la imagen y en vez de ser un 33% mayor, será sólo un 7% a 10%. El doctor Linhz midió la anisometropía en la serie del doctor Mclean y encontró un promedio de 7.5% mayor la imagen en el ojo afákico corregido por lentes de contacto. Con esta reducción en la anisometropía, se presenta la visión binocular; en algunas ocasiones se presenta un pequeño imbalance y es necesario incorporar temporalmente prismas, éstos se irán rebajando poco a poco, hasta presentarse visión binocular y balance muscular normal sin su ayuda.

La refracción se hace en 7 a 10 semanas después de la extracción; si la visión es buena en el ojo afákico, se ordenará el lente de contacto. El enfermo aprenderá a ponerse, y a quitarse el lente y empezará usándolo entre media y una hora diaria, tiempo que irá aumentando lentamente, media hora diaria más, hasta poder usarlo continuamente por varias horas.

RESUMEN

Grandes avances han sido presentados en los últimos años en la lucha contra la afakia monocular, algunos de ellos descansan en el campo experimental y será necesario un número mayor de casos y unos años más de experiencia para ver los resultados.

Lentes de contacto han sido usados, después de varios años de experiencia por autorizados oftalmólogos. En el presente pueden considerarse la más aconsejable medida en el tratamiento de la afakia monocular.

REFERENCIAS

- 1 - Constantine E. F. and Mclean J. M. Contact lenses in aphakia. *Arc. Opht* 51. 212. 1954.
- 2 - Cowan A. Monocular Aphagia. *Arc. Opht.* 49. 473. 1953.
- 3 - Goar. E. L. Managment of Monocular Aphakia. *Arc. Opht.* 54. 73. 1955.
- 4 - Gyorffy. I. Correction of Unilateral Aphakia with Contact lenses. *Opthalmologica.* 130. 329. 1955.
- 5 - Nughes. W. F. Jr. Office managment of the Ocular Diseases. Year Book Publishers. 50. 452. 1953.
- 6 - Levitt J. M. Monocular Aphakia. *Amer. Jorral of Opht.* 43. 289. 1957.
- 7 - Ridley. H. Intraocular Acrilic lenses after Cataract Extraction. *Lan-cet* 1. 118. 1952.
- 8 - Ridley H. Intraocular Acrilic lenses. A recent development in surgery of the cataract. *Brit. Journal of Ophthal.* 26. 113. 1952.

COMENTARIOS SOBRE PARASITISMO INTESTINAL

Dr. José Miguel Restrepo R.
Académico de Número

A pesar de las campañas en extremo benéficas y provechosas que se han efectuado y se siguen efectuando contra el parasitismo intestinal, éste continúa haciendo su agosto en las poblaciones campesinas y algunos sectores de la urbana, acarreando en aquéllas síndromes clásicos o al menos comunes para que sean diagnosticados fácilmente y en ésta pintando cuadros vagos que recuerdan muchos de los achacados a diversos parásitos, ya helmintos, flagelados o protozoarios que actúan solos o en asociación y cuyos efectos intercurrentes en múltiples nosopatías correspondientes a sistemas y aparatos diferentes.

El estado general, el sensorio, el aparato digestivo con todos sus anexos, el respiratorio, el cardiovascular, el locomotor, el sistema nervioso son muy a menudo impresionados funcional o somáticamente con disturbios o con alteraciones que clínicamente son difíciles de referir desde el primer examen a su verdadera causa determinante. En esto se encuentra el motivo o la razón para que por mucho tiempo se traten estos cuadros nosológicos sin obtener jamás respuesta confirmatoria de parte del paciente de que está recibiendo beneficio de alivio o de curación y que en no pocas ocasiones se reputen estos enfermos como amplificadores de sus dolencias, como **nerviosos** antojados de probar la capacidad o habilidad médica de todos los profesionales y de ensayar la última medicación recomendada por quienes regresan del exterior. Y muchas ocasiones se arraigan conceptos erróneos y contrarios a la nocividad de los parásitos y aun se sostiene indefinidamente porque en los exámenes repetidos de laboratorio los hallazgos fueron negativos o dudosos: por esto hay parasitosis que evolucionan durante años y años.

De todos estos parásitos, indudablemente uno de los más sindicados en su responsabilidad patógena es la **amiba histolítica** que fue en otro tiempo la principal en la producción de disenterías y diarreas que minaban resistencias para el trabajo y ocasionaban episodios patológicos que se prolongaban en su evolución por defectos de tratamiento con las sustancias eficaces o por carencia de auxoterapia oportuna y conveniente; y que en la actualidad, además de estas expresiones sindrómicas, desencadenan estados morbosos vagos, de leve intensidad que semejan los propios de entidades definidas y a-

chacables a un sinnúmero de gastro-enteropatías. Y lo que acontece con el aparato digestivo y sus anexos ocurre con muchos otros órganos y sus respectivas funciones que pueden ostentar aisladamente o en concurrencia con otros padecimientos una sintomatología que corresponde a la aberrante amibiana.

Es de observación clínica que a medida que aparecen drogas de actividad superior a las habituales para combatir la patogenicidad de muchos agentes morbosos, la sintomatología clásica se va atenuando para dar campo a otras expresiones clínicas más universales o sea encontrables en procesos de etiología muy diferente; es muy posible que la influencia continua de los tratamientos químicos vaya disminuyendo la virulencia de los agentes patógenos impidiéndoles su completa actuación y que por eso en los diversos pasajes sucesivos no se logre —como se ha aceptado biológicamente— la exacerbación de su poder de agresividad. Las epidemias de disentería aguda como las observadas en Medellín en los años de 1913 y 1914 como en los municipios vecinos, la del año de 1916 en el norte de Antioquia y en 1926 y 1927 en el departamento del Valle, no han vuelto a presentarse con la misma agresividad; claro que se presentan formas agudas, casos graves de agudez desconcertante, que por fortuna con las terapias oportunas se han corregido convenientemente, evitando la propagación o diseminación por todas partes.

En cambio los cuadros clínicos mínimos, los episodios en miniatura que en múltiples ocasiones adopta la amibiasis cuando por causas desconocidas el protozoario va a pasar de la etapa de latencia o larvaridad a la de actividad patógena, son innumerables y pueden catalogarse de la manera siguiente: **sintomatología general** en la que hay merma paulatina del apetito con lo cual la alimentación racional en calidad y en cantidad lentamente va conduciendo al sujeto hacia la desnutrición; hay naturalmente disminución del peso corporal, modificación de la coloración cutánea, sensación de debilidad, pereza para ejecutar las faenas laborales, adinamia y astenia, sobre todo de tipo muscular, aunque la de tipo nervioso no es excepcional; hay dolores de cabeza de aspecto jaquecoide en las horas de la tarde, aunque en las matinales puede ser la de cefalalgia occipital; el insomnio no tarda en aparecer acompañado de preocupaciones y de exagerada nerviosidad con lo cual la capacidad laborativa o estudiantil se va aminorando a la vista y contemplación de familiares, de amigos y de discípulos; **sintomatología de orden digestivo** como pesantez estomacal con determinados alimentos, salivación, sensación de bo-

rrachera, a veces náuseas, tendencia al vértigo, en suma: un conjunto de síntomas que recuerdan el síndrome vagal; otras veces la sintomatología pinta claramente muchas de las expresiones características de la dispepsia flatulenta; el individuo siente todos los fenómenos de la digestión porque de función vegetativa ha pasado —por la continua preocupación de la persona— a función de la vida de relación; suelen presentarse trastornos intestinales como grandes períodos de constipación con toda la constelación subjetiva que ofrece en algunas personas, seguida de períodos de diarrea de aspectos muy variados, expresiones de colitis con dolores en el ciego, en el colon ascendente, transverso y descendente que hacen pensar en otras entidades; no son raras las manifestaciones de dolores ano-rectales con deposiciones que traducen la irritación de la mucosa de esta porción terminal del tubo digestivo. Al lado de estas perturbaciones y alteraciones digestivas, son frecuentes otros trastornos que hacen pensar en la participación hepatovesicular: hay signo de Murphy positivo, dolores espontáneos en la zona vesicular con estados vertiginosos en que se suceden las ausencias, las lipotimias y el vértigo tanto subjetivo como objetivo; hay náuseas, somnolencia después de las comidas, cefalalgias a veces con obnubilación mental que contribuyen a mermar en mucho el rendimiento laboral. Y como la localización de las amibas en el hígado es un hecho observado por muchos patólogos, no debe sorprender que estas ocurrencias sean más comunes de lo que se imaginan quienes apenas se inician en la práctica médica como tampoco debe sorprender que muchos de los episodios reputados como manifestación de hepatitis sean corregidos o suprimidos con medicaciones antiamebianas entre las que jamás se olvidarán la emetina y el aralén, fuera de otras nuevas del grupo de los antibióticos. La participación amebiana en muchas duodenitis crónicas con períodos de agudización no puede ponerse en duda. Por lo expuesto es obligación perentoria del médico que trata a personas con pasado positivo de amebiasis, aun cuando las últimas investigaciones de laboratorio no den pruebas de su existencia, hacer lo posible por extirpar el protozoo responsable de los trastornos que se han mencionado. Son y siguen siendo muchas las congestiones hepáticas, las hepatitis que benefician con las medicaciones amebicidas, entre las cuales no dejará de ser eficaz la emetina siempre que se cumplan con su aplicación los requisitos terapéuticos.

La incumbencia de las amibas en la **patología respiratoria** ha sido tenida en cuenta por muchos autores quienes la han hecho res-

ponsable de la bronquitis, alveolitis, congestiones y abscesos pulmonares, entidades estas que han cedido con tratamiento dirigido exclusivamente a combatir tales parásitos; y su participación como auxiliares en muchos de estos procesos es responsable de las evoluciones prolongadas con sintomatología recalcitrante y pertinaz mientras no se oponga a ellos, además de la terapia que les corresponde, la exclusivamente antiamebiana; de aquí que en todas las bronconeumopatías, que no dependen de la influencia del bacilo tuberculoso, sea imperativo científico, cuando existen antecedentes de haber sufrido episodios amebianos, apelar a tratamientos que tengan por finalidad neutralizar la acción funesta parasitaria: toses, broncorreas, síndromes asmáticos, disneas, pueden ser testigos indolentes y silenciosos de esta actuación. En los casos primitivos de infección amebiana parece que los parásitos llegan al pulmón por embolia directa desde el intestino; y que una vez que se encuentran en la circulación pulmonar forman nódulos firmes que más tarde se descomponen en pequeños abscesos originando una serie de síntomas que semejan algunas bronconeumonías fugaces que hacen dudar del diagnóstico inicial y que en muchas otras simulan infiltrados tuberculosos. Los antiguos amebianos con ocasión de enfermedades agudas del aparato respiratorio sufren expectoraciones purulentas profusas, en ocasiones hemoptoicas, con disnea y elevaciones térmicas intermitentes y precedidas casi siempre de escalofríos; la auscultación y la percusión suelen encontrar algunos signos físicos que corresponden a las propias de consolidación bronconeumónica, sobre todo en el lado derecho siguiendo el borde de la escápula; ni la baciloscopia ni los rayos equis prestan ayuda de importancia pero el examen de la fórmula sanguínea denuncia casi siempre una leucocitosis apreciable. Las bronquitis y las neumonitis amebianas primarias, sin infección previa del intestino, no son aceptadas por todos los tropicalistas, de manera que deben encontrarse en los antecedentes patológicos de tales individuos, procesos de etiología amebiana. Y es en estos casos en los cuales la emetina realiza prodigios de una rápida curación con sensación de alivio desde las primeras dosis aplicadas, acción que infortunadamente no se tiene en cuenta hoy por pensar menos clínicamente y apoyarse inmediatamente en los antibióticos que en muchas ocasiones se muestran insensibles o indiferentes para la corrección del proceso fuera de los peligros inherentes a la disbacteriosis.

Los estragos sobre el **aparato locomotor** los han denunciado autores extranjeros quienes han descrito **reumatismos articulares** de

naturaleza amibiana, especialmente localizados en las extremidades inferiores, sobre todo en la articulación de la rodilla. Y si bien es cierto y bien curioso que entre nosotros todavía no se haya hecho ninguna descripción al respecto teniendo como tenemos tantos amibiáticos inveterados, sí vemos con frecuencia sujetos que al mismo tiempo que exhiben sus dolencias intestinales o digestivas en general, se lamentan de dolores en las piernas, de verdaderas mialgias a las que no siempre se les encuentra un factor inmediatamente y a las claras responsable. Es muy posible que tales sujetos deban sus padecimientos a la acción solapada de la amiba que no alcanza a manifestarse de manera distinta y que sufre recrudescencias en las épocas de lluvia que expone muchísimo a las mojaduras intempestivas; en los climas de baja temperatura estos dolores constituyen un porcentaje alto en la consulta general; y es verosímil que correspondan a expresiones patógenas de estos parásitos.

Algunos autores españoles señalan casos de poliartritis y amibiasis intestinal y recalcan sobre las recidivas de aquéllas después de brotes o episodios amibianos, a veces retardados; pueden observarse sin el requisito de la disentería o la diarrea previa; la sintomatología no difiere de la propia artritis reumatoidea y está sometida a remisiones y exacerbaciones espontáneas. Sugieren que en estos casos el sistema articular se ha sensibilizado a una toxina elaborada por los parásitos más bien que a la infección secundaria de las ulceraciones intestinales. Por estas circunstancias todos los casos de artritis de esta índole en concurrencia con trastornos gastro-intestinales deben analizarse con criterio de gastro-enterólogo haciendo todo lo que el laboratorio pueda descubrir.

La influencia de las amibas sobre el **sistema nervioso** quizá ha sido exagerada, aunque es verosímil que en determinadas personas sea causa auxiliar para que se desencadenen episodios morbosos que merezcan reputarse como primitivos pero en los cuales un examen minucioso y detenido los hace colocar en sitio secundario. Pero lo que sí no puede negarse es que el amibiano crónico, máxime si es colítico, mantiene todo su pensamiento fijo sobre el tubo digestivo y sus distintas funciones, reitera sus dolencias, amplía las que se van repitiendo y piensa a todo instante en los peligros que corre su vida con una enfermedad que gasta tanto tiempo para llegar —si se llega— a la curación definitiva; por estas circunstancias muchos desarrollan una psico-neurosis intestinal que termina en lo que los tropicalistas han denominado **neurastenia tropical** cuando concurren mu-

chos otros factores funestos que minan lentamente las resistencias orgánicas y que son los que han hecho siempre temible la vida en esta zona tórrida tan vivible como las otras desde que el sujeto esté en capacidad de cumplir los imperativos higiénicos de alimentación que lo nutra y mantenga todo su organismo en estado de vigor para resistir el influjo nocivo del calor intenso, del clima con todas sus variantes cósmicas, de la flora y de la fauna de agentes peligrosos y sobre todo del mal funcionamiento de las glándulas de endosecreción que al final son las directoras del organismo.

El hallazgo de **epilepsia o de síndromes epileptiformes** como expresiones clínicas de amibiasis es tema que se ha discutido muchísimo y que hasta el presente no ha tenido una confirmación que dicte normas para la apreciación clínica; y de los casos que se han referido con propósito de ilustrar la discusión, unos han sido concurrentes con la parasitosis en mención obedeciendo la expresión nerviosa a otros factores etiológicos, de manera que no ha sido posible hablar con propiedad científica de epilepsia amibiana. Los autores que se han ocupado en el estudio de este capítulo de patología o sea de epilepsia parasitaria relatan casos debidos a las tenias, a los oxiuoros, a las lamblías, a los ascárides, pero no mencionan la amiba histolítica; también enumeran casos consecutivos a infecciones por colibacilos, por bacilos correspondientes al grupo de las shiguelas, casos todos que han desaparecido con los tratamientos debidos. Explican las crisis nerviosas por la irritación refleja o por intermedio de las reacciones meningo-corticales; hay quienes aseveran que estas ocurrencias no son posibles sino cuando encuentran un terreno con predisposición o labilidad en el sistema nervioso con lo que se continúa atestiguando que en asuntos de enfermedades el terreno o sea el individuo lo es todo o lo principal para lograr el desencadenamiento de ellas. Sin embargo, los doctores atenienses Damien Sotiriadés y Héctor Sarafidi relatan dos historias clínicas en las cuales la amibiasis fue la verdadera responsable cesando las crisis nerviosas de tipo epiléptico cuando el tratamiento anti-amibiano alcanzó la completa desaparición del protozooario durante muchos meses.

La multitud de acciones patógenas que se achacan al parasitismo intestinal obliga al médico a no prescindir de los diversos exámenes de laboratorio en busca del agente o agentes determinantes de episodios nerviosos de etiología oscura sin abandonar esa presunción porque las primeras investigaciones hayan dado resultados negativos; es preciso examinar y re-examinar insistiendo en el hallazgo

de la positividad y solamente cuando la persistencia de lo negativo se sostenga por mucho tiempo o en varios exámenes, cambiar de rumbo en busca de etiología realmente causal. A nadie se le oculta la importancia de estudios referentes a esta enfermedad del sistema nervioso que sigue preocupando a todos los países porque influyendo en la conducta del individuo, las transgresiones de la Ley son demasiado frecuentes; y si se recuerda la frase exagerada y por lo mismo inaceptable del Prof. Lombroso de que por cada seis personas existe un epiléptico, todo lo que se haga por descubrirla oportunamente contribuirá al mejoramiento de la sociedad y a la tranquilidad y bienestar de las familias.

Es necesario decir, repetir y recalcar que entre los diagnósticos que requieren una meditación serena y reflexiva se encuentra el de **epilepsia**, sobre todo de la que por ignorancia de la causa verdadera y determinante se continúa llamándola **esencial**, porque a cualquiera individuo a quien se le haga, está en posibilidad de sufrir consecuencias de daños y perjuicios en el porvenir: de niño se le encierra en el hogar, se le esconde a familiares y amigos, se le atiborra de drogas ineficaces y hasta inconvenientes y cuando aceptan el tratamiento racional, como es muy largo e implica una observación continua, se cansan con los gastos y acaban por abandonarlo; de adolescente se le retira de la escuela, se le priva de la actuación social y aunque se le hace algún tratamiento reputado como benéfico, se le siembra en el mismo hogar el complejo de inferioridad que lo humilla y lo deprime; en la juventud es causa de que se suspendan los estudios, se tronchen carreras y se malogren capacidades que bien dirigidas hubieran sido de utilidad para la familia y para la colectividad; en la adultez contribuye al abandono de los negocios u ocupaciones, al descuido de empresas y a veces al cambio de vida debido a la depresión de ánimo y al aburrimiento que le causa el saber que está sometido a incidentes desagradables como los **ataques** que le ponen la vida en peligro y todas las veces en ridículo. Por esta enfermedad hay carreras profesionales truncas, matrimonios frustrados, fracasos sociales por el hecho de que al sujeto se le dijera crudamente y con bases en la mera apreciación clínica que su enfermedad no tenía riesgos de curarse ya que esto es muy difícil tratándose de epilepsia. Para hacer una aseveración tal es obligación moral del médico recoger todos los datos de laboratorio, poseer el del encefalograma que autoricen plenamente para afirmar que el cuadro clínico corresponde al pequeño o al gran mal; haciéndolo preci-

pitadamente y tan sólo con las enseñanzas de la clínica corre peligro de equivocación y falta a los deberes de discreción y de humanidad para con quien sufre y hasta puede ser responsable de la suerte futura que busque para atenuar sus penas: es porque los diagnósticos en que se juega el porvenir de una persona deben estar basados en la realidad sintomatológica y en la confirmación del laboratorio; de otra manera no es posible hacer la terapia que beneficie ni dar normas de vida adecuadas a cada individuo.

Algunos autores como Craig, Hau de China y otros han hablado de la presencia de amibas histolíticas en la orina en casos de cistitis y de prostatitis subaguda describiendo como parásitos grandes células provenientes de la próstata o de la vejiga; pero hasta ahora no se ha hecho un estudio que complete y aclare estas opiniones; naturalmente que en casos de solución de continuidad de los tejidos que separan al recto de las vías urinarias inferiores, es una ocurrencia explicable que no encierra ninguna rareza.

Entre nosotros ha sido tema de varias y recientes publicaciones los casos de **amibiasis cutánea** descritos y bien estudiados por el doctor Agustín Piedrahíta con cuyo conocimiento se individualizaron muchos procesos dérmicos que permanecían sin paternidad etiológica, comprobados por el laboratorio y con la prueba terapéutica de la emetina.

Hay también unas manifestaciones de amibiasis, raras y por lo tanto llamativas de la atención, que ofrecen algunas personas quienes conocen por ellas la exacerbación del proceso: es el prurito del cuero cabelludo, que en ocasiones es desesperante; al examinar esta región se observa un eritema notorio que no se sabe si es por el rascado mismo, que es imperativo o es la manifestación de fondo de la dermatitis; pero afortunadamente el tratamiento anti-amibiano obra rápidamente, bien sea el emetiniano o el de preparados de glicocarse-nobismuto como los comerciales que responden a los nombres de wintodon, arsal y similares. No conocemos descripción de estas expresiones parasitarias que posiblemente son expresiones alérgicas a la acción de las amibas.

El tratamiento de las manifestaciones descritas debe hacerse a base de las sustancias anti-amibianas escogiéndolas de acuerdo con las condiciones clínicas en que se encuentre el paciente y ciñéndose a las recomendaciones dadas por los distintos experimentadores; y como todavía, en los casos de resistencia ofrecidos para muchas de las nuevas drogas, hay que apelar a las sales de emetina, conviene

recordar algunas de las contraindicaciones y peligros de ésta a fin de utilizarla tan sólo cuando pueda ser benéfica. Entre las acciones fisiológicas de la emetina está la de ser depresor de la circulación y en este sentido puede provocar un descenso de la presión sanguínea, a veces verdadera hipotensión aguda que reclama inmediato auxilio terapéutico; por la misma circunstancia un miocardio que no está suficientemente tonificado, que por tantas causas puede tener contracciones débiles puede llegar a la miocarditis o mejor a la miocardosis, lo que implica que en los cardiópatas se deba pensar mucho en su aplicación. Ha sido también sindicada de producir neuritis o polineuritis, posibilidad verosímil, aunque puede suceder que la acción patógena de la amiba haya desencadenado el cuadro morbozo en los nervios periféricos; existen muchos casos en los cuales es muy difícil saber si es la acción de la droga o la del parásito la que se debe condenar. En las terapias largas de esta sustancia suelen aparecer, de cuando en cuando, algunas manifestaciones clínicas que van contra la estética: la fragilidad de las uñas que se vuelven quebradizas con facilidad como acontece también en los viejos sifilíticos conforme lo observó el Prof. Milian y como lo ofrecen, en ocasiones, los insuficientes tiroidianos; y la descamación furfurácea de la piel con escamas pequeñas como las que se ven en ciertas intolerancias medicamentosas, en algunas quemaduras de primer grado; son manifestaciones dérmicas que se sostienen mientras se sostenga el tratamiento pero que afortunadamente no son de frecuente presentación. Todas estas incidencias se pueden evitar desde que el médico se ciña estrictamente a los requisitos terapéuticos en el empleo de esta droga, en cuanto a posología y duración del tratamiento; para que se logre su eficacia la dosis diaria no debe ser menor de cinco centigramos ni mayor de diez en un adulto; y la dosis total, en la primera cura, no debe exceder de sesenta centigramos puestos en doce días o en seis según la resistencia y condiciones del sujeto y la virulencia o gravedad del cuadro clínico; la segunda cura, si fuere menester, puede alcanzar la misma cantidad o quedarse en la mitad si la mejoría clínica fuere halagadora y si el coprograma directo y por concentración indica alivio o curación.

El campo terapéutico para el tratamiento de las diversas manifestaciones de la amibiasis es actualmente tan amplio que no se justifica el uso de drogas que puedan ser nocivas para el enfermo y que antes que despejar el cuadro patológico se le agreguen manifestaciones que traducen intolerancia o alergia de grados variables; el

criterio médico es el que dirige el empleo de los fármacos y por lo tanto debe seguir en un todo los requisitos exigidos por quienes han estudiado las indicaciones y contraindicaciones de aquéllos; se puede afirmar, sin exageración, que el temor a determinadas sustancias y su utilización indebida son responsables de que muchos casos de parasitismo sean tratados inadecuadamente, limitándose a efectuar el blanqueo pero sin llevar hasta la curación por no repetir las curas antiparasitarias con la frecuencia que imponen los sucesivos exámenes coprológicos y la marcha clínica de la enfermedad. No puede negarse que las drogas antiparasitarias tienen sus inconvenientes, que son agresivas para algunos órganos y que imponen cuidados y vigilancia en los días de su prescripción porque las resistencias del parasitado son vulnerables y con demasiada frecuencia las funciones hepáticas dejan que desear; pero de ahí a la timidez posológica con cantidades mínimas hay gran diferencia: el beneficio obtenido viene a ser ninguno, se desacredita la droga y la sintomatología no alcanza corrección. Los tratamientos que se quedan en las primeras prescripciones perjudican al paciente, al médico y a la profesión en general.

BIBLIOGRAFIA.

F. K. ALBRECHT: Modernas actuaciones clínico-terapéuticas en Medicina. Versión de la última edición norteamericana. 1952.

MANSON-BAHR: Enfermedades Tropicales. 12ª edición.

GEORGE BLUMER M. A. (Yale) M. D. The Therapeutics of Internal diseases. Second edition. Volumen III.

OSLERS: Principles and Practice of Medicine. Christian. Fifteenth edition.

B. BRUMPT: Parasitología. Tomo I. Última edición.

RUSSELL L. CECIL, A, B, MD, ScD. Tratado de Medicina Interna. Última edición.

G. MARAÑON: Manual de Diagnóstico Etiológico. Cuarta edición.

Varias revistas de Medicina Interna y Tropical extranjeras y nacionales.

TECNICA DE LA CIRUGIA ESTEREOTAXICA HIPOFISIARIA POR VIA EXTRACEREBRAL

Implantación de Productos Radioactivos en la Silla Turca

Dr. Hernando Corredor
Dr. Alvaro Corredor

INTRODUCCION

La situación profunda de la hipófisis en la base del cráneo, las complicaciones postoperatorias frontales e hipotalámicas particularmente observadas en los viejos, consecutivas al abordaje quirúrgico clásico de esta estructura, y el aumento creciente de las hipofisectomías para el tratamiento de los cánceres sexógenos, han impuesto la necesidad de buscar nuevas técnicas operatorias más favorables, menos traumáticas y de suficiente precisión para no lesionar los elementos importantes que rodean la silla turca, tales como el seno cavernoso, la carótida y los nervios oculomotores.

La cirugía estereotáxica es la base de los nuevos métodos para el abordaje quirúrgico de la hipófisis, ya que es una cirugía poco traumatizante y de precisión matemática, puesto que cada gesto operatorio está sometido a un constante control radiológico. Talairach en Francia ha perfeccionado una técnica de abordaje estereotáxico de la silla turca por vía transesfenoidal; Reichert en Alemania ha desarrollado un método de coagulación e irradiación de la hipófisis mediante un aparato estereotáxico; la vía elegida por Reichert es transfrontal y pasa entre las clinoides anteriores. Estos dos métodos tienen de común que la aguja o la sonda son llevadas con exactitud al punto elegido sin producir ni hemorragias, ni complicaciones, como las determinadas por su introducción a mano alzada en la práctica de otros procedimientos. El traumatismo operatorio es tan mínimo que la intervención puede repetirse en caso necesario.

Vamos a describir el aparato y la técnica del doctor Tallairach; uno de nosotros ha venido practicando con él, estas operaciones durante dos años, en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Santa Ana de París. Creemos de la mayor importancia divulgarla por la simplicidad de su ejecución, por la extrema benignidad del postoperatorio y por la excelencia de los resultados obtenidos, que serán objeto de otra comunicación.

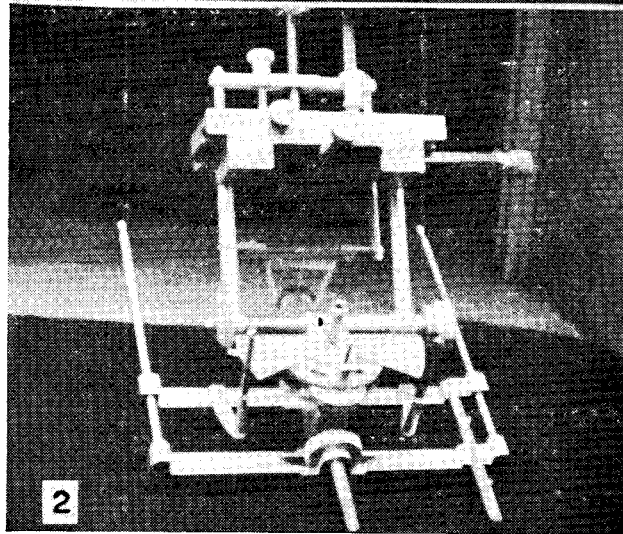
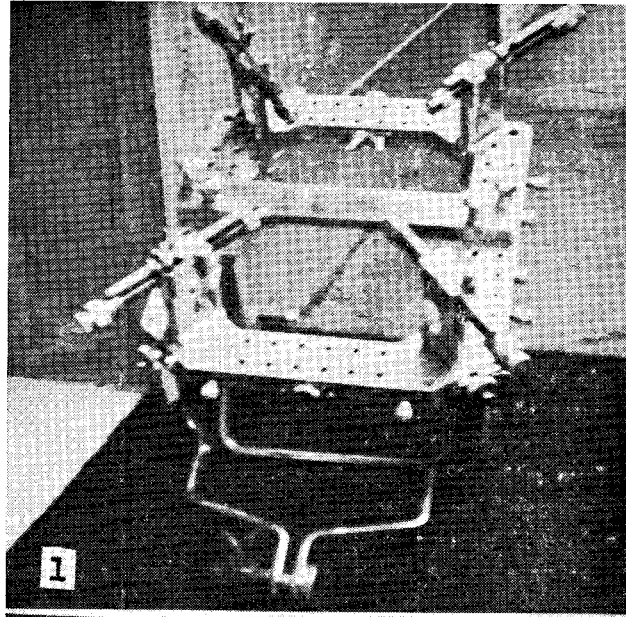


Fig. 1. Cuadro estereotáxico en el cual se pueden apreciar los 4 soportes de apoyo cefálico y el marco con los 2 soportes de apoyo auditivo.

Fig. 2. Aparato para la cirugía de hipófisis en el cual se ve apoyo nasal, anguladores y los 2 tallos paralelos para el reparo de la silla turca.

APARATO

Este comprende:

- a) Un cuadro rectangular que lleva en su brazo posterior un apoyo regulable para la fijación occipital. (Fig. 1).
- b) Dos ejes para la fijación en los conductos auditivos; ellos permiten la adaptación del cuadro a la cabeza del enfermo. (Fig. 1)
- c) Cuatro ejes simétricos que se montan en cada ángulo del cuadro y que al ser apoyados sobre tampones de caucho en las regiones laterales frontal y occipital, van a inmovilizar el cuadro de manera satisfactoria. (Fig. 1).
- d) El aparato para estereotaxia hipofisiaria propiamente dicho, (Fig. 2) que está constituido por los siguientes elementos:

1: Un sistema de fijación nasal hecho de plexiglass, con un eje metálico en la línea media, opaco a los rayos X; regulable a voluntad.

2: Dos tallos metálicos paralelos que van montados sobre un mismo eje y que se desplazan sobre una regla milimetrada en el sentido anteroposterior. Las extremidades de estos tallos son llevadas por sucesivos controles radiográficos al punto deseado del compartimento hipofisiario.

Su longitud, define la distancia a la cual debe penetrar un trocar situado sobre la línea media en el plano de los tallos.

3: Regla milimetrada que permite medir el desplazamiento lateral del aparato con relación a la línea media.

4: Medidor de ángulos en el cual se marca el ángulo definitivo de penetración del trocar.

5: Eje central permitiendo la introducción de la fresa destinada a perforar el seno esfenooidal y el piso de la silla turca.

6: Aparato de enfoque para teleradiografías que permite centrar la punta de los tallos (Fig. 2) que deben superponerse exactamente sobre el punto hipofisiario escogido.

El aparato hipofisiario se fija sobre el cuadro estereotáxico y este conjunto se monta sobre la cabeza del enfermo con los cuatro ejes de fijación hacia abajo.

TECNICA OPERATORIA

Únicamente en casos de tumor hipofisiario se practica previamente a la operación una encefalografía fraccionada para saber si el tumor es solamente intraselar, o si se extiende fuera del comparti-

mento hipofisiario. Un gran desarrollo extraselar del tumor, es una contraindicación formal al empleo de la vía estereotáxica transesfenoidal.

La técnica operatoria comprende tres tiempos:

- 1: Preparación del enfermo y montaje del aparato.
- 2: Tiempo Radiológico.
- 3: Introducción de la sonda e implantación de los Isotopos radioactivos.

Primer tiempo:

Posición del enfermo: Decúbito dorsal.

Anestesia: General, con intubación.

Aplicación de aceite en los conductos auditivos.

Pulverización nasal de penicilina y procaína al 2%.

Apoyo de la cabeza sobre un gancho metálico en U que facilita la colocación del cuadro.

Escoger por rinoscopia la fosa nasal que parezca la más apropiada a una introducción no traumática de la sonda.

Montaje del aparato sobre la cabeza del enfermo y su fijación por medio de los apoyos que van en los conductos auditivos externos, el apoyo occipital, el aparato de fijación nasal y los cuatro ejes que se apoyan sobre soportes de caucho.

Fijación del cuadro a la mesa de operaciones.

Montaje sobre el cuadro del aparato de enfoque lateral.

Nivelación del aparato.

La inmovilización del aparato es absoluta. Hay que tener en cuenta que el eje metálico del apoyo nasal debe quedar en la línea media. Luego debe practicarse nueva insuflación de penicilina procaína y bajo rinoscopia pasar una sonda por el trocar mediano hasta que pase convenientemente por la nariz escogida. Si es necesaria alguna modificación, se actúa sobre las diversas articulaciones que controlan el porta-trocar y que permiten su desplazamiento en sentido vertical o lateral y el cambio del ángulo de penetración.

Segundo tiempo:

Es radiológico. Se inicia por la toma de un cliché anteroposterior que nos debe mostrar el eje metálico del apoyo nasal como una línea opaca que se proyecta sobre el septum. Si el aparato está bien centrado se toma entonces una teleradiografía de perfil a cuatro metros de distancia, para ver la posición de los tallos (Fig. 2) con

respecto al punto elegido de la silla turca; con este procedimiento es posible de superponer exactamente los dos tallos izquierdo y derecho. En principio los tomamos a una inclinación de veinticinco grados, que es la más constante; si la placa nos muestra un desplazamiento, lo corregimos y controlamos con un segundo cliché, lo mismo que la profundidad. Sobre la regla milimetrada en que se realizan los movimientos de profundidad, leemos la longitud de penetración y registramos esta cifra.

Sobre los clichés de perfil no debemos ver sino un solo tallo y entonces se comprende por qué el trocar que está situado en medio de los dos, tiene una orientación idéntica.

Para introducir el trocar en la cavidad nasal y evitar el tabique, es necesario desviar el aparato un cierto número de milímetros (en general 10 a 15) fuera de la línea media; la cifra indicada por la regla milimetrada que controla este movimiento lateral es registrada.

Así tenemos dos longitudes conocidas: longitud de los tallos y longitud de separación de la línea media, que forman los dos lados de un ángulo rectángulo, cuya hipotenusa podrá ser representada por el trocar. Conociendo estas dos longitudes se puede conocer el valor del ángulo que deberá adoptar el trocar para llegar al punto deseado sobre la línea media; la división del cateto menor por el cateto mayor nos dará el valor de la tangente alfa. Una tabla trigonométrica da el valor del ángulo en función de la tangente, ángulo que marcamos sobre el aparato y que podemos llamar el ángulo definitivo de penetración del trocar.

Tercer tiempo:

Nueva insuflación de penicilina e introducción por el trocar mediano de una fresa que va a perforar el seno esfenoidal y el piso de la silla; su longitud es la misma que la longitud de los tallos (Fig. 2). Radiografías de frente y perfil permitirán conducir la fresa por la línea media hasta el punto escogido del compartimento hipofisario; luego se retira la fresa y la misma longitud es marcada sobre una sonda especial que se pasa de nuevo por el trocar mediano y a través de la cual el cirujano debidamente protegido deposita los isotopos radioactivos. (Nosotros usamos el oro radioactivo que tiene la ventaja de ser opaco a los rayos X).

Clichés laterales y anteroposteriores controlan la posición del oro. Si se tiene la sospecha de un tumor quístico, se aspira con una

jeringa a través de la sonda, antes de la introducción de los isotopos.

POST - OPERATORIO

Las intervenciones son bien soportadas cualquiera que sea la edad del enfermo. Hay ausencia total del síndrome diencefálico (somonolencia, hipertermia, estupor) observado en una gran parte de los enfermos que han sido operados por el procedimiento clásico a cielo abierto.

Esta ausencia de complicaciones frontales e hipotalámicas está en relación directa con el abordaje quirúrgico por vía extracerebral, puesto que no las hemos registrado en el postoperatorio de los enfermos intervenidos estereotáxicamente.

No hemos registrado lesiones de los oculomotores, ni accidentes infecciosos, a pesar de que no administramos antibióticos de manera sistemática.

No se ha practicado endocrinoterapia ni pre ni postoperatoria.

INDICACIONES

En todos los tumores hipofisarios, con excepción de aquellos que tienen una extensión supraselar importante.

En las hipofisectomías practicadas para tratar los cánceres hormonales, la diabetes grave, la hipertensión arterial maligna y la enfermedad de Cushing.

Reichert hace notar, que precisamente en los enfermos con hipertensión arterial, que según Olivecrona toleran mal la hipofisectomía, no se alteran cuando éstas se realizan con procedimientos estereotáxicos.

RESUMEN

Se hacen consideraciones sobre el hecho clínico corrientemente observado de sintomatología frontal e hipotalámica, presentada por gran parte de los enfermos sometidos a la cirugía clásica de la hipofísis.

Se describe el aparato y la técnica de abordaje quirúrgico transesfenoidal de la Hipofísis, del Doctor Tallairach.

RÉSUMÉN

Nous venons de prendre en considération le fait clinique couramment observé des symptomes frontaux et hypothalamiques pré-

sentés par une grande partie des malades soumis á la chirurgie classique de l'hypophyse.

Nous avons décrit l'appareillage et la technique d'abord chirurgical et trans-sphénoïdal de l'hypophyse, mise au point par le Doctor Tallairach.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguerra (J); Benda (Ph); Constans (J); David (M); Tubiana (M). Etude expérimentale des lésions provoquées par l'implantation intracérébrale de fragments d'or radioactif. Rev. Neurol. Tome 91, N° 4 1.954.
2. Hassler (R); Riechert (T); A special method of Stereotactic Brain Operation. Proc. Roy. Soc. Med. Im Druck.
3. Riechert (T); Kombinierte Behandlung der Hypophysen tumoren mittels radiaakt. Isotope und stereotakt Operationen. 7 Jahrestg Ges. Neurochir. Bad Ischl 6 bis 11, 1954.
4. Riechert (T); Mundinger (F). Beschreibung und Anwendug eines Zielgerätes für stereotaktische Hirnoperationen (11 Modell). Acta Neurochirurgica Suppl 111.
5. Tallairach (J). Les explorations radiologiques stereotaxiques. Rev. Neurol. 90, 5, 556-584, 1954.
6. Tallairach (J); Aboulker (P); Ruggiero (G); David (M). Utilisation de la méthode radio-stereotaxique pour le traitement radioactif in situ des tumeurs cérébrales. Rev. Neurol. 90, 656-657, 1954.
7. Tallairach (J); Ruggiero (G); Aboulker (P); David (M). A new method of treatment of inoperable brain tumours by stereotaxic implantation of radioactive gold. The British Jorunal of Radiology. Vol. XXVIII, N° 326. February 1955.
8. Tallairach (J); Tournoux (P). Appareil de stereotaxie hypophysaire pour voie d'abord nasal. Neuro-Chirurgie T. 1 - N° 1; 127-131, 1955.
9. Tallairach (J); Aboulker (P); Tournoux (P) David (M). Technique stéréotaxique de la chirurgie hypophysaire par voie nasale. Neuro-Chirurgie T. 2 - N° 1, 1956.

ASOCIACION COLOMBIANA DE ESCUELAS DE MEDICINA

II SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA

BOLETIN Nº 1

De acuerdo con lo resuelto en Cali en el mes de Diciembre de 1955, el II Seminario de Educación Médica se llevará a cabo en Medellín en el año de 1957.

Todos los Decanos de las Facultades de Medicina de Colombia se reunieron en Bogotá durante los días 3, 4 y 5 de Diciembre del que cursa, con el objeto de iniciar el análisis de los resultados del Primer Seminario de Cali y adelantar la organización del II Seminario.

La opinión fue unánime en el sentido de aceptar que la organización del Primer Seminario fue excelente y que sus resultados prácticos han sobrepasado los cálculos más halagüeños, ya que se ha despertado una gran conciencia en relación con la importancia de los estudios Médicos, se ha iniciado una renovación de ellos y todas las Facultades han experimentado grandes adelantos.

Se espera muy confiadamente que el II Seminario será de una utilidad aún mayor, su organización más perfeccionada y que despertará más interés no sólo en Colombia sino también en otros países del continente.

Para dar cumplimiento a una de las resoluciones de Cali, se nombró como Presidente de la Asociación Colombiana de Escuelas de Medicina al Dr. Gabriel Velásquez Palau, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, y al Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, como Secretario, quien a la vez actuará como Director General del Segundo Seminario.

Se acordaron luego los siguientes puntos:

Fecha:

El Seminario se llevará a cabo en la ciudad de Medellín en la semana comprendida entre el lunes 9 de Diciembre y el Sábado 15 del mismo mes, en el local de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Financiación:

El Dr. José Ma. Cháves, Gerente del Fondo Universitario Nacional, ratificó su voluntad de que el Fondo contribuya a la financiación de este Seminario, después de declarar que ha sido el de Medicina el más bien organizado y útil de los seminarios realizados sobre educación profesional en el país.

Programa provisional para la distribución del trabajo:

Lunes 9. 10 a.m. a 11 a.m. Sesión solemne de inauguración del Seminario, según programa especial.

11 a.m. a 12 m. Reunión del Comité de Coordinación, que estará constituido por el Director General del Seminario, los Decanos de las Facultades de Medicina, los Presidentes y Coordinadores de las diversas comisiones de trabajo.

Lunes en la tarde, Martes, Miércoles y la mañana del Jueves, trabajo de las diversas secciones, de acuerdo con programas elaborados especialmente.

Jueves en la tarde: Reunión del Comité de Coordinación. Libre para las comisiones.

Viernes: Mañana y tarde: sesiones plenarias.

Sábado: mañana: sesión plenaria y sesión de clausura.

Noche: reunión social.

Grupos de trabajo:

Se acordó sostener los mismos grupos de trabajo tenidos en Cali, a saber:

1. Decanos.
2. Morfología.
3. Ciencias fisiológicas.
4. Patología.
5. Medicina Preventiva.
6. Medicina Interna.
7. Cirugía.
8. Pediatría.
9. Obstetricia y Ginecología.
10. Psiquiatría.

Y además un grupo especial, con organización también especial que desarrollará el tema "FINANCIACION DE LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS Y ESPECIALMENTE LOS MEDICOS EN COLOMBIA".

Trabajos previos:

1º Octava reunión de Decanos.

Fuera de la intensa correspondencia que será necesaria entre todas las Facultades, se convino verificar una reunión de Decanos en la ciudad de Cartagena a mediados del mes de Julio de 1957, la que tendrá por objeto analizar lo realizado hasta ese entonces en cuanto a la organización del Seminario, y definir los detalles finales del mismo.

2º Comité permanente en las Facultades:

Se resolvió igualmente que en cada Facultad se constituirá a la ma-

por brevedad posible, un comité permanente preparatorio del II Seminario, presidido por el Decano, y con tantos miembros como las secciones dichas. es decir, un comité de diez (10) miembros. Se recomendó muy especialmente que los coordinadores se seleccionen — en lo posible — del personal de tiempo completo o de mayor dedicación.

3º Viaje de información a todas las Facultades:

Durante el año de 1957 se seleccionará por el Coordinador General, previa lista de candidatos sometida a él por las Facultades, un miembro de cada sección para que visite detalladamente todas las Facultades del país y obtenga toda la información adicional necesaria en relación con su sección correspondiente. Las fechas y organización de estos viajes serán comunicados previamente con la debida anticipación a las diversas Facultades.

Asistentes:

Fuera del personal seleccionado por las diversas Facultades dentro de su Profesorado, serán invitados a participar en el Seminario, los siguientes:

Representantes del Ministerio de Educación Nacional.
Representantes del Ministerio de Salud Pública.
Representante del Fondo Universitario Nacional.
Representante de la W. K. Kellogg Foundation.
Dr. John M. Weir, Representante de la Fundación Rockefeller.
Dr. Maxwell Lapham, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane.
Dr. Ernest C. Faust, Coordinador del programa de asistencia técnica para las Facultades de Medicina de Colombia.
Dr. Myron Wegman, de la Oficina Sanitaria Panamericana.
Representante de la International Cooperation Administration.
Representante de la World Health Organization.
Representante de la Association of the American Medical Colleges.
Representante de la Cordell Hall Foundation.
El alumno mejor calificado del último curso de las Facultades de Medicina.
Observadores de algunas naciones latino-americanas.

Objetivos del Seminario:

Se han seleccionado los siguientes objetivos para este II Seminario:

- 1º Evaluar los resultados obtenidos en el Primer Seminario de Educación Médica de Cali.
- 2º Mejorar las informaciones sobre Educación Médica y sobre las Facultades de Medicina de Colombia, lo mismo que estrechar los vínculos e intercambio entre ellas y propender por su mejoramiento.

- 3º Continuar la discusión sobre los diversos programas y planes de enseñanza, sus ventajas e inconvenientes.
- 4º Hacer un estudio y análisis del Estudiante de Medicina en Colombia: su formación previa, problemas en los estudios médicos, adaptación a nuevas disciplinas, dificultades en su formación, estado social, su futuro, etc.
- 5º Estudiar las diversas relaciones existentes entre las Facultades de Medicina y los hospitales docentes.
- 6º Hacer un análisis sobre la financiación de los estudios Médicos en Colombia y proponer fórmulas para su mejoría.

Trabajo de las secciones:

Cada sección tendrá su temario de trabajo especial, elaborado con el Coordinador General seleccionado, que se procurará sea quien haya visitado los diversos departamentos de Colombia. Dicho temario se dará a conocer a todos los asistentes. Para cada tema será designado el ponente con la anticipación necesaria, para que las ponencias sean enviadas antes de la reunión.

La orientación general del trabajo de las secciones será así:

- 1º Evaluación detallada de todas y cada una de las recomendaciones del Seminario de Cali, analizando lo que se ha hecho en cada Facultad y lo que no se ha hecho, lo mismo que las causas por las cuales no se han llevado a cabo.
- 2º Nuevos criterios o modificaciones sugeridas en relación con la organización, métodos docentes, etc., de cada sección.
- 3º El alumno de medicina y su actitud, reacciones, dificultades, etc., en relación con la enseñanza de las disciplinas correspondientes.
- 4º Otros temas variados, según cada sección.

DR. IGNACIO VELEZ ESOBAR,
Coordinador General

Medellín - Diciembre 10 de 1956.

ASOCIACION COLOMBIANA DE ESCUELAS DE MEDICINA

II SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA

BOLETIN N° 2

En el Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, los días viernes 21, y sábado 22 de Junio de 1957, se reunieron los Decanos de las Facultades de Medicina de Colombia con el objeto de definir diversas cuestiones en relación con la reunión del II Seminario de Educación Médica.

Se convino unánimemente lo siguiente:

- 1) Retificar a la ciudad de Medellín como Sede, y ratificar las fechas elegidas, o sea del 9 al 15 de Diciembre próximos.
- 2) Se ratificó el nombramiento del Dr. Ignacio Vélez Escobar, como Director General del Seminario.
- 3) Se dio ratificación al temario general aprobado y publicado en el Boletín N° 1.
- 4) El Seminario funcionará con los mismos diez (10) grupos de trabajo ya aprobados, y con el plan provisional de distribución de trabajo ya aceptada.
- 5) Se procedió a discutir la financiación del Seminario, y el Dr. José Ma. Cháves, Gerente del Fondo Universitario Nacional, ratificó la expresa voluntad de dicha entidad de financiar el costo de dicha reunión, encareciendo que se haga un esfuerzo para que él sea el menor posible. Todos los asistentes agradecieron al Fondo Universitario Nacional su colaboración.
- 6) Se procedió a la selección de los Directores de Debate y Coordinadores para los diversos grupos de trabajo, teniendo especial cuidado en una equitativa distribución dentro de las diversas Facultades del país. Se convino igualmente designar algunos Presidentes Honorarios. En hoja aparte se incluye la lista completa de los designados.
- 7) Se aprobó la sugerencia del Dr. Santiago Rengifo (representante del Sr. Decano de la Universidad del Valle), en el sentido de modificar el sistema de trabajo de Cali, en cada comisión. Dicha modificación consiste en la supresión de los llamados ponentes, para cada tema, y reemplazar ésto por el sistema seguido en el Seminario de Medicina Preventiva verificado en Tehuacán, consistente en la elaboración cuidadosa de un cuestionario, el cual será sometido previamente a todos los asistentes, y el suministro de bibliografía e información sobre los temas a discutir para todos los miembros de cada grupo de discusión. El Director y Coordinador de cada grupo, orientarán luego la discusión tratando de obtener la opinión de todos y cada uno de los asistentes sobre todo los

puntos. Después de esta amplia discusión, se llegará a las conclusiones, las cuales serán redactadas por el respectivo Coordinador para posterior aprobación del grupo, y el sometimiento a la discusión final en las sesiones plenarias.

Esta sugerencia fue aceptada unánimemente por considerar que la supresión de los ponentes facilita grandemente la labor de organización, y además hace que todo el grupo tome parte más activa en las discusiones. Se anotó sí la necesidad de una cuidadosa elaboración del cuestionario, base de la discusión, lo mismo que la urgencia de suministro oportuno de bibliografía. Cuando se considere oportuno, la Secretaría General repartirá copias mimeografiadas de artículos de interés especial.

- 8) El Dr. José Ma. Cháves propuso que además de los invitados especiales ya aceptados, creía de gran interés que se invitase a los siguientes profesionales a concurrir al Seminario: Dres. George Humphreys, Columbia Presbyterian Medical Center de New York, y Carney Lendis del Psychiatric Institute de la misma Universidad, miembros de la "Unitarian Medical Mission" que visitó a Colombia en el mes de Octubre de 1948, y quienes están en capacidad de apreciar mejor la evolución de la Enseñanza Médica en Colombia. Y además al Dr. J. Aitken, Chancellor de la Universidad de Birmingham, en Inglaterra, y en donde se lleva a cabo una gran experiencia en relación con la enseñanza Médica. Los gastos que esta invitación demande, serían por cuenta del Fondo Universitario Nacional.

Todos los asistentes aprobaron con entusiasmo lo propuesto.

- 9) En seguida se propuso, que aprovechando la presencia de éstos y los demás distinguidos visitantes se tuviese al menos una Ponencia general diaria, para todos los asistentes al Congreso, sobre temas de Educación Médica, y a cargo de estos renombrados visitantes. También se aprobó la proposición anterior y así se incluirá en el programa.
- 10) Se entró a discutir en detalle las funciones de los coordinadores generales, y se aprueba la redacción del memorándum que se enviará a cada uno de ellos, el cual se incluye en hoja separada.
- 11) Se insistió en la urgente necesidad de que cada Facultad forme su respectivo comité, dividido en los 10 grupos de trabajo, y cada uno de ellos con su respectivo Presidente y Coordinador. Se dará cuenta de ello a la mayor brevedad al Coordinador General.
- 12) Se retificó a Cartagena como sede de la próxima reunión de Decanos, para dar los detalles finales a la organización del Seminario. Esta reunión se verificará los días viernes 16 y sábado 17 de agosto del presente año. Se aplaza para dicha reunión la decisión en relación con la cuota de \$ 1.000.00 por cada Facultad para los fondos de la Asociación.

- 13) Se aprueba dirigirse al Comité de Investigaciones Económicas del Banco de la República en solicitud de ayuda y sugerencias para la discusión del tema sobre financiación de la Educación Universitaria, y especialmente Médica en Colombia.
- 14) Se aprueba el siguiente temario para la discusión de los Decanos:
 - a) Análisis de las recomendaciones de Cali.
 - b) Aprobación de los requisitos mínimos para el funcionamiento de una Escuela de Medicina en Colombia.
 - c) Estudio de las relaciones con los Hospitales Docentes, —en Colombia.
 - d) Importancia y necesidad de las Bibliotecas en los Estudios Médicos.
 - e) Estudios de Post-graduados en Colombia.
 - f) Organización de los Internados, y Residencias.

El Dr. Cháves, antes de terminar la reunión, solicita de todos los Decanos de Medicina, se le envíen toda clase de iniciativas al Fondo Universitario.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR
Director General.

Medellín, Julio 1º de 1957.

II SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA

Medellín, Diciembre 9 - 15 de 1.957

REUNION DE DECANOS EN CARTAGENA

En Cartagena, los días viernes 20 y sábado 21 de Septiembre, se llevó a cabo la reunión de Decanos de las Facultades de Medicina del país, con el objeto de continuar los preparativos para la reunión en Medellín del II Seminario de Educación Médica.

Asistieron la totalidad de los Decanos de las siete Facultades del país, y el Dr. Aníbal Fernández de Soto en representación del Ministerio de Educación Nacional.

Las reuniones se llevaron a cabo en la Rectoría de la Universidad de Cartagena, y a ellas asistió el Dr. Haroldo Calvo Núñez, Vice-Rector de dicha Universidad.

Las conclusiones de las reuniones verificadas, pueden sintetizarse así:

- 1) Se confirmaron todas las resoluciones tomadas anteriormente, en relación con fecha, plan de trabajo, división en comisiones, supresión de los ponentes, directivas, representación del estudiantado, etcétera.
- 2) Se aceptó la sugerencia del Director General en el sentido de delegar en la Oficina de Turismo del Municipio de Medellín, y una agencia de turismo particular, todo lo relacionado con viajes, alojamiento, transporte, etc.
- 3) En vista del intenso trabajo de secretaría y redacción, que deberá llevar a cabo cada grupo de discusión, se aprobó unánimemente nombrar para cada grupo dos miembros para el "Comité de Redacción", quienes en compañía de los Presidentes y Coordinadores ya elegidos, constituirán la directiva de cada grupo de discusión.
- 4) Se agradece una vez más la ayuda que ha venido prestando el Fondo Universitario Nacional a la realización de las labores preparatorias del Seminario, y la realización del Seminario mismo, y se comisiona al Dr. Ignacio Vélez Escobar para elaborar un presupuesto cuidadoso y enviárselo al Dr. José Ma. Cháves, con estas bases:

- a) De cada Facultad y para cada grupo de discusión, asistirá un máximo de tres (3) delegados, es decir, que habiendo nueve grupos de discusión serían 27 delegados, incluyendo el Decano y al estudiante.

Como existen algunos departamentos que no están en funcionamiento en algunas facultades, y en muchos otros no habrá sino uno o dos delegados, se calcula aproximadamente la asistencia de unos 20 o 22 delegados por Facultad en promedio.

- b) El Seminario sólo pagará: transporte de ida y regreso, y alojamiento con comida, en los días del Seminario. Todos los demás gastos: viajes de acompañantes, licores, telegramas, teléfonos, ropa, etc., serán por cuenta personal del delegado.
 - c) No se auspiciará sino una reunión social a la terminación del Seminario, y en lo posible se financiará en fuentes diferentes.
 - d) Se incluirá dentro del presupuesto el costo de alojamiento en la ciudad de Medellín, de los invitados extranjeros, y ayuda extra de Secretaría, etc.
 - e) Con base en las determinaciones anteriores, cada Decano enviará a Medellín, a la mayor brevedad, la lista final de los delegados de cada Facultad al Seminario, con la indicación del grupo a que pertenecen.
- 5) Se entró luego a hacer un estudio detallado de la organización de cada grupo de discusión, luego de obtener información completa de las visitas de los coordinadores, y de leer y comentar sus diversos informes. Todos los asistentes estuvieron de acuerdo en la gran utilidad de las visitas, y la excelente labor desarrollada por los coordinadores generales.
- 6) Se resolvió encargar a cada Facultad, Sede del coordinador general, de continuar las labores preparatorias para la discusión de cada grupo; y cada coordinador general preparará y enviará directamente a los coordinadores locales, y al coordinador general, el material necesario para la discusión, preparado en un orden general, igual, así:
- 1. Asignaturas o disciplinas que se incluyen en cada grupo de discusión, con las diferentes denominaciones usadas en las diversas Facultades.
 - 2. Personal Directivo del grupo, así:
 - a) Presidente Honorario si lo hay.
 - b) Presidente efectivo.
 - c) Invitados especiales si los hay.
 - d) Coordinador General.
 - e) Comité de Redacción.
 - f) Coordinadores Locales.
 - g) Asistentes.
 - 3. Copia del informe enviado por el Coordinador General.
 - 4. Luego programa detallado de las sesiones de cada grupo, según las bases discutidas y aprobadas por los Decanos y de acuerdo con lo propuesto por los coordinadores generales con su cuestionario.
 - 5. Lista de referencias bibliográficas de interés.
 - 6. Copias mimeografiadas de algunas de estas referencias o artículos de interés especial, y de los cuales se desea que todos los asistentes tengan una información completa.
- 7) Instrucciones generales. Notas. Material especial, etc.

- 8) El personal responsable de la preparación de todo este material, será el siguiente:
 - 1) Para Morfología, Dr. Humberto Gómez Osorio. Universidad del Valle.
 - 2) Para Ciencias Fisiológicas, Dr. Gonzalo Montes. Universidad Nacional.
 - 3) Patología, Dr. Haroldo Calvo. Universidad de Cartagena.
 - 4) Medicina Preventiva, Dr. J. A. Montoya. Universidad del Valle.
 - 5) Medicina Interna, Dres. Marcos H. Camargo, Universidad de Cartagena, y Juan Consuegra, Universidad Javeriana.
 - 6) Cirugía, Dr. Enrique Mejía Ruiz, Universidad de Caldas.
 - 7) Pediatría, Dr. Alfonso Vargas Rubiano, Universidad Nacional.
 - 8) Obstetricia y Ginecología, Dr. Jaime Botero Uribe, Universidad de Antioquia.
 - 9) Psiquiatría, Dr. Gerardo Paz Otero, Universidad del Cauca.
 - 10) Decanos, Dr. Ignacio Vélez Escobar.

Después de lamentar muy sinceramente la prematura desaparición del Dr. Néstor Santacoloma, Coordinador General del Grupo de Morfología, se nombró en su reemplazo al Dr. Darío Cadena, de la misma Universidad Nacional.

- 9) Aprovechando la presencia en Colombia del Dr. Mayerson, de la Universidad de Tulane, y el hecho de que visitara todos los departamentos de Fisiología del país, y de que estará presente en el Seminario de Medellín, se comisiona al mismo para que colabore con el Dr. Montes en el trabajo de coordinación del grupo de ciencias Fisiológicas en compañía del Dr. Guillermo Latorre, de Medellín.
- 10) En vista de que el informe del Dr. Juan Consuegra, del grupo de Medicina Interna, no ha llegado, y de que todos los Decanos creen que este grupo es de la máxima importancia, y comprende muchas especialidades, se ha resuelto que el Presidente del grupo, Dr. Marcos H. Camargo, suplemente la visita hecha, y después de visitar a Bogotá, Cali (donde irán los profesores de Manizales y Popayán) y Medellín, se ponga en contacto estrecho con el Dr. Consuegra y la Facultad Javeriana, para el trabajo de preparación del grupo de Medicina Interna.
- 11) En vista de la renuncia presentada por el Dr. Santiago Rengifo del cargo de Coordinador General del grupo de Medicina Preventiva, se confirma la designación hecha por el Sr. Director General, en la persona del Dr. Juan A. Montoya, de la Universidad del Valle.
- 12) Se comisiona al Dr. Gabriel Velásquez para elaborar los planes de trabajo de las sesiones plenarias, incluyendo tres (3) ponencias especiales, una al cuidado del Dr. Mayerson, Profesor visitante de Fisiología, otra al cuidado del Dr. Tatum, (Profesor visitante de Obstetricia, actualmente en Cali), y una más para decidir posteriormente.

- 13) Se comisiona al Dr. Ignacio Vélez, para organizar el plan de trabajo del grupo de los Decanos, después de haber seleccionado los temas principales de discusión. Cada Decano quedó comisionado para enviar a la mayor brevedad información sobre el tipo de relación existente entre la Facultad y los Hospitales.
- 14) Se insiste en el grupo especial para discutir la financiación, y se comisiona al Dr. Cortés Mendoza para ponerse en contacto con el Comité de investigaciones económicas del Banco de la República, y al Dr. Vélez, con el mismo comité de la Andi en Medellín.
- 15) En una sesión final especial, se trataron los siguientes puntos:
El Dr. Ignacio Vélez propuso la discusión de tres (3) puntos por él presentados al H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, de interés para este grupo médico:
 - a) El problema de los "Bacteriólogos", con derecho a ejercer una especialidad médica, como es la del Laboratorio Clínico. El Dr. Cortés Mendoza informó que ya la Universidad Nacional, había reglamentado ésto, limitando el ingreso a las mujeres y suprimiendo el título de bacteriólogo, por el de Auxiliares Técnicas de Laboratorio. El Dr. Gabriel Velásquez informa que en la Universidad del Valle se iniciará ya un curso de Técnicas de Laboratorio Clínico, de dos (2) años de duración y sobre bases similares al proyecto de Antioquia.

Todos los asistentes se manifestaron de acuerdo en la gran necesidad de crear las Técnicas de Laboratorio, suprimiendo los llamados "Bacteriólogos", y resolvieron comisionar unánimemente al Dr. Fernández de Soto, para obtener del Ministerio de Educación Nacional, la respectiva modificación.

- b) Se auspicia con gran entusiasmo el proyectado curso de Administración Hospitalaria, y se decide dirigirse al Fondo Universitario Nacional, solicitando ayuda y auspicio económico para el mismo.
- c) En discusión el proyecto de "Centro Nacional de Materiales Audiovisuales". Todos los asistentes estuvieron también de acuerdo en que se trata de una iniciativa de gran trascendencia para el país, que debe ser llevada a feliz término a la mayor brevedad, y para la cual los Decanos ofrecen su más completa cooperación; también se acepta solicitar la colaboración del Ministerio de Educación y del Fondo Universitario Nacional para la misma.

El Dr. Gabriel Velásquez, da un informe preliminar sobre la "Asociación Colombiana de Escuelas de Medicina", y los puntos más importantes en relación con los proyectados estatutos. La discusión principal se llevó a cabo alrededor de los tres tipos propuestos de miembros a saber: a) Facultades de Medicina, b) Asociaciones Científicas, c) Profesores o médicos con interés especial en Educación Médica. Ello con el objeto de dar una mayor amplitud a la Asociación.

Se comisionó al Dr. Velásquez para que con las bases discutidas de su ante-proyecto, proceda a elaborar el proyecto definitivo de Estatutos.

Finalmente se rogó a todos los asistentes, el proceder con la mayor actividad, a dar al Coordinador General todas las informaciones necesarias, y a dar oportuna respuesta a toda la correspondencia.

La impresión final del grupo, es que los preparativos avanzan satisfactoriamente, y que el Segundo Seminario contribuirá efectivamente a la mejoría de la Enseñanza Médica en todo el país.

Todos los asistentes quisieron dejar constancia de la excelente acogida brindada a los Decanos por todo el personal Directivo de la Universidad de Cartagena, y dan sus agradecimientos por tan benévola hospitalidad.

Medellín, Septiembre de 1.957.