

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 8

— MEDELLIN, JUNIO DE 1958

— NUMERO 5

Continuación del "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. Miguel Martínez Echeverri
Presidente de la Academia

REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M. D.
Prof. de Radiología

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. 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:

EDITORIAL	Pág.
Exámenes de Tipo Objetivo para Estudiantes de Medicina. - Dr. Guillermo Latorre R.	203
TRABAJOS ORIGINALES	
Comentarios sobre Patología del Hambre. - Dr. José Miguel Restrepo	208
EXTRACTOS	
Su porvenir como Patólogo. - Dr. Charles E. Dunlap (Trad. A.C.H.)....	220
ACTIVIDADES DE LA FACULTAD	
Informe Especial. - Dr. Ignacio Vélez Escobar	233
Boletín N° 69.....	234
NOTICIAS	
Internado para Médicos en los Estados Unidos. - David Constantine . (Trad. G. P. F.)	241

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

VOLUMEN 8 — MEDELLIN, JUNIO DE 1958 — NUMERO 5

EDITORIAL

EXAMENES DE TIPO OBJETIVO PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

DR. GUILLERMO LATORRE R.
Departamento de Fisiología
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia.
Medellín, Colombia, S. A.

Los exámenes en las escuelas de medicina deben ser mirados por el estudiante y el profesor, como una parte integral del programa educacional, tan importante como las conferencias, seminarios y laboratorios. Se persigue con ellos que el estudiante aprenda a organizar sus conocimientos y determinar si se ha beneficiado de las oportunidades que se le han dado, al mismo tiempo que da una idea al profesor de la eficiencia de su instrucción y de cómo debe mejorarla. Así que los exámenes bien concebidos son benéficos tanto para el estudiante como para el profesor.

Si el examen es un ejercicio útil en educación médica, debe prestarse tanto cuidado a su preparación como a la de una conferencia o un laboratorio y lo primero que debe decidirse es el tipo de examen que se va a efectuar, ya que cada uno de ellos es una experiencia intelectual diferente. Y para que el estudiante se beneficie de esta experiencia intelectual, debe conocer el tipo de examen a que se le va a someter y el tiempo que se le va a dar. En esta forma, el estudiante puede prepararse adecuadamente y estudiar bien su examen, para aprovechar esta experiencia.

Los exámenes de tipo objetivo que utilizan múltiples respuestas para escoger, son actualmente muy populares en las escuelas de medicina de los Estados Unidos, en donde se empieza experimentalmente a examinar en forma "mecánica" a estudiantes de fisiología,

con una máquina automática² y han reemplazado a los exámenes en forma de ensayo de la Junta Nacional de Examinadores Médicos y de varias Juntas Examinadoras para Especialidades en ese mismo país¹. Entre nosotros, sin embargo, apenas se empiezan a utilizar exámenes de esta naturaleza en unos pocos departamentos de algunas escuelas de medicina, quizás por el hecho de que es difícil su elaboración y por el tiempo que hay que gastar en su preparación.

Como todo tipo de examen, el método objetivo tiene ventajas y desventajas. Algunas ventajas son: rapidez y exactitud para la calificación, mayor claridad en la presentación de la pregunta, eliminación del factor subjetivo en la calificación y resultados que pueden ser analizados estadísticamente e informan del beneficio obtenido en el curso por el profesor y el estudiante. Este último factor ha sido estudiado en algunas escuelas de medicina, comparando con los resultados obtenidos con exámenes en forma de ensayo³. La desventaja que se les ha encontrado, es el no poder apreciar la capacidad del estudiante para integrar y organizar sus conocimientos.

Para dar una idea de lo que son los exámenes de tipo objetivo, quiero dar algunos ejemplos tomados de los exámenes efectuados en el departamento de fisiología de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, en los cuales se puede apreciar la forma en que se hacen las preguntas y en los que se demuestra que no están elaborados de detalles y que pueden servir para preguntar procesos funcionales y puntos de vista.

I. - INSTRUCCIONES. - Cada una de las siguientes frases incompletas es seguida por cuatro frases que la completan. Señale cuál es la cierta.

1.—Un paciente hipermetrope corrige su defecto

- a. - acercando los objetos
- b. - alejando los objetos
- c. - acomodando para aumentar el poder de convergencia
- d. - con una lente negativa

2.—La succinyl-colina en la preparación neuromuscular

- a. - impide la formación y liberación de acetil-colina
- b. - es un estimulante potente
- c. - inicia un reflejo de axón
- d. - depolariza y bloquea por un fenómeno de competencia

- 3.—Corrientes anodales aplicadas sobre fibras nerviosas anóxicas
- a. - hacen perder progresivamente el potencial de membrana
 - b. - aceleran la inexcitabilidad del nervio
 - c. - restablecen la excitabilidad del nervio
 - d. - no modifican la excitabilidad del nervio
- 4.—En la acromegalia hay
- a. - una hipersensibilidad a la insulina
 - b. - un aumento del tamaño del corazón
 - c. - un engrosamiento de la epífisis de la tibia
 - d. - un descenso del fosfato inorgánico del suero
- 4.—Las glándulas paratiroides se estimulan directamente por
- a. - una caída del calcio ultrafiltrable del plasma
 - b. - una caída del calcio total del plasma
 - c. - una actividad baja de las fosfatasas del plasma
 - d. - un aumento del fosfato inorgánico del plasma.

II. - INSTRUCCIONES. - Cada una de las frases ordenadas alfabéticamente tiene como causa una de las frases de ordenación numeral. Coloque el número ordinal correspondiente dentro del paréntesis que se encuentra al frente de las frases que tienen orden alfabético.

- A. - a. - Sensaciones visuales de gran intensidad; llamaradas de luz. ()
- b. - Conducta obsesiva, perseverativa y confusa; tendencia plástica. ()
- c. - Alteraciones de la motilidad gástrica; paro respiratorio. ()
- d. - Abolición de la visión de los objetos en el campo hemianóptico opuesto. ()
- 1. - Ablación del área 17
 - 2. - Estimulación del área 17
 - 3. - Ablación de las áreas 24 y 25
 - 4. - Estimulación de las áreas 24 y 25
 - 5. - Ablación de las áreas 13 y 14
 - 6. - Estimulación de las áreas 13 y 14
- B. - a. - Para todos los gases, un número igual de moléculas, en el mismo espacio y a la misma temperatura, ejercen la misma presión. ()

- b. - Cuando un gas se comprime, aumenta su presión en la misma proporción que disminuye su volumen. ()
 - c. - Todo gas se dilata cuando se calienta y se contrae cuando se enfría. ()
 - d. - El peso de un gas absorbido por un líquido dado, con el cual no se combina químicamente, es directamente proporcional a la presión parcial de un gas. ()
1. - Ley de Henry
 2. - Hipótesis de Avogrado
 3. - Ley de Boyle
 4. - Ley de Gay - Lussac
- C. - a. - Depresión de todos los reflejos. ()
- b. - Desviación de la cabeza al lado de la lesión, parálisis transitoria de los movimientos conjugados laterales del ojo hacia el lado opuesto de la lesión y giro forzado. ()
 - c. - Impresiones visuales ocasionales bien formadas que recuerdan experiencias pasadas. ()
 - d. - Reacciones vasomotoras en brazos y en piernas. ()
1. - Estimulación del área 4
 2. - Estimulación del área 6
 3. - Estimulación de las áreas 9, 10, 11 y 12
 4. - Ablación del área 4
 5. - Ablación del área 8
 6. - Estimulación del área 8
 7. - Estimulación de las áreas 18 y 19
 8. - Estimulación del área 17

III. - INSTRUCCIONES. - En las siguientes preguntas, subraye la palabra (cierto) de aquellas frases que la completan o que son correctas y la palabra (falso) en aquellas que no la completan o que son incorrectas.

1. - Si Ud. hace un esfuerzo voluntario, suficiente para activar un músculo esquelético determinado y producir una tensión aproximada de $\frac{1}{4}$ de la tensión máxima:
 - a. - en un momento determinado todas las neuronas motoras del músculo están respondiendo a la misma frecuencia de aproximadamente un 20% (cierto) (falso).
 - b. - las diferentes unidades motoras del músculo pueden diferir en la fase mecánica de una a otra en alguna proporción (cierto) (falso).

- c. - esta diferencia de fase entre las unidades motoras puede ser debida primordialmente a la diferencia en la velocidad de conducción, a la longitud de la neurona motora y al retardo a nivel de la placa motora terminal (cierto) (falso)
 - d. - si se aumenta el esfuerzo voluntario al máximo, la frecuencia de estimulación de las neuronas motoras ya activas se aumenta y las neuronas previamente inactivas también se estimulan (cierto) (falso)
2. - La velocidad con que una comida deja el estómago:
- a. - es independiente de sus constituyentes y sólo lo hace por acción mecánica (cierto) (falso)
 - b. - se favorece administrando soluciones hiperosmóticas de bicarbonato de sodio (cierto) (falso)
 - c. - disminuye en presencia de HCl (cierto) (falso)
 - d. - está influenciada por el volumen de dicha comida (cierto) (falso)

Con la enumeración de las preguntas anteriores se aprecia en forma clara, que con los exámenes de tipo objetivo se puede cubrir en el mismo tiempo, un campo mayor que con los exámenes en forma de ensayo. Pocas personas pueden responder 10 preguntas de capítulos diferentes de este segundo tipo de examen en una hora, pero con un examen objetivo sí pueden cubrir en forma fácil 50 o 60 capítulos distintos. Además, creo que se le da una buena oportunidad al estudiante para que razone y juzgue.

No quiero con la discusión anterior, sugerir que cualquier tipo de examen diferente al objetivo debe excluirse y yo personalmente acostumbro en los exámenes del curso de fisiología, incluir preguntas hechas en forma diferente y someter hechos biológicos a discusión en forma de pequeños ensayos. Pero sí creo, que existen razones de valor para recomendar una mayor generalización de este tipo de examen, que traería beneficios indudables a estudiantes y profesores.

BIBLIOGRAFIA

1. Moore, R. A. - Methods of examining students in medicine. - J. Med. Educ. 29: 23, 1954
2. Scott, J. C. and Burke, N. B. - An automatic examination machine for medical students. - J. Med. Educ. 32: 427, 1957
3. Cowles, J. T. and Hubbard, J. P. - A comparative study of essay and objective examinations for medical students. - J. Med. Educ. 27: 14, 1952

COMENTARIOS SOBRE PATOLOGIA DEL HAMBRE

Dr. José Miguel Restrepo
Académico de Número

Diversos diccionarios de la lengua española y textos de fisiología de distintas lenguas dicen del hambre lo siguiente "sensación interna, inconsciente al principio, progresivamente intensa que indica la necesidad de alimento, que en un comienzo no es desagradable y que constituye el apetito, pero que se vuelve penosa, casi dolorosa si no fuere satisfecha. Sin embargo desaparece cuando se prolonga un tiempo más allá de lo acostumbrado". Se localiza en la región gástrica primero y en seguida en la garganta, en las fauces y hasta en la región esternal confundiendo en ocasiones con las molestias que da la sed. Viene a ser una sensación general debida a una disminución de los principios nutritivos en la sangre, aunque la ingestión de **sustancias inertes** y algunas medicamentosas pueden calmarla temporalmente: creta preparada, magnesia calcinada en las primeras, y entre las segundas el opio y sus derivados, la marihuana o cáñamo indio ingerido o fumados, el tabaco mismo y las hojas de coca que mastican los coqueros o mamberos de las regiones del sur de Colombia. El Profesor Sedillot afirma que no es una sensación gástrica, ya que no desaparece seccionando el neumogástrico, que es el nervio sensitivo de este órgano y como lo atestiguan los sujetos vagoectomizados por úlcera gastroduodenal que no experimentan supresión del hambre ni siquiera modificaciones del apetito. El hambre ha sido en toda época el terror de los pueblos, por lo cual, al través de la historia ha integrado siempre la triada de calamidades públicas con la peste y la guerra: a peste, fame et bello liberanos Domine se oye como súplica en las letanías con que la Iglesia solicita la intervención de lo celestial. La mitología la reconocía como diosa y la denominaba FAMES reputándola como hija de la noche; Virgilio la coloca en las puertas del infierno y otros la representaban sentada a orillas del río Cocito que corre en ese lugar de tormentos, en medio de un campo árido, arrancando yerbas con las uñas.

Ponencia en la sesión de la Academia el día 9 de Abril de 1958.

Satisfacer el hambre ha sido en todos los tiempos la gran necesidad de los pueblos que de una u otra manera se ven obligados a conseguir el alimento indispensable para la conservación de la vida; al principio de la vida del hombre sobre la tierra éste no tenía más fuente de abastecimiento que la caza y la pesca, de modo que sólo en las selvas y en las aguas de ríos y mares encontraban los elementos para atender a su abastecimiento; pero cuando, por circunstancias cualesquiera estas actividades no podían ser ejecutadas, las mujeres ante la necesidad ineludible de vivir y de darle de comer a sus compañeros tuvieron que proveerse de instrumentos adecuados para buscar en los vegetales, frutos, hojas o raíces que reemplazaran aquellas sustancias orgánicas animales y ante ese imperativo inventaron el primitivo azadón con el cual ya su tarea de proveedora fue más hábil; de aquí que se considere a la mujer como la fundadora de la agricultura, otro motivo poderoso para que dominara y se hiciera admirar.

Se ha dicho y se sigue diciendo que las guerras las ganan quienes tienen la manera cómoda de alimentar a sus soldados: con el hambre confina el patriotismo, ante ella se doblega y se destruye la solidez política de muchos, se terminan los sitios en ciudades y pueblos y se entregan debilitados ejércitos y multitudes. Es imperativo biológico que hace quebrar fuertes resortes morales, que conquista y somete virtudes cívicas y por eso la delincuencia infantil es su mejor aliada porque impulsa al hombre a la comisión de faltas, delitos y aún crímenes insospechados. Es el instinto vital que obliga al sujeto y a veces a la muchedumbre a apoderarse de todo lo que pueda satisfacer sus necesidades y saciar apetitos retardados muchos días. Por temor al hambre se acrecienta el vaivenismo político que hace que en unas ocasiones el ciudadano acampe en toldas doctrinarias diferentes y que su ideología se modifique de acuerdo con las perspectivas de mejores satisfacciones biológicas: son los individuos que andan a viva quien vence. Solamente la cultura y un concepto austero de la vida pueden hacer que se resistan tales embates, para mantener inmodificables los sentimientos religiosos y las ideas políticas.

En los sujetos sanos una alimentación racional en calidad y en cantidad conduce hacia la buena nutrición; y al contrario, si la salud no es buena y aquélla carece de los requisitos dichos encauza hacia la desnutrición. Esta es un estado de depauperación del organismo ocasionado por trastornos de aprovechamiento y falta de proporción entre lo que se utiliza y lo que se pierde por desasimilación. Por

depauperación debe entenderse debilidad del organismo, enflaquecimiento, extenuación, conceptos a los cuales León Cardenal agrega los de atrofia y degeneración. En el estado de desnutrición entran muchos otros conocidos y manoseados todos los días por el médico como son el marasmo, la inanición, la atrepsia, la atrofia y uno que se conoce al través de la literatura médica que es la inedia. Por **marasmo** debe entenderse la consunción o extenuación extrema consecutiva a enfermedades crónicas, a las convalecencias de larga duración. Por **atrofia**, la disminución en el tamaño o número o en ambos a la vez, de uno o varios tejidos de los que forman un órgano con la consiguiente merma de volumen, peso y actividad funcional de éste a causa de escasez o retardo en su proceso de alimentación celular. Por **atrepsia**, según el Profesor Marfán debe entenderse la caquexia o acabamiento consecutivo a gastroenteritis crónica antes de los tres meses de edad; según el Profesor Parrot a la enfermedad digestiva — cualquiera que sea — que termina en caquexia; y según el Dr. Thiercelin, es la terminación de la infección gastro-intestinal antes de los noventa días después del nacimiento. A estos estados el Profesor Finkelstein les da el nombre de **descomposición**, nombre que han acogido los seguidores de su escuela. Hoy muchos autores tienden a reemplazar la palabra atrepsia por la de **atrofia**, descrita por primera vez por Soriano, médico español, en el siglo XVI. Por **inedia** debe entenderse el estado que alcanza una persona que por mucho tiempo, que se cuenta por años, está sometida a una alimentación insuficiente incapaz de sostener la salud en otras condiciones, utilizando pequeñas cantidades de agua o de otras substancias, con las cuales en otras circunstancias sería imposible la conservación de la salud, porque disfrutan de muy pocas horas de sueño y siempre ejercitando algunas actividades; en la radiografía se hallan numerosos relatos de personas que por muchos años estuvieron haciendo vida de penitencia, de sacrificio sometidos a alimentaciones exiguas, muchas de las cuales ya son veneradas en los altares; en la biografía de Santa Rita de Casia, de San Pascual Bailón, de San Roque, de Santa Catalina de Siena, de la bienaventurada Angela de Foliño y de tantos otros se hallan atestigüaciones de verdadera inedia. La Iglesia, siempre celosa de evitar engaños y supercherías y de permitir que se mezclen y tergiversen asuntos que a ella le incumben directamente ha hecho severas investigaciones en estos casos siendo entre ellas llamativa de la atención las del sumo Pontífice Benedicto XIV, en el mundo Pedro Lambertino. Estos estados son prodigios biológicos que siguen revelando que donde quiera que está Dios, el conocimiento del hom-

bro se ensancha puesto que El es el Señor de las ciencias: Deus scientiarum Dominus.

La patología del hambre tiene cuadros clínicos que modifican en mucho las manifestaciones morbosas de otras entidades y en ocasiones ellos solos constituyen el proceso morboso que el médico tiene que tratar. Entre nosotros se habla muchísimo y con razones de peso, de los estragos del hambre que terminan en la desnutrición, de las carencias de índole diversa, y de lo que en los últimos años se ha descrito en la población infantil con el nombre de Kuassioskorn, estados infantiles todos ellos que se habían agrupado entre otros procesos que se calificaban como atrepsia, miseria fisiológica y cuando se asociaban a la quiebra endocriniana, recibían el nombre especial de polinesia. Sin embargo, se habla muy poco de los episodios morbosos que lentamente van representando las alimentaciones escasas e irracionales por su cantidad, su calidad y si se quiere, por los intervalos demasiado largos entre una y otra ingestión. Son aquellos estados que en vano se trata de corregir o de aminorar con preparaciones correspondientes a esa lista sin término de los **reconstituyentes** y de los tónicos que han enriquecido a droguistas y comerciantes y empobrecido y arruinado a los miserables, suceso éste en que todos los médicos tenemos responsabilidad y culpa porque hemos olvidado o no hemos aprendido a hacer la fórmula magistral por ser más fácil apelar a la medicación **envasada** que se vende con pomposos nombres de especialidades que halagan y seducen a los incautos.

Puede afirmarse, sin exageración, que los estragos del hambre, los de una privación sostenida o frecuente de los alimentos indispensables, repercute en toda la economía, no respetando ningún aparato ni sistema. Afortunadamente todavía la que se observa en algunas clases sociales, no reviste la gravedad de calamidad pública como ha sucedido en las épocas de racionamiento forzoso por escasez, por conflictos bélicos en los cuales la producción se paraliza y los medios adquisitivos se agotan, pero sí son numerosos y de diaria observación los cuadros de salud subnormal, que en un fondo de astenia y de debilidad notorios ofrecen los estrados sociales inferiores desamparados económicamente por falta de ocupación, por enfermedades y por imposibilidad de solicitar auxilios de la caridad pública por el hecho de tratarse, en muchos casos, de familias vergonzantes cuyo pudor ancestral se los impide: de aquí que los desnutridos y grandes hambreados se encuentren en el sector mencionado que se recluyen en su hogar a sufrir y a aguantar necesidades como la de comer.

Como alteraciones del estado general imputables al hambre deben anotarse sin vacilar las siguientes: el enflaquecimiento progresivo, que es un indicador elocuente y que cuando alcanza una merma de diez o más kilos, repercute forzosamente sobre el tegumento cutáneo en el cual se observa que el panículo ha desaparecido dando lugar al arrugamiento de la piel, la cual en algunas de sus regiones se vuelve plegadiza como ocurre en el abdomen, que las fibras musculares han perdido su elasticidad y que la tonicidad de ellas se ha agotado, motivos estos para que sean comunes los casos de visceropatosis que se acompañan de esa serie extensa de signos y de síntomas que constelan la modificación estática de muchos órganos como el estómago, el útero, los riñones, etc. Hay fenómenos dispépticos por las alteraciones de sitio de las paredes estomacales que estiran las terminaciones nerviosas que le dan la sensibilidad, trastornos urinarios por las modificaciones topográficas renales y a veces hasta perturbaciones de orden genital por las modificaciones locales que originan el prolapso. Los anillos inguinales considerados como ensanchables aprovechan las circunstancias de relajación muscular y otras tejidulares para conducir al bubonocele o a la hernia definitivamente constituida.

Tales pérdidas considerables resuenan infaliblemente sobre las endosecreciones: en las mujeres hay amenorrea porque por defensa propia el organismo no puede darse el lujo de malgastar sangre cuando le está haciendo falta para que sean mejores las funciones de la hematosis pulmonar e íntima tejidular; la pubertad se retarda en las muchachas subalimentadas porque tal función no se establece sino cuando el organismo ha completado su desarrollo y ya las glándulas internas que en ella intervienen pueden iniciar sus secreciones y estimularse recíprocamente, es decir, cuando ya la hipófisis, la tiroides y las gonadas han completado su madurez anatómica y fisiológica. El retardo puede ser de uno o de varios años ya que se presenta de los dieciseis o diecisiete años, cuando entre nosotros lo común y corriente es que acontezca de doce a catorce años. En los varones los cambios o modificaciones somáticas sufren retardo, de modo que la aparición de caracteres sexuales secundarios como vello axilar, pelos pubianos, bigotes y barba se presentan de los diecisiete años en adelante dando la impresión de lo que se llama **revejimiento**. En los adultos se disminuye la capacidad genital, se apaga la libido y la potencia fecundante se acaba o se merma notoriamente.

Las mujeres que amamantan tienen una cantidad tan exigua

de leche que no alcanza a satisfacer las necesidades del nené y a veces es de muy mala calidad, lo que repercute necesariamente sobre la salud de éste. La mortalidad infantil en los hijos de estas mujeres es muy alto como fue demostrado en una encuesta hecha por Julien Ruber en años pasados; paralelamente a esta mortalidad la morbilidad es elevada y los defectos de crecimiento llamativos de la atención. Entre nosotros las mujeres de los bajos fondos económicos que no tienen todos los días sino una exigua é irracional alimentación y que están forzadas a realizar los quehaceres domésticos y aun a trabajar en otras cosas para ayudar a la crianza de los hijos cuando entran en gestación sufren todos los síntomas simpáticos de acomodación y con frecuencia la interrupción de tal estado: como las bestias de los campesinos, estas mujeres tienen que dar rendimiento por el lomo y por el vientre, siendo en ocasiones imposible lo uno y lo otro.

Hay una perturbación general muy común en las primeras semanas de hambre o de alimentación insuficiente: es la tendencia al sueño o a la somnolencia; en veces es un sueño invencible con ensueños en que se representan escenas en las que abundan los que se han deseado durante largas horas de vigilia y de ayuno; por esto las gentes dicen que cuando se sueña con comida es señal evidente de que tienen hambres atrasadas que es de urgencia satisfacer; este episodio es común entre los viejos. Asimismo estos hambreados anhelan permanecer al sol horas enteras, como si el calentamiento exterior supliera en algo la carencia de alimentos caloríficos.

Desde el punto de vista digestivo, fuera de lo ya anotado en las perturbaciones generales, se observa lo siguiente: los famélicos de edad avanzada y los convalecientes padecen flatulencia a raíz de la ingestión de cualquiera sustancia alimenticia como lo indican los eructos, los ruidos abdominales, los borborismos, los falsos deseos de defecación, los gases ruidosos en estas tentativas; hay diarrea, a veces copiosa, muy líquida, extenuante en extremo, aunque hay casos en que no son muy numerosas las exoneraciones. Para algunos tales diarreas traducen la merma considerable del calcio en la sangre, para otros el índice de que está faltando al organismo ácido nicotínico o sus derivados. Para autores españoles esta modificación del tránsito intestinal es muy frecuente en los desnutridos y en ocasiones es una de las que sorprenden y asustan por lo abundante de las deposiciones o por su tenacidad y resistencia desesperante; la deshidratación es el resultado inmediato o remoto según la característica

de las cámaras, con todas las secuelas que acompañan el empobrecimiento de los líquidos del organismo. En las heces se observan restos de alimentación, porque hay dificultad de absorción de las albúminas y necesariamente tienen que ser eliminadas. A pesar de lo copioso o persistente de la diarrea, los rayos equis denuncian estancamiento de la papilla en las asas del ileon con dilatación y atonía de ellas. La misma dificultad que tienen las mucosas para absorber contribuye a que las carencias de vitaminas y de minerales se acrecienten, de modo que al final es una policarencia que responde de la decadencia del estado general. El tratamiento en estos casos hay que efectuarlo con tanteos de la resistencia y de la tolerancia digestiva porque una alimentación abundante puede provocar una gastroplejia repentina y brusca que agrava el estado general del paciente. Debe instituirse paulatinamente con cantidades pequeñísimas, primero de sustancias líquidas y en seguida otras a cortos intervalos para que el proceso digestivo no vaya a sufrir episodios de intolerancia. Es la dificultad que en medicina infantil se presenta para la realimentación después de la desaparición de procesos deshidratantes, es la que ocurre después de yugular un colerín o una diarrea coleriforme. En tales casos es de rigor aportar a esos organismos desnutridos todas las sustancias para asegurar la recuperación de la normalidad: alimentos plásticos, vitaminas, ácidos aminados y todo aquello que sea capaz de restituir los elementos perdidos que pusieron en estado de quiebra a los diversos aparatos y sistemas. Posiblemente la exagerada sensibilidad de la mucosa gástrica es la responsable de que no se admita ningún alimento, a veces ni siquiera en cantidades pequeñísimas; las gentes denominan este estado con el significativo nombre de **relajamiento** o **relajación** cuyo significado en una de sus numerosas acepciones es el de laxación o dilatación de una parte del cuerpo por debilidad, significado que en realidad es aplicable en los casos analizados. Los franceses anotan lo frecuente que es la aquilia gástrica, y en general las alteraciones gástricas secretoras.

Hay un dato histórico curioso en lo referente a trastornos digestivos en mención y es el siguiente: la primera epidemia que se registró en el continente americano tuvo lugar en la isla La Española hoy Santodomingo, poco después de fundado el fuerte de La Isabela, que lo efectuó Colón en su segundo viaje; la mortalidad fue alarmante por lo rápida y lo numerosa; enfermaron más de trescientos hombres y se difundió el miedo por todas partes; en opinión del doctor Diego Alvarez Chanca, encargado de la sanidad de la Isla, se

debió a los alimentos que obligadamente tenían que consumir, a las ocupaciones y a la influencia del clima; fueron muchos los casos de escorbuto y posiblemente la diarria que sobresalía en el cuadro de síntomas fue una manifestación de hambre general por las múltiples carencias a que estaban sometidos. El doctor CREIGHTON denominó este cuadro con el nombre de **Famine Pestilence**. Es bueno recordar que el doctor Alvarez Chanca vino con el Descubridor en su segundo viaje y que al ver la mortalidad que diezmaba el contingente español ordenó que comieran únicamente lo que acostumbraban en España y para que comieran el pescado regional, él lo probaba personalmente primero antes que lo ingirieran los demás: previó los efectos de la inadecuada alimentación y con su proceder se anticipó en mucho tiempo al heroísmo científico de Finlay y de Carrión.

Los franceses que han estudiado la patología del hambre describen algunas localizaciones especiales que si bien no han sido descritas ni mencionadas por nuestros especialistas, es verosímil que existan entre nosotros, si no tan francas y ostensibles, sí con expresiones oligosintomáticas que, buscadas sin afán y sin prejuicios, pueden hacer su aparición. Entre esas localizaciones clínicas figuran: poliurias de carencia, edemas de hambre, osteopatías, comas hipoglicémicos, perturbaciones psíquicas, anomalías del comportamiento, fuera de los estragos generales y digestivos antes anotados. Además predispone a las infecciones, auxilia poderosamente el estallido de la tuberculosis, de algunas enfermedades de la piel del cuero cabelludo y de las uñas.

Las poliurias de carencia constituyen episodios comunes en los estados de notoria desnutrición, tanto en adultos como en niños: en las micciones del día aumenta la cantidad total, aunque en las nocturnas la eliminación es prácticamente normal; sin embargo, a medida que aumenta o progresa la privación total de alimentos, el aumento eliminatorio también se hace sentir en las horas de la noche llegando en total a un promedio de tres litros los análisis de laboratorio no demuestran nada anormal indicativo de que las células renales hayan franqueado su fisiologismo; en ocasiones esta poliuria precede a la aparición del edema y de las infiltraciones tanto cutáneas como viscerales que caracterizan al edema de privación, no desaparece y por el contrario puede acompañarlo y hasta perdurar después de que haya ocurrido la deshidratación, es decir, es manifestación clínica que no tiene nada que ver con el edema mencionado.

En los primeros días de hospitalización en las salas de caridad

este episodio debe suceder mientras la alimentación no alcanza a corregirlo; y valdría la pena de que se estudiara detenidamente porque los urólogos en el ejercicio civil de la profesión no están en condiciones de observarlo, dada la índole de esta clientela de miseria absoluta y de privación universal. Quienes tenemos ocasión de recetar estos sujetos miserandos en sus domicilios o covachas que les sirven de morada sí hemos visto y tratado cuadros clínicos de poliuria y de polakiuria lalmativos de la atención porque no son diabéticos no prostáticos, ni cistíticos, ni cistálgicos y sin embargo tienen que orinar muchas veces al día con eliminaciones mayores de dos litros, fenómenos que desaparecen una vez que la alimentación en calidad y en cantidad se modifican apreciablemente. En las clínicas pediátricas pueden pasar inadvertidos por ser las enfermeras las que deben observarlos y los niños hacen sus micciones en la cama sin que se pueda medir la cantidad total; y como en este sector sí se puede hablar a boca llena que hay hambre, no será difícil comprobar desastres de un mal que cristianamente no debería existir entre nosotros.

El edema por desnutrición que también se llama **edema de hambre** o **edema carencial** es de categoría discutida y aun discutible: las mermas alimenticias en calidad y en cantidad de las sustancias indispensables y a veces con intensificaciones variables, provocan edemas parciales que se localizan en diversas partes del cuerpo como la cara, los maléolos, los muslos y aun las bolsas, sucesos morbosos que requieren pericia para el diagnóstico diferencial; producen además hinchazones generalizadas, a veces verdaderas infiltraciones totales que semejan la anasarca de las nefropatías o de los insuficientes cardio-renales.

Los niños que apenas reciben como alimento agua de panela con harinas diversas o zangos o papillas de cidrayota o de arracacha sin leche y sin ninguna otra sustancia del grupo de las proteínas, se van infiltrando paulatinamente con retardo para la marcha cuando empezaban a gatear o con detención de ella cuando ya se había iniciado, con manifestaciones notorias de retraso corporal y psíquico, sobre todo en la esfera afectiva; son niños abotagados, de raras sonrisas, indiferentes a todo estímulo que no sea comida y que dan la apariencia de **gordos** y a quienes las gentes denominan **cachetones** por tener efectivamente muy grandes o salientes los carrillos o mejillas por la hinchazón de tales regiones.

En el curso de la **uncinariasis**, en sujetos de nutrición irracional por lo insuficiente y por su mala calidad, como acontece con las

gentes pobres o miserables de los campos, sobre todo de las regiones calentanas, se presenta la **forma clínica húmeda** en la cual son muy apreciables los edemas de los pies, cuyos dorsos muestran los surcos dejados por la correa o cinta de las cotizas o de las alpargatas o por la cabuya de cuero de las quimbas cuando las calzan, surcos semejantes al hoyo dejado en los nefróticos con las compresiones digitales; en otros se observan en los maléolos y en el tercio inferior de las piernas mientras el individuo se encuentra en posición podálica, pero que desaparecen casi por completo en las horas de reposo; hay ocasiones que el edema es en todo el cuerpo como en los casos avanzados que concurren con expresiones ostensibles de anemia de cualquiera naturaleza que sea; ese estado lo denominan en algunas partes con el nombre de **temba** y con el de **tuntún** cuando se acompaña de golpes o ruido en las sienes, siendo los vocablos de atembado y tuntuniento los que caracterizan los estados finales de anquilosotomiasis. Es muy posible que en estos casos se aúnen muchas causas para la aparición y permanencia del edema, como pueden serlo la merma notable de las proteínas en la alimentación y por lo tanto en el tenor sanguíneo, deficiencias o anomalías renales, discrasias diversas, efectos de la acción tóxica parasitaria, expresiones de alegría, etc. etc. La química sanguínea es muy variable en estos pacientes, que es uno de los motivos para que no se les repunte como exponentes de una entidad morbosa singularizada, sino de síndromes que pueden ser obra de muchos y distintos factores que obran simultánea o sucesivamente: en ocasiones hay una disminución de las proteínas con aumento de los lípidos y del colesterol; también han sido anotadas mermas del calcio y de la glucosa sanguínea: la hipoglicemia es muy común y quizá a ella se deba la frecuencia de estados vertiginosos y de los episodios que preceden al vértigo como son las ausencias y las lipotimias. Pero no es fácil eliminar el factor circulatorio de la patogenia en los edemas carenciales ya que coinciden con estados de anemia, bien sea globular o bien sea ferropriva. Por estas consideraciones parece mejor denominar estos cuadros clínicos con el nombre propuesto por los autores franceses Profesores Guy Larroche y Tremolieres de "**Síndrome edematoso por desequilibrio alimentario**".

En los hospitales de poblaciones pobres, que más parecen casas asilares o ancianatos, en las cárceles y en las casas de mendigos de provincias, se encuentran frecuentemente casos clínicos como los analizados porque el sostenimiento o manutención de este personal cuenta con muy pocos auxilios pecuniarios y viven generalmente de

la caridad pública solicitada en las ventas o mercados cada semana; y como es de presumir en esas condiciones son muchos los días que se pasan en turbio y más las noches en claro por la privación de alimentos que permitan siquiera conciliar el sueño: preparados de maíz, agua de panela, coles, cidrayota, bitoria, uyama y vegetales similares de poco poder nutritivo, pero que como material de relleno presta magníficos servicios sacando de apuros a quien los dirige y presta cuidados; estos establecimientos, que siguen ostentando el pomposo nombre de hospitales, requieren, primero que todo, comida y ropas. En este personal de asilados se encuentran con suma frecuencia, edemas o infiltraciones que resisten a las medicaciones diuréticas que casi siempre se continúan prescribiendo acompañadas de regímenes de restricción, que lo único que hacen es sostener las hinchazones, las cuales no desaparecerán mientras no se piense y se ponga en práctica la modificación de la alimentación que debe llevar los elementos indispensables que le están haciendo falta al organismo, los únicos que pueden lograr que entre por cauces de normalidad; a la dieta, adecuada y racional es indispensable añadir el reposo en cama y algunas sustancias que como ciertos minerales contribuyen a la restauración total del organismo. Hay ocasiones que tales edemas cogen caminos de pronóstico sombrío, como cuando se acompañan de diarrea incoercible de trastornos que traducen la intolerancia gástrica o se matizan con expresiones de índole nerviosa o psíquica que repercuten sobre el comportamiento social. A pesar de la posibilidad de una causa plural, es lo cierto que los exámenes clínicos minuciosos, los auxiliares y oportunos del laboratorio no alcanzan a descubrir ni a sindicar influencias cardíacas o vasculares, ni el papel efectivo del riñón ni el muy valioso y efectivo del hígado. Algunos llegaron a pensar que eran resultado de la carencia de vitamina Beuno y que por lo tanto esos edemas hacían parte de la avitaminosis y que serían corregibles con las terapias adecuadas de tiamina y sus derivados, pero infortunadamente esta sustancia es ineficaz sobre los edemas, obrando tan sólo en los casos de polineuritis y en el cuadro todavía oscuro del beriberi.

La influencia del desequilibrio alimenticio sobre el esqueleto se hace sentir en los casos avanzados, cuando ya la desnutrición empieza a tomar características que alarman y asustan al sujeto y llaman la atención de los circunstantes; lo hace cuando el hambre ha franqueado muchos de los dinteles de tolerancia en su metabolismo general, a pesar de que puede hacerlo sin que la repercusión sobre

otros aparatos sea apreciable clínicamente. Se puede manifestar por la frecuencia de las fracturas espontáneas o por consecuencia de mínimos traumatismos; son fracturas lineares o fisurarias, simétricas y bilaterales en ocasiones que tienen localizaciones anormales: maxilar inferior, costillas, cuello del fémur. Pueden acompañarse de dolores generalizados a todo el esqueleto, siendo reputadas con suma frecuencia como expresiones de **reumatismo**, cuando no de descalcificación. Pueden imitar el síndrome descrito por Milkmann o sea la osteosis estriada debida a una osificación en bandas que se traduce en clínica por dolores en las extremidades que impiden la marcha y desencadenada quizá por la carencia notoria de vitamina D. Tales manifestaciones de osteosis pueden presentarse en los cuerpos vertebrales, en varios a la vez, haciendo que el raquis disminuya de tamaño y la altura merme de diez a quince centímetros con lo cual aparece una cifosis muy visible que hace que el reborde costal toque con el borde de la cresta ilíaca; los bordes de las vértebras aparecen a la radiografía como ribeteados debido esto a la acumulación en ellos del calcio del cuerpo; éste aparece con una claridad muy visible. Los dolores experimentados por estas personas son inexorablemente atribuidos a **dolencias reumáticas**: dolor de huesos es una queja frecuente que se oye de labios de individuos ancianos que tienen que adoptar una vida sedentaria por temor a despertar esa sensación tan penosa e invalidante en extremo. A estos dolores se pueden asimilar los que padecen los convalecientes de enfermedades de larga duración que también se han confundido con expresiones de descalcificación, pero que pueden, verosíblemente, ser deudores de una restringida alimentación, sobre todo en el renglón de las proteínas.

La restricción alimenticia tiene otras repercusiones sobre el estado funcional de los órganos gluco-reguladores; y de aquí que los **comas hipoglicémicos**, la **somnolencia**, el estupor y algunas astenias repentinas del mismo origen no sean hallazgos excepcionales en la clínica; oigamos lo que al respecto dicen los doctores Lhermite, Baruk, Gounelle y el Prof. Abramí: "son caquéticos que en general han perdido varios kilos de peso, cuya astenia llama la atención, de enflequecimiento profundo; y después, en cuestión de horas, al estado de **coma**. El enfermo yace inerte, pálido, a 35 grados de temperatura, con ojos hundidos y con pausas respiratorias prolongadas. Sorprende en este estado las convulsiones, sobre todo de los miembros inferiores, y particularmente en sus raíces; los inferiores están en hiperextensión, con los antebrazos en pronación forzada, con las palmas

mirando hacia adentro. El laboratorio confirma la merma grande de la glucosa sanguínea. La terapéutica es infructuosa por mucha cantidad de suero azucarado que se les aplique; es un estado irreversible que fatalmente conduce hacia la muerte”.

La repercusión del hambre sobre el sistema nervioso, sobre el comportamiento y conducta sociales es asunto sostenido por médicos y criminalistas quienes conceptúan que una de las razones para esperar enmienda y corrección es la seguridad de una alimentación suficiente que nutra y sostenga la salud. Algunos llegaron a comprender que un régimen de alimentación exiguo y prolongado durante seis meses en treinta y seis jóvenes, de absoluta normalidad física y mental dio motivo para estas conclusiones: poco crecimiento de las uñas, retardo para la cicatrización de pequeñas heridas como las hechas con afeitadas defectuosas, modificación del pelo que se volvió caedizo, sin brillo y fácilmente arrancable con los comunes esfuerzos del peine. Más tarde presentaron modificaciones generales como apatía, falta de interés, irritabilidad de carácter, disminución o carencia de libido, pérdida de ambición, apagamiento del entusiasmo, alteraciones de la moral, retraimiento y supresión de la iniciativa. En muchos se observó la transformación del buen humor en ironía y en sarcasmo.

La repercusión del hambre y sobre todo de la desnutrición avanzada sobre el psiquismo, sobre el funcionamiento del sistema nervioso es asunto de tanta trascendencia social que si se tuviera en cuenta en todas las faltas o infracciones a la Ley y en la comisión de actos delictivos, el rigor de las sanciones tendría que aplacarse y en muchos casos, antes que sentencia condenatoria, sería de absolución. Ya desde fines del siglo pasado el magistrado francés Pablo Magnaud, al dictar sentencia absolutoria en el caso de robo cometido por la mujer Luisa Menrad en estado de hambre de muchas horas y con la pesadumbre de que en iguales condiciones se encontraban su anciana madre y una niña de pocos años, la precedió de considerandos de tanta trascendencia social que constituyeron los primeros pasos hacia la irresponsabilidad de quienes delinquen por hambre o sea para satisfacer esa imperiosa necesidad biológica que tiene que ver con la conservación de la vida y que hoy día guardan actualidad entre nosotros que parecen haber sido tomados sobre medidas. En tales considerandos se leen apreciaciones como las siguientes: **primera:** “es lamentable que en una sociedad de buena organización pueda darse el caso de que uno de sus miembros y en especial una mujer y ma-

dre de familia carezca de pan, no siendo por culpa propia; **segunda:** siendo el hambre una circunstancia capaz de arrebatar a los seres humanos parte de su libre albedrío, de su libertad y de disminuir en ellos las nociones del bien y del mal, hay que tenerla en cuenta cuantas veces actúe como causa determinante de muchos sucesos en que se injuria la Ley; **tercera:** algunos estados orgánicos, normales unos, patológicos, otros como pueden serlo ciertos de gestación, han permitido declarar frecuentemente irresponsables a los autores de robos realizados sin necesidad, con mayor razón debe admitirse en favor de los que han obrado bajo el peso del hambre o por impulsos de esa sensación irresistible de ingerir algún alimento; **cuarta:** en circunstancias como las anotadas el juez puede y debe interpretar humanamente las inflexibles prescripciones de la Ley”.

Estas consideraciones basadas todas en las modificaciones psicológicas sufridas por las personas que, por hambre llegan a la delincuencia, están enseñando que uno de los primeros pasos firmes que se deben dar para combatir o al menos aminorar la delincuencia en general y muy especialmente la infantil, es tratar de darle ocupación a todo el que sea capaz de trabajar y de poner a disposición de la muchachada, que en todas partes engruesa las filas de las transgresiones legales, alimento suficiente para que tengan a raya el apetito que la aleje del hambre, sin el pensamiento constante de buscar sitios apropiados en donde robar. Y es porque esta delincuencia infantil —que tantos sustos da y sigue dando a la sociedad— tiene su punto de partida en la escasez de alimentos que desde los primeros años encuentran en el hogar muchos de los hijos de padres sin trabajo o descuidados en el cumplimiento de sus obligaciones paternales o hijos naturales que apenas empiezan a caminar, salen con hermanos o vecinos un poco mayores a implorar la caridad de puerta en puerta solicitando sobras de comidas con las cuales puedan saciar su apetito voraz y llevar a sus hogares lo poco que dejen después de satisfacer la necesidad personal de comer, a pesar de que saben que si nada llevan el castigo de dolor no se hará esperar; da lástima contemplar esa bandada de niños y de adolescentes que en las primeras horas de la noche, provistos de tarros y de ollas, vestidos con harapos y con indumentos superiores para su edad, siempre descalzos, con pelo hasta el cuello como bestias de mortuoria, que esquivan el baño porque sólo las aguas del río o de los arroyos cercanos a los barrios en donde moran, les pueden brindar gratuitamente las aguas sucias de sus cauces, sentados en los quicios y zaguanes en espera de

la dádiva no siempre recibida; y es claro que en esas mentes que están apenas en desarrollo tienen que anidar pensamientos sombríos sobre la diversidad de su suerte, sobre las desigualdades humanas que les están gritando en el oído la necesidad de que se implante una justicia social que permita dar a cada uno lo que requiera para vivir, para comer porque ya comprenden que hasta los animales encuentran el sustento necesario y cuando no lo hallan lo buscan y persiguen en cualquiera parte sin que sean obstáculos para lograrlo los cercos de alambre y las púas agresivas y los golpes crueles que a veces tienen que recibir de dueños y de sogueros oficiales que mejor desempeñarían su papel acompañándolos en la busca y consumo de la yerba que les sirve de pasto. Así proceden en su raciocinio los niños hambreados y todas las personas que tengan que aguantar horas y más horas sin comer, sin tener a su alcance una pequeña porción de alimentos que los sustente, porque el instinto de conservación los conduce inconscientemente a esos extremos. De aquí que debe ser imperativo averiguar las condiciones en que transcurren las vidas de los infractores de los códigos con hurto y pequeños robos antes de calificarlos como perversos y antisociales. Y no sólo esto sino que es humano tener en cuenta los efectos contraproducentes del círculo vicioso de la pena o castigo en virtud del cual un sujeto sufre una detención por simple sospecha y cuando difícilmente obtiene la libertad y le es imposible ocuparse inmediatamente o en los días siguientes, se le detiene nuevamente por vago y de esta manera padece persecuciones injustas por la misma justicia hasta que de tanto sufrir se hace un verdadero infractor de las leyes y enemigo de las autoridades: así nace la violencia. Con razón decía un pensador que "el mundo necesitó un millar de años para comprender que el sufrimiento más brutal y degradante no purgará del delito el corazón de los hombres, sino que le dejará en peores condiciones". Estas frases explican claramente que los castigos deben ser meditados.

Se requiere una gran fuerza de voluntad para cultivar ciertas virtudes que son fácilmente cultivables cuando se tiene para disfrutarlo, no sólo lo necesario sino lo superfluo: que una muchacha en las vecindades de la pubertud o pasado ya este período vital, que se halle hambreada, mal vestida, sin tener un sitio fijo para dormir o pasar el descanso de la noche, coja el camino de la prostitución, es suceso que a nadie debe sorprender puesto que por ese sendero, lleno de peligros y semillero seguro de sinsabores y de amarguras incontables, posiblemente encuentra todo lo que en esos momentos le

estaba haciendo falta para vivir, que es imperativo biológico imposible de renunciar; que un niño o un adolescente que lleva varios días de tener como alimentos pequeñas cantidades de sustancias poco o nada nutritivas, saque del primer lugar que se le presente comida o dinero para poder calmar su apetito, llenar esa necesidad, es ocurrencia tan humana que nadie se atreverá a calificar como maldad; que un padre de familia, sin trabajo, no pueda conseguir qué llevar a su hogar desmantelado y aproveche una ocasión propicia para robar con qué atender a esos requerimientos urgentes es sentimiento tan natural y tan lógico para quienes conozcan de cerca esas o parecidas circunstancias, que no hay posibilidad para que se le condene y menos alegando no haber razón para robar. Son omisiones sociales al no prevenir estas ocurrencias, son vacíos de la legislación, son puntos no señalados en los croquis de la caridad a donde no han llegados los ecos de la beneficencia, que a pesar de ser tantos, a veces no hieren los oídos de los menesterosos que siguen escuchando noticias sobre sus actividades y entristeciéndose en seguida por la imposibilidad que en ocasiones hay para alcanzarlos por tanto papeleo y tantas recomendaciones que se exigen a quien aspira a ser uno de los agraciados.

Dolorosamente estas omisiones jamás se corregirán ni serán calmados tales vacíos mientras la sociedad no se dé cabal cuenta de que el mejor capital con que puede ufanarse un país es el humano o sea la salud de sus habitantes, aunque éstos carezcan de muchos elementos superfluos de comodidad, porque en tanto no se considere al niño como la alegría y la preocupación del hoy y la promesa del mañana y se le estime en su justo y verdadero valor, mayor que el que en la actualidad se le da a un ternero de raza, las muchedumbres infantiles hambreadas y ociosas porque nadie les da ocupación, seguirán atormentando ciudades y poblaciones, que las mirarán con lástima pero con sumo temor. Es menester que gobiernos, directivas de empresas, ganaderos, agricultores y todos los que en una u otras formas tengan que ver con pago de jornales y con producción y venta de artículos alimenticios, que se convenzan que es más conveniente que ganen menos y paguen más para evitar conflictos en que necesariamente se pierden capitales valiosos, se destroza y echa a perder maquinaria de costo elevado, se ejecuta trabajo chapucero y sobre todo se pervierte la moral laborativa, es decir, con el refranero del pueblo, se pierde chicha, calabazo y miel. Para un pueblo que hoy está imposibilitado para alimentarse con perspectivas de sana y

correcta nutrición, es ofensivo que una institución oficial como el Instituto Nacional de Abastecimientos, que debe luchar por el abaratamiento del costo de la vida, anuncie en despliegue periodístico, haber obtenido el año de 1957 una utilidad de seis millones de pesos cuando otros tantos millones de niños y de adolescentes, de ancianos y desvalidos no han podido tener alimentación racional, cuando el hambre y la subnutrición sirven de auxiliares poderosos a las enfermedades endemo-epidémicas para consolidar su obra devastadora e invalidante. No es justo ni tiene razones o excusas alegables ante la moral universal que para buscar mayor prosperidad a la industria ganadera y las lecherías sean atractivos halagadores para la inversión de grandes capitales, se permita que en ascenso progresivo se fijen precios para el litro de leche que no están al alcance de las mayorías, no teniendo entonces importancia que aumente la morbilidad y que el óbito se acreciente día tras día. Estas son actuaciones que constituyen verdadero desafío cara a cara en que francamente se tienen que enfrentar la ambición desmedida y la codicia sin fin de los menos con el hambre y la necesidad de los más, con posibilidades no remotas de que estas últimas, aunque sea en lucha cruenta y prolongada, ganen la batalla final.

Los gastos suntuosos, los festivales de frívola alegría, las erogaciones cuantiosas de mera complacencia o por simple embellecimiento, los desfiles de modas para exhibir riquezas, los banquetes opíparos de costo elevadísimo, son inconcebibles de efectuarlos ante un pueblo que difícilmente está comiendo, que tiene que ayunar con frecuencia por carencia de alimentos, que se halla en vísperas de desnudez y que en grandes proporciones carece de techo en donde ocultar su miseria. Estamos en un período de tergiversación de valores que desalienta y sorprende por las preocupaciones a que da nacimiento: ante la enfermedad de un reproductor o cemental de nombradía el hacendado hace que el veterinario despliegue actividad y ponga en práctica todos sus conocimientos, a veces abandona todos sus quehaceres y se pone al frente del animal, abandono que es imposible cuando es el enfermo un miembro del hogar; ante el temor de la peste aftosa se movilizan los capitales, el nerviosismo histérico se apodera de ganaderos y de autoridades y se gastan miles y miles de pesos que jamás se han podido sacar para atender a la niñez desvalida, a la ancianidad y vejez desamparada y a los despojos humanos que resultan de la industria, que deja el tránsito o que sobran de la violencia. Hay que tener presente en el espíritu que la semilla de muchos

conflictos sociales se siembra insidiosamente y a veces sin quererlo desde esferas superiores, casi siempre invisibles y ni siquiera sospechables. Recordemos la frase de Gibran Khalil: "Así como una hoja no se torna amarilla sin el consentimiento de todo el árbol, así el malvado no puede hacer el mal, sin la oculta voluntad de todos nosotros"....

Remedios? Sí los hay: que se ocupe a todo el que sea capaz de algún rendimiento industrial, agrícola o pecuario; que se formen bolsas especiales de trabajo para ocupar a todos los que han estado en brazos de la justicia, han sido detenidos o encarcelados y que necesitan y desean trabajar; que se funden casas de arrepentimiento para levantar a la mujer caída por ser éstas en muchos casos cómplices y auxiliadoras para la infracción de la ley.



SU PORVENIR COMO PATOLOGO

Por el Dr. Charles E. Dunlap
Universidad de Tulane.

Traducción autorizada del artículo: "Your Future in Pathology". The Journal of the Student American Medical Association. 5: 32 (Junio) 1956.

Una habilidad que todo buen médico debe adquirir es la de ser capaz de dar una contestación veraz y que inspire confianza cuando se le haga una pregunta directa, aún en el caso de que no sepa la respuesta pertinente. La naturaleza ha provisto al estudiante de medicina con innumerables ocasiones para practicar este delicado arte y así aprende a aceptar las preguntas espinosas como uno de los peligros ocupacionales de rutina en las aulas y el hospital. Sin embargo, hay una pregunta que surge una y otra vez y que pocos estudiantes son capaz de contestar con decisión: "Qué vas a hacer después de graduarte, te vas a especializar en alguna cosa?".

Los amigos bien intencionados y los familiares ansiosos parece que esperan una respuesta inmediata. Ellos rara vez entienden por qué la pregunta es recibida de acuerdo con su significado real, es decir el de ser una intromisión injustificada en los problemas privados no resueltos de un hombre, y un recuerdo de la pregunta humillante que oía unos años antes, "Qué serás cuando estés grande hijo mío?, bombero?".

Todo estudiante sabe que a los pocos meses de empezar su internado, debe decidir si solicita o no una residencia en una de las especialidades médicas, aunque no quiera poner el tema en discusión general. También sabe que tal decisión afectará tanto el curso completo de su vida profesional como la elección de esposa afectará su vida privada. En temas tan íntimos recibe bien toda información pero resiente cualquier intromisión.

Escoja prudentemente. - Al ponderar los méritos de las distintas especialidades médicas, y quiero incluir en ellas la de "médico general", se ve claramente que cualquiera de ellas puede proveer una vida satisfactoria al individuo que sea apto para ejercerla. La escogencia se basa menos en la especialidad que en el individuo. El estudiante debería empezar haciendo un inventario de sus propias

aptitudes, entusiasmos y motivaciones. Después debería preguntarse cuáles de sus realizaciones resaltarían como de mayor valor cuando, en el otoño de su vida, mire hacia atrás a su carrera profesional. Con estos fundamentos, puede empezar a definir el tipo de práctica en el cual espera encontrar mayor satisfacción, y por consiguiente aquella en la que será de mayor utilidad.

Entre las 31 especialidades médicas reconocidas, el médico joven en busca de su futuro a menudo pasa por alto la de patólogo. Supongo que piensa que está demasiado alejada de la práctica de la medicina para interesar a un verdadero médico. Es cierto que las grandes figuras en la historia de la patología ganaron su fama, no tratando enfermedades, sino explicándolas. Los patólogos hoy en día continúan explorando la naturaleza de las enfermedades, pero su participación activa en la práctica de la medicina ha aumentado tan rápidamente que aún algunos que practican la especialidad no se han dado cabal cuenta de lo que les ha sucedido.

Este cambio en las relaciones del patólogo con la medicina clínica es tan reciente que merece una corta explicación. El cambio comenzó imperceptiblemente a principios del siglo, cuando un número de descubrimientos científicos nuevos en bacteriología, química y microscopía médica, fueron aplicados como pruebas diagnósticas y se transportaron a las salas hospitalarias para suplementar los pocos procedimientos del laboratorio que se usaban entonces. El diagnóstico microscópico del cáncer, hoy considerado como el método más seguro apenas empezaba a tener alguna aceptación, aunque había sufrido un revés en 1887 cuando Rudolf Virchow no pudo encontrar carcinoma en una biopsia de la laringe del príncipe real Federico de Prusia.

A medida que las nuevas pruebas de laboratorio ganaban un lugar de creciente importancia en la práctica de la medicina, unos pocos hospitales progresistas, particularmente aquellos conectados con escuelas de medicina, empezaron a procurarse espacio para laboratorios clínicos. Cuando el número y la complejidad de las pruebas creció, los médicos acudieron al personal universitario científicamente entrenado en busca de ayuda y consejo. Naturalmente los patólogos estaban entre los consultados, pero como en aquella época pocos de ellos estaban orientados hacia la práctica del diagnóstico de laboratorio, fueron lentos en captar la oportunidad que se les presentaba y muchos de los primeros laboratorios hospitalarios fueron organizados y dirigidos por los clínicos. Sin embargo, un clínico tie-

ne tantos deberes que rara vez dispone de tiempo para dominar todas las habilidades requeridas en ese tipo de trabajo. El director de un laboratorio general de diagnóstico debe, por encima de todo, ser competente en el diagnóstico microscópico de los tejidos, y esta habilidad no se adquiere por casualidad. Además, debe poseer un vivo interés en la naturaleza fundamental de los procesos patológicos, un buen conocimiento de las técnicas de las ciencias básicas médicas y una amplia información sobre los problemas que se presentan en la medicina clínica y en la cirugía. Si se tiene esto en cuenta, un patólogo bien entrenado está mejor equipado que cualquier otro médico para dirigir el laboratorio de un hospital.

En los años recientes todos los hospitales han llegado a darse cuenta de que un buen laboratorio, bajo la supervisión de un patólogo competente es esencial para la práctica de la medicina moderna. Durante el mismo período se han construido gran número de hospitales. Estos dos factores se han combinado para crear una demanda de patólogos que exceden ampliamente la formación de nuevos especialistas. Patólogos de todo el país fueron sacados del ambiente relativamente tranquilo de los laboratorios de investigación y los salones de clases, para ser llevados al bullicio de los laboratorios de diagnóstico. La "patología clínica" llegó entonces a la edad adulta y el "patólogo hospitalario" surgió como una nueva clase de especialistas directamente relacionado con el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

No se puede adscribir fechas exactas a estos eventos pero la mayor parte del cambio se verificó en los últimos 10 o 15 años. Por eso no debe sorprender que hay tan poca gente que tenga una idea clara de la naturaleza del trabajo de un patólogo moderno o del papel central que juega en la práctica de la medicina científica. El paciente hospitalario común no se da cuenta de que el saber si su enfermedad es cáncer, sífilis o amebiasis depende tanto de los hallazgos del patólogo como del juicio de su médico privado. El paciente acepta los complicados estudios de laboratorio como una de las complejas bendiciones de la medicina moderna y no se detiene a pensar que su vida y su salud pueden depender de la habilidad y el juicio con que los estudios son hechos e interpretados. Quizás el hecho de que el patólogo es el especialista cuyo trabajo es menos entendido por el público en general, se debe a que él trata más con el médico que con el paciente mismo.

Aún los estudiantes de medicina están mal informados acerca

de la naturaleza del trabajo del patólogo. Todo estudiante durante los años clínicos toma alguna parte en la práctica de la mayor parte de las especialidades clínicas. Hace historia y exámenes físicos, toma muestras de sangre, administra líquidos, ayuda en las operaciones y atiende partos. Pero su experiencia en patología se limita en gran parte al trabajo organizado del curso y rara vez tiene oportunidad de trabajar como ayudante en la práctica de la patología. No es entonces de sorprender que el estudiante de medicina conciba el patólogo solamente como una persona bien informada que enseña una de las materias "preclínicas", que hace autopsias, y no como un especialista que practica una rama de la medicina, trabajando en equipo con otros médicos en el diagnóstico y tratamiento del enfermo.

Antes de considerar los méritos de una carrera de tiempo completo en patología, debería hacerse notar el hecho de que ninguna experiencia es de mayor valor para el entrenamiento de un clínico que una exposición generosa a la práctica de patología. Esta afirmación podría considerarse como un argumento del patólogo si tantos de los mejores clínicos no hubiesen llegado a la misma conclusión. Dos de las figuras más grandes de la medicina americana fueron, como se sabe el Dr. Harvey Cushing en neurocirugía y el Dr. William Osler en medicina interna. En la biografía de Osler escrita por Cushing aparece el siguiente párrafo:

"Fue durante este verano (1875) por lo tanto, que él comenzó sus estudios más serios como anatomopatólogo, los cuales habrían de continuar casi sin interrupción en los 13 años siguientes, hasta que fue a Johns Hopkins.... Difícilmente podría haberse dado cuenta hasta sus últimos días que un largo aprendizaje en el laboratorio de patología ha sido y será siempre la única manera de alcanzar la cima, ya sea para el cirujano o para el médico; el camino seguido por Addison, Bright, Stokes, Paget, Fitz y muchos otros".

Los consejos oficiales de EE. UU. para certificación de especialistas clínicos están en general de acuerdo con este punto de vista. Esperan de sus candidatos alguna preparación en patología y la mayoría de ellos reconocen crédito especial por un entrenamiento de post-graduados de seis meses a un año en ese campo. Así se anima al candidato a obtener experiencias en patología sin el castigo de alargar el período de su aprendizaje. Disposiciones de esta naturaleza son una fortuna especial para quien no esté seguro de lo que quiere hacer. Una residencia en patología le da un año adicional para decidirse, provee una base excelente para cualquier clase de práctica, y

le da un crédito que más tarde puede usar si decide prepararse para especialidades como la patología, medicina interna o cirugía. Es conveniente alertar a cualquiera que se esté preparando para la práctica clínica que un año en patología puede cambiar sus planes. El matrimonio de prueba a menudo se vuelve un asunto amoroso permanente, como muchos de nuestros patólogos sobresalientes lo pueden atestiguar.

Aunque la patología tiene mucho que contribuir en el entrenamiento de cualquier médico, ofrece aún mayores atractivos como una carrera de tiempo completo. En el nivel material la patología está entre las mejor pagadas de las especializaciones médicas. Los hospitales y las Facultades de Medicina están en competencia activa por los servicios del limitado número de patólogos que hoy existen y el patólogo que haya terminado recientemente su residencia puede contar con que tendrá una entrada satisfactoria en el primer año de su práctica. Muchas posiciones en patología ofrecen entradas que fluctúan entre 20 y 30.000 dólares o más. Pero una persona reflexiva debe mirar más allá de esta cifra y darse cuenta de que después de proveer las necesidades de una vida decente, los ingresos adicionales sólo pueden suministrar el tipo de satisfacciones que se compran con dinero. Ningún lujo que un médico pueda comprar vale tanto como la satisfacción de hacer el tipo de trabajo que más le gusta. Así la patología, como otras especialidades, merece ser juzgada de acuerdo con sus satisfacciones intrínsecas y no de sus retribuciones monetarias.

Toda rosa tiene sus espinas y la patología no es excepción, quizás el mayor sacrificio que debe hacer un médico cuando limita su práctica a la patología es el abandono de mucha parte del contacto personal con los pacientes, lo que significa mucho para la vida de un médico. A pesar de la importancia de su actividad en el establecimiento del diagnóstico o en la prevención de una operación innecesaria el patólogo debe aprender a estar satisfecho con la conciencia de un trabajo bien hecho y no esperar los agradecimientos personales de los pacientes beneficiados. Sin embargo el patólogo no necesariamente debe suprimir todo contacto con los pacientes, y especialmente en hospitales pequeños cualquier patólogo que haya explotado su única oportunidad de aprender los fundamentos de la medicina, puede sorprenderse de hallarse como el especialista clínico más consultado del hospital.

Una segunda desventaja en la vida del patólogo es el hecho de

que mucho de su trabajo consiste en llevar a cabo exámenes y determinaciones pedidas por otros médicos. Algunas veces se le pregunta qué estudios serían los más útiles en un caso particular, pero en la práctica pasa mucho tiempo haciendo exámenes que él cree innecesarios y sin valor para el esclarecimiento del diagnóstico. Aprende a aceptar este trabajo de buena gana, de la misma manera que el clínico aprende a resignarse a las horas pasadas con pacientes charlatanes, egoístas y exigentes. Sin embargo el patólogo posee medios para enfrentarse a la demanda de pruebas innecesarias. Uno de sus deberes es la educación del personal clínico sobre el uso inteligente del laboratorio. Con un poco de tacto y un interés sincero en los problemas de los clínicos, un buen patólogo puede recortar la cantidad de trabajo inútil pedido y al hacer esto reducir el costo de la hospitalización y mejorar realmente la calidad de la atención médica suministrada por su hospital.

En el lado favorable de la balanza el patólogo tiene la fortuna de estar relativamente libre de llamadas inesperadas. Los turnos son infrecuentes y generalmente puede contar con que sus comidas no serán interrumpidas y podrá pasar la mayoría de las noches con su familia. Esto puede explicar en parte la mayor longevidad de los patólogos, cuando se compara con la de los médicos generales y todas las otras especialidades médicas. El patólogo, a menos que tenga un laboratorio privado, no tiene que enfrentarse al problema de procurarse una clientela en competencia con sus colegas. Como patólogo hospitalario desde los primeros días de trabajo encuentra una clientela establecida esperándolo. Como ventaja adicional, el hospital generalmente lleva su contabilidad, cobra sus honorarios y maneja sus cuentas y su personal. De esta manera se libra de la mayoría de los oficios de negociante que otros médicos encuentran molestos en su práctica.

Puesto que el patólogo es primariamente un doctor de doctores, la mayor parte de sus tratos son con personas que entienden y están listas a aceptar hechos científicos. Por supuesto hay médicos que no cooperan bien y son desconsiderados, pero en general el patólogo trata con el mejor y el más comprensivo grupo humano de la comunidad. Puede en mayor grado que sus colegas, llevar una vida privada más de acuerdo con su propio criterio sin temor a perder pacientes por no someterse a prejuicios locales. No está obligado a someterse a actividades sociales o a desplegar opulencia con la esperanza de conseguir clientela. Es juzgado en realidad por una clien-

tela sabia y crítica, pero su éxito o su fracaso depende menos de sus influencias sociales que de su competencia o integridad.

Hasta ahora he mencionado solamente los aspectos periféricos de la vida de un patólogo y he dejado para lo último el asunto de mayor importancia. Qué grado de satisfacción sólida puede esperar un patólogo de su trabajo diario? La patología es de cierto modo la más general de las especializaciones puesto que se relaciona con todos los tipos y manifestaciones de la enfermedad y cubija en parte todas las disciplinas y especialidades que forman el cuerpo de la ciencia médica. La patología está en una encrucijada donde se encuentran las ciencias básicas y el arte de la medicina clínica. Como lo dijo H. R. Dean. "El puede decir: yo soy patólogo, no acepto que haya nada relativo a la enfermedad que no tenga interés para mí".

El patólogo tiene a su disposición todas las técnicas de las ciencias básicas médicas y está provisto de las facilidades del laboratorio y el personal para estudios de bioquímica, bacteriología, serología, parasitología, hematología, fisiología e histopatología. Al mismo tiempo tiene libre acceso a las salas hospitalarias y a los quirófanos y como perenne estudiante de la enfermedad y como consultor médico tiene todas las oportunidades de mantener y perfeccionar su pericia como clínico. Cada fragmento de tejido resecado por los cirujanos, llega a sus manos para estudio y diagnóstico y es el único entre los especialistas médicos a quien se le concede el privilegio de explotar los cadáveres para estudiar la naturaleza y los efectos de la enfermedad. Está especialmente entrenado en la anatomía macro y microscópica de la enfermedad y tiene a su disposición un laboratorio de tejidos con personal para preparar y colorear sus cortes. Tiene también facilidades para mantener los laboratorios de animales que necesite para estudios biológicos especiales de la enfermedad. De esa manera si desea hacer investigaciones médicas, como tantos patólogos lo hacen, cuenta de antemano con una formidable batería de facilidades y conocimientos. En realidad, si uno ponderara las facilidades clínicas y científicas de un hospital común y luego trazara un plan para darle a uno de los miembros del personal científico lo mejor de todo lo disponible para el estudio integral de la medicina, dicho plan no diferiría mucho de lo que la mayoría de los patólogos hospitalarios tienen automáticamente.

Tenemos pues una especialidad que no se limita a ningún sistema de órganos o grupo de enfermedades sino que tienen un campo tan amplio como el de la medicina misma; una especialidad que man-

tiene una persona en contacto diario con los problemas del internista y del cirujano y es llamado a resolverlos con los instrumentos de las ciencias básicas; una especialidad tan valiosa en el diagnóstico práctico y en la atención del enfermo que es considerada como la "corte de última apelación" por los mejores clínicos y una especialidad tan integrada con las demás que coloca bajo el dominio de un médico los mejores materiales, instrumentos y técnicas de la medicina científica moderna. Aquí en la práctica de la patología el médico puede encontrar oportunidad simpar para servir a la sociedad, para adelantar en conocimientos y para ganar el respeto y la confianza de sus colegas como un dirigentes y maestro en el diagnóstico, la prevención y la comprensión de las dolencias humanas.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

INFORME ESPECIAL

Durante la visita realizada recientemente a los EE. UU. por el susrito Decano, tuvieron culminación diferentes gestiones adelantadas desde tiempo atrás con algunas Fundaciones norteamericanas.

Han sido aprobadas ya las siguientes donaciones para la Universidad de Antioquia:

La Fundación Rockefeller ha aprobado una donación por un valor total de U.S. 265.000.00 para el sostenimiento y mejoras en la Escuela Interamericana de Bacteriología, por un período de seis (6) años más, comprendidos entre el 1º de Enero de 1960 y el 31 de Diciembre de 1965.

Esta donación es un reconocimiento claro y explícito a la excelente labor realizada por las directivas de esta nueva dependencia universitaria, y a la colaboración de los alumnos.

La Fundación Kellogg ha donado a la Universidad la suma de U.S. 131.000.400 con el objeto de llevar a cabo el plan de reorganización en el Departamento de Medicina Interna.

Este plan ha sido cuidadosamente discutido y unánimemente aprobado por todo el personal docente del Departamento de Medicina Interna. El objeto esencial en este plan consiste en implantar el sistema de enseñanza llamado "clerkship".

La Fundación Kellogg dará estos dineros de la siguiente manera:

En el año de 1958, U.S. 15.000.00; en el año de 1959, U.S. 17.000.00; en el año de 1960, U.S. 33.000.00; en el año de 1961, U.S. 26.400.00; en el año de 1962, U.S. 19.800.00; en el año de 1963, U.S. 13.200.00; en el año de 1964, U.S. 6.600.00.

Con este dinero se comprarán algunos equipos de enseñanza y su objeto fundamental será el pago de profesorado de tiempo completo, residentes de tiempo completo, y personal de enfermeras graduadas, tanto religiosas como civiles.

Es indispensable aclarar que estas donaciones ninguna de ellas representa economía alguna para la Universidad, y que por el contrario el desarrollo de los programas, tanto de la Escuela de Bibliotecología como el Departamento Modelo de Medicina Interna, demandará de la Universidad de Antioquia no solamente los gastos que ella ha venido haciendo en estas dependencias, sino la inversión progresiva de mayores dineros.

Fuera de estas dos donaciones ya confirmadas, continúan las discusiones con éstas y otras entidades, con el objeto de conseguir mayores ayudas para el desarrollo general de toda la Universidad.

Medellín, Junio 30 de 1958.

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

BOLETIN No. 69

MES DE JULIO DE 1958

Martes 1º

- 7 a.m. Inauguración del programa de actividades del Dr. Marion S. DeWeese, Profesor agregado en Cirugía de la Universidad de Michigan, según programa que se publicará separadamente.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 1¼ p.m. Club de Revistas en Policlínica.
- 6 p.m. Reunión del Departamento de Radiología.

Miércoles 2

- 8 a.m. R.C.M. Reunión de Clínicas Médicas. Auditorio de la Facultad.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 8 p.m. Reunión del Depto. de Anestesiología, para la discusión de los casos accidentados durante la semana.

Jueves 3

- 9 a.m. Reunión del Comité de Mortalidad Perinatal, con las cátedras de Pediatría y Patológica. Anfiteatro de Anatomía Patológica.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 7¾ p.m. C.D.P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. Aula Braulio Mejía. Ponente: Personal Médico de Policlínica. Tema: "ABDOMEN AGUDO".

Viernes 4

- 7 a.m. Clase conjunta de Cirugía. Salón de conferencias de Cirugía General.

- 9 a.m. Reunión del Comité de Mortalidad Materna. Aula de Obstetricia.
- 10 a.m. Reunión de Clínicas Obstétricas. Aula de Obstetricia.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 4 p.m. Reunión de Patología Ginecológica, Anfiteatro de Anatomía Patológica.
- 5 p.m. Reunión del Ateneo de Ginecología, aula de Ginecología.
- 8 p.m. Reunión de Anestesiología. Tema: "ANESTESIA ENDOTRAQUEAL. Ponente: Dr. Abel Sánchez.
- Sábado 5**
- 7 a.m. R.P.Q. Reunión de Patología Quirúrgica. 2º Piso Anatomía Patológica.
- 8 a.m. C.P.C. Conferencia de Patología Clínica. Auditorio de la Facultad. Ponente: Dr. Alfredo Correa Henao.
- 9 a.m. Reunión del Club de Revistas de Ginecología y Obstetricia, en el aula de Ginecología. Ponente Dr. Luis Fernando Restrepo A.
- Lunes 7**
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 8 a.m. Reunión de Anestesiología. Tema: Registros y estadísticas Anestesia. Ponente Dr. Abel Sánchez.
- Martes 8**
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 6 p.m. Reunión del Departamento de Radiología.
- Miércoles 9**
- 8 a.m. R.C.M. Reunión de Clínicas Médicas. Auditorio de la Facultad.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 8 p.m. Reunión del Depto. de Anestesiología. Discusión de casos accidentados durante la semana.
- Jueves 10**
- 9 a.m. Reunión del Comité de Mortalidad Perinatal, con las cátedras de Pediatría y Patología. Anfiteatro de Anatomía Patológica.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 7¼ p.m. C.D.P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. Aula Braulio Mejía. Ponente Dr. Alberto Echavarría. Tema: "SINDROMES HEMORRAGICOS".
- Viernes 11**
- 7 a.m. Clase conjunta de Cirugía General. Salón Conferencias de Cirug. Gral.
- 9 a.m. Reunión del Comité de Mortalidad Materna. Aula de Obstetricia.
- 10 a.m. Reunión de Clínicas Obstétricas. Aula de Obstetricia.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 4 p.m. Reunión de Patología Ginecológica. Anfiteatro de Anatomía Patológica.

- 5 p.m. Reunión del Ateneo de Ginecología. Aula de Ginecología.
- 8 p.m. Reunión del Depto. de Anestesiología. Ponente: Dr. Guillermo Morales. Tema: Anestésicos líquidos volátiles.
- Sábado 12**
- 7 a.m. C.T. Conferencia de Tumores. Salón de Conferencias de Cirugía General.
- 8 a.m. C.P.C. Conferencia de Patología Clínica. Auditorio de la Facultad. Ponente: Dr. Emilio Bojanini.
- 9 a.m. Reunión del Club de Revistas de Ginecología y Obstetricia. Aula de Ginecología. Ponente: Dr. Fernando Cardona A.
- Lunes 14**
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 8 p.m. Conferencia de Anestesiología. Tema: Oxido-nitroso. Cloropropano Etileno. Ponente: Dr. Nacianceno Valencia.
- Martes 15**
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 6 p.m. Reunión del Departamento de Radiología.
- Miércoles 16**
- 8 a.m. R.C.M. Reunión de Clínicas Médicas. Auditorio de la Facultad.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 8 p.m. Reunión del Depto. de Anestesiología. Aula Braulio Mejía.
- Jueves 17**
- 9 a.m. Reunión del Comité de Mortalidad Perinatal, con las cátedras de Pediatría y Patología. Anfiteatro de Anatomía Patológica.
- 7³/₄ p.m. C.D.P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. Aula Braulio Mejía. Ponente Dr. Alberto Restrepo Mesa. Tema: "ANEMIAS HEMOLITICAS".
- Viernes 18**
- 7 a.m. Clase conjunta de Cirugía. Salón Conferencias de Cirugía General.
- 9 a.m. Reunión del Comité de Mortalidad Materna. Aula de Obstetricia.
- 10 a.m. Reunión de Clínicas Obstétricas, Aula de Obstetricia.
- 11 a.m. y 5 p.m. Lectura de estudios radiológicos.
- 4 p.m. Reunión de Patología Ginecológica. Anfiteatro Anatom. Patológica.
- 5 p.m. Reunión del Ateneo de Ginecología. Aula de Ginecolg.
- 8 p.m. Conferencia de Anestesiología. Ponente Dr. Samuel Jiménez A. Tema: "RELAJADORES MUSCULARES".
- Sábado 19**
- 7 a.m. Reunión de Patología Quirúrgica (R.P.Q.) 2º Piso Anatom. Patológ.

- 8 a.m. C.P.C. Conferencia de Patología Clínica. Auditorio de la Facultad. Ponente Dr. Mario Robledo.
- 9 a.m. Club de Revistas de Ginecología y Obstetricia. Aula de Ginecología. Ponente Dr. Francisco Giraldo.

Domingo 20

Se inician las vacaciones de medio año.

La Facultad de Medicina saluda muy cordialmente al Sr. Decano. Dr. Ignacio Vélez Escobar por el regreso de su interesante viaje a los EE. UU. donde asistió al Congreso Mundial de Gastroenterología y visitó algunas Universidades, Facultades de Medicina y Centros Científicos de aquel país.

Lo felicita igualmente por su labor llevada a cabo con importantes entidades, para el mejoramiento y adelanto de nuestra Facultad y de la Universidad en general.

INFORMACION DEL DECANATO

1. El H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, hizo los siguientes nombramientos en el mes de mayo:
 - Al Dr. Alberto Saldarriaga, Profesor Agregado de la cátedra Cirugía cardiovascular y del Tórax.
 - Al Dr. Mario Montoya Toro, Instructor de la Cátedra de Cirugía Cardiovascular y del Tórax.
 - Al Dr. Vivión Arcila, Instructor de la Cátedra de Cirugía Cardiovascular y del Tórax.
 - Al Dr. Alfonso Prada F. Asociado en Medicina Interna, para Radiología.
 - Al Dr. Carlos Velásquez C. Alumno del curso de Residencia en Anestesiología.
 - Al Dr. Enrique Saldarriaga A. Interno Permanente de Medicina Interna (en Dermatología).
 - Al Dr. Carlos Silva Flórez, miembro del personal docente de Anestesiología, de medio tiempo, ad-honorem.
 - Al Dr. Vicente Lopera M. Residente de medio tiempo en la cátedra de Organos de los Sentidos, ad-honorem.
 - Al Dr. Cristóbal Trujillo P. Interno Permanente en Clínica de los Organos de los Sentidos. Departamento de Pediatría.
 - Al Dr. Jaime Arango G. Interno Permanente en Clínica de Organos de los Sentidos. Departamento de Pediatría.
 - Al Dr. Mario Noreña M. Interno Permanente en Clínica de Organos de los Sentidos. Departamento de Pediatría.
2. **ASCENSOS:** Por petición del Consejo Académico de la Facultad de Medicina al H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, y después de haber completado el tiempo reglamentario en sus posiciones académicas, fueron ascendidos los siguientes:
 - Dr. Hernando Villegas, como profesor, y por ascenso de su posición de Profesor Agregado.

Dr. Gabriel Arango C., a Profesor Agregado por ascenso de Profesor Auxiliar.

Dr. Bertulfo Velásquez C. por ascenso de Instructor a Asociado en Organos de los Sentidos en Oftalmología.

Dr. Javier Lopera M. a Asociado en Clínica Organos de los Sentidos en Otorrino laringología, por ascenso del cargo de Instructor.

Dr. Alfonso Gil Arango, a Asociado de Cirugía General, por ascenso de Instructor.

Dr. Julio Blair V. a Instructor de la Cátedra de Cirugía Plástica, por ascenso de Residente.

Dr. Jaime López R. a Instructor de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología, por ascenso del cargo de Residente de medio tiempo.

Dr. Nelson Estrada G. a Instructor de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología, por ascenso de Residente de medio tiempo.

Dr. Jorge Vasco Posada, Instructor de Clínica Organos de los Sentidos, por ascenso de Residente.

Dr. José J. Gómez, a Instructor de Clínica Organos de los Sentidos, por ascenso de Residente.

Dr. Eliseo Echeverri, a Residente de medio tiempo en Clínica Organos de los Sentidos, por ascenso de Interno Permanente.

Dr. Ivar Echeverri G. a Residente de medio tiempo en Clínica Organos de los Sentidos, por ascenso de Interno Permanente.

Dr. Luis E. García, a Asociado de la Cátedra de Cirugía Cardiovascular y del Tórax por ascenso de Instructor.

Dr. Octavio García Beltrán, a Asociado de Cirugía Cardiovascular y del Tórax, por ascenso de Instructor.

Dr. Antonio Beltrán, a Residente de tiempo completo, por ascenso de su posición de Interno Permanente.

Los doctores Carlos Piedrahíta, Víctor Henríquez, Fabio Moreno Tobón y Francisco Arango L., fueron reintegrados a la Cátedra de Cirugía General, como Instructores, después de haber terminado su rotación por servicios especializados.

3. La Facultad de Medicina lamenta sinceramente la muerte del distinguido médico Dr. Jacinto Echeverri Duque, quien falleció en Bogotá en el mes de junio pasado. El Dr. Echeverri D. fue Decano de la Facultad desde el 10 de mayo de 1932 hasta marzo de 1934. Profesor distinguido y apreciado, dictó la clase de Patología Externa por varios años. El Decanato hace llegar sus sentimientos de pesar al Dr. Martiniano Echeverri Duque y a sus demás familiares.
4. En cumplimiento al intercambio de Profesores con la Universidad de Michigan, el 30 del pasado mes de junio llegó el Dr. Marion S. DeWeese, profesor agregado en Cirugía, quien permanecerá por espacio de dos meses, dictará conferencias muy importantes y desarrollará su programa durante su estadía entre nosotros. Saludamos al Dr. DeWeese y le deseamos una grata permanencia.
5. **CONGRESOS de Anestesiología y Cirugía Plástica.** En los meses de mayo y junio se llevaron a cabo dos importantes Congresos, con la asistencia de distinguidos delegados del país, de los cuales se sacaron

muy buenas y completas conclusiones y que han de servir para el progreso y futuro de estas dos especialidades. El Decanato hace llegar sus felicitaciones muy sinceras a los organizadores de ellos por el gran éxito obtenido.

6. Ha regresado de los EE. UU. el Dr. Guillermo Cano Puerta, quien estuvo durante un año haciendo estudios de especialización en Farmacología en la Universidad de New Orleans. Ha de incorporarse al Departamento de Farmacología. Felicitamos al Dr. Cano por sus estudios y le deseamos muchos progresos en sus labores.
7. Después de haber hecho estudios de especialización en Cirugía Cardiovascular y Fisiología, regresó de Inglaterra y los EE. UU. el Dr. Alberto Villegas H. quien se vinculará a la Facultad. Hacemos llegar al Dr. Villegas nuestro saludo.
8. **CURSO DE MICOLOGIA PARA POST-GRADUADOS.** Este curso se inició el 30 de junio pasado, el cual está a cargo del doctor John Donal Schneidau del Programa de Educación Médica "TULANE-COLOMBIA" y por los Jefes de los Departamentos de Microbiología y Dermatología de la Facultad de Medicina. Para dicho curso fueron invitados médicos de las Facultades de Medicina del país que estaban muy interesados en hacerlo. El Decanato saluda a todos y cada uno de los asistentes a este curso y les desea el mejor desarrollo de su programa, el cual está muy interesante y que el fruto de él sea bien aprovechado por todos y cada uno de los asistentes. El Dr. Schneidau llegó a la ciudad el 28 de junio. Le presentamos nuestro atento saludo.
9. Regresó de nuevo de los EE. UU. el Dr. Arturo Pineda, después de asistir al Congreso Mundial de Gastroenterología, y también tuvo la oportunidad de visitar algunos centros de estudios. Saludamos al Dr. Pineda, quien se reincorporó nuevamente al Departamento de Medicina Interna.
10. Fue elegida reina de la Facultad de Medicina, la Señorita Sophie Sebrebnick, estudiante muy distinguida del tercer curso y más tarde quedó consagrada Reina de la Universidad de Antioquia. Su coronación tuvo lugar el 27 de junio último, la cual fue muy solemne. Reciba nuestras sinceras felicitaciones por este triunfo.
11. El 3 de julio llegará a la ciudad la Reverenda Madre Charles Marie, Directora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad Católica de Washington, la cual permanecerá varios días en esta ciudad, visitará detenidamente la Facultad y la organización de la Escuela de Enfermeras. Presentamos nuestro cordial saludo a la Madre Charles Marie.
12. La Facultad de Medicina lamenta la dejación del puesto que ha venido desempeñando la Sra. Ligia Ortega de Pérez, en la Biblioteca de la Facultad, y quien ha servido durante varios años a las Bibliotecas de Odontología y Medicina, como Jefe de la Sección de Catalogación.
13. Llegaron los equipos para Patología, Fisiología, Anestesiología y cuatro equipos de dictáfonos, valor de la donación de US \$ 10.000 hechos por la Fundación Kellog a la Facultad de Medicina. Los dictáfonos

han sido repartidos a varios Departamentos los cuales prestarán un gran servicio a las cátedras. Agradecemos nuevamente a la Fundación Kellogg esta valiosa ayuda y la gran deferencia que siempre ha tenido para con la Facultad.

14. El 14 de julio próximo llegará a la ciudad el Dr. Clifford G. Gules Jr. Vice-Decano y Profesor de Pediatría de la Universidad de Tulane, quien permanecerá en la ciudad por espacio de dos semanas.
15. **BIBLIOTECA.** El Director de la Biblioteca Médica de la Universidad de Antioquia se permite recordar,, muy encarecidamente, a todos los señores graduados de las Facultades de Medicina, Odontología y Química Farmacéutica, que conforme a las disposiciones reglamentarias vigentes, deben presentar a la Biblioteca un ejemplar original de su tesis de grado, y reclamar la constancia certificada correspondiente, necesaria para las gestiones oficiales que de su graduación se deriven.

El ejemplar de la tesis de grado entrará como obra de investigación aparejada a los libros de la Biblioteca, a la sección de tesis de grado, que la Universidad consigna para su historia y el fomento del adelanto científico en las ciencias médicas.

16. También se permite informar al profesorado y alumnado de las Facultades de Medicina, Odontología, Química Farmacéutica, y Escuelas de Enfermería y Técnicas de laboratorio, que el MANUAL DEL ESTUDIANTE ha sido impreso para indicar sucesivamente los sistemas de organización, catalogación y clasificación usados en la Biblioteca Médica, así como de los servicios que ella presta, indicando a la vez EL REGLAMENTO en vigencia, el cual pueden reclamar en la Dirección de la Biblioteca.
17. Además, registra complacido los nombres de la Fundación KELLOGG, Battle Creek, EE. UU.; del CENTRO COLOMBO-AMERICANO de Medellín; The United States Book Exchange; de Interamericana de Colombia Ltda., Bogotá; de W. B. Saunders Company, Philadelphia, EE. UU.; y del Dr. Marcos Barrientos M., por su gentil y desprendido apoyo a la Biblioteca Médica, a la que han obsequiado con libros y revistas, testimonia su generosidad y les expresa en su propio nombre y en el de la Biblioteca a su cargo sus manifestaciones sinceras de gratitud.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR
Decano de la Facultad de Medicina de la
U. de A.

INTERNADO PARA MEDICOS EN ESTADOS UNIDOS

Por: David Constantine

El Doctor David Constantine, Director Ejecutivo Asociado del Hospital Libanés de la ciudad de Nueva York, ha enviado para la publicación en ANTIOQUIA MEDICA el artículo que gustosamente ahora incluimos en las páginas de nuestra revista. Además, agradecemos la colaboración prestada por el Señor Director de la Biblioteca Médica de la Universidad de Antioquia, Dn. Gerardo Paredes Fandiño, quien tuvo a su cargo la versión al castellano, respetando en un todo el sentido literal de las ideas expuestas por el autor.

La Asociación Médica Norteamericana (A.M.A.), sostiene que la función educacional de un Internado es primordial e importante, y que la función de servicio rutinario es secundaria y accidental.

Estos principios deben ser la guía segura de todos los médicos extranjeros que deseen viajar a los Estados Unidos en busca de adiestramiento profesional.

De cómo un médico extranjero puede encontrar el hospital que ofrezca un Internado con programa especial de adiestramiento como objetivo primordial. De cómo se puede evitar encontrar un hospital que sólo esté buscando médicos que tengan la función de ayuda en procedimientos solamente rutinarios.

No sobra decir que el hospital elegido para la formación de los Internos debe estar aprobado por la "American Medical Association", y que debe tener la aprobación de la "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" de los Estados Unidos. Si se presenta alguna duda acerca de estas aprobaciones, el médico extranjero debe ponerse en contacto con la "American Medical Association" (A.M.A.), o con la Asociación Norteamericana de Hospitales, ambas con sede en la ciudad de Chicago, Illinois. Información detallada puede obtenerse también a través del Agregado Cultural de la Embajada de los Estados Unidos, en la capital de cada país.

Antes de aceptar un cargo como Interno es conveniente preguntar al Administrador del hospital si ese establecimiento tiene la aprobación para Internado.

Qué es lo que un Internado debe ofrecer al joven médico, y en qué forma ha sido especificado por la A.M.A., un INTERNADO ROTATORIO de un año de duración. El internado debe estar organizado de manera que progresivamente aumenten las responsabilidades

que el Interno debe asumir en el cuidado del enfermo, del reconocimiento y culto por los aspectos personales, del tratamiento al paciente, e inclusión de los problemas familiares, sociales y económicos, así como los de aspecto moral. La inculcación de los principios de la ética médica y de la conducta profesional.

Un INTERNADO ROTATORIO es el que ofrece práctica supervisada en las cuatro divisiones principales de la medicina: Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, y Pediatría. También deben ser incluidas prácticas en los Laboratorios de análisis clínicos y en la interpretación radiológica.

Durante los 12 meses de Internado el tiempo dedicado a la medicina interna debe ser igual a aquel dedicado a otros servicios. Cada Interno debe ser asignado a los Servicios de Medicina Interna y Cirugía, por lo menos durante 3 meses consecutivos. Las designaciones para cualquier servicio en el hospital no deben ser menores de 2 meses. Además, debe ofrecerse práctica en los consultorios externos, conferencias, lecturas y seminarios.

Para asegurarse a cabalidad de la calidad y categoría del programa de enseñanza que imparta un hospital, solicite primeramente una copia del horario, examine y analice dicho programa, y ponga especial atención a los puntos exigidos por la "American Medical Association".

Aunque es de general conocimiento sin que sea completamente exacto, (y esto no debe ser generalizado), es presumible que aquellos hospitales que ofrecen un salario elevado no tengan un buen programa de enseñanza, y que el trabajo del Interno sea solamente rutinario. Por otra parte, hay que advertir que un sueldo pequeño no es garantía de la magnificencia de un programa de enseñanza. Por ningún motivo debe existir relación entre sueldo y programa de enseñanza.

Muchos médicos extranjeros han hecho ya su internado o adiestramiento similar en el país de su origen. Otros tienen 5 o 6 años de práctica post-graduada. Mi opinión es la de que para el primer año de permanencia en los Estados Unidos, la mejor educación y la preparación básica es aquella que puede suministrar un Internado bien organizado. El autor de la presente información dice: "He gastado muchos años en el adiestramiento de más de 2.000 médicos extranjeros, de enfermeras, de ingenieros de sanidad, y de varias profesiones afines de la Medicina. Aquellos médicos que fueron nombrados como RESIDENTES sin haber hecho primeramente su Inter-

nado en los Estados Unidos, no se han beneficiado de igual manera que aquellos que sí lo han hecho. En algunos casos he visto médicos que comenzaron con una Residencia y que luego encontraron la responsabilidad demasiado pesada. Entonces se vieron obligados a abandonar la Residencia y a comenzar con el Internado, y en muchos casos a volver a su país con las consecuencias de haber perdido el tiempo, el dinero y hasta el prestigio”.

Es raro encontrar un médico que pueda aceptar la responsabilidad de una Residencia sin antes haber hecho el Internado en los Estados Unidos. También es importante hacer saber que pocos hospitales en este país aceptan directamente, desde el extranjero, a un Residente.

QUE ES LO QUE USTED DEBE ESPERAR CUANDO COMIENZA SU INTERNADO

Aun cuando usted haya estudiado Inglés en su propio país, o durante 1 o 2 meses lo haya hecho en los Estados Unidos, siempre encontrará gran dificultad para entender y hablar el idioma. Sin embargo, sus oídos se irán acostumbrando poco a poco y entonces comenzará a pensar en Inglés. Vencido el obstáculo de la lengua, la mitad de la batalla estará ganada. Para realizar con prontitud esta necesidad, el Interno extranjero evitará hablar en su lengua nativa, debiendo abstenerse de buscar amigos entre sus colegas que hablen el mismo idioma. Este consejo es de gran importancia, pues la experiencia así lo ha demostrado.

Aun cuando un buen programa de enseñanza médica debe estar primeramente dirigido hacia el aprendizaje del Interno, se sabe que éste debe permanecer de guardia en el hospital durante muchas horas. El médico “no mira el reloj”. El médico nunca termina con su trabajo. El Interno debe prestar guardia durante la noche, en los días feriados, y en los fines de semana. Su día de trabajo comienza normalmente a las 8 de la mañana. El día únicamente finaliza cuando sus deberes estén cumplidos, y esto será indistintamente a las 5 o a las 9 de la noche. Si el día es de guardia, entonces debe trabajar sin descanso durante 36 o 40 horas. En cualquier lugar que elija para hacer su Internado debe estar resuelto a soportar un horario pesado.

El hospital puede tener un excelente programa de enseñanza, pero la ejecución del mismo depende del Cuerpo Médico así como del Administrador del hospital. Algunos médicos son maestros por naturaleza y por lo tanto están deseosos de transmitir sus conoci-

mientos a otros, preocupándose especialmente por el adiestramiento del Interno. Sin embargo, aun en el mejor hospital, ocasionalmente uno de los médicos puede carecer de modales de cortesía y de buenas maneras para tratar a los demás, puede exigir todo y dar muy poco, pudiéndose decir que ese médico no es un "gentleman" como sí lo suelen ser un número considerable de ellos. Los médicos extranjeros que se encuentren con este tipo de individuo deben recordar que esa persona reacciona de igual manera con todo el mundo y que no es sólo con el médico extranjero. Se puede asegurar que este problema ocurre en todos los hospitales del mundo.

El haber finalizado el Internado no es garantía para conseguir una Residencia. La consecución de la Residencia dependerá de los esfuerzos propios para alcanzar esa posición. Es necesario advertir que los hospitales que tengan Internado aprobado, puede que no tengan Residencia aprobada. Debe consultarse primeramente a la "American Medical Association".

Ultimamente el Consejo Educacional para Médicos Extranjeros Graduados, estableció un conjunto de normas y requisitos mínimos para los médicos que deseen venir a los Estados Unidos en calidad de estudiantes. Dichos requisitos son los siguientes:

- A. Que el **médico extranjero graduado** haya completado 18 años de educación formal, incluyendo 4 años de estudio en una escuela médica de reconocida solvencia científica y moral.
- B. Que el dominio de la lengua inglesa haya sido comprobado y verificado para el desempeño de su misión, en forma que pueda hacer una buena historia clínica de un paciente que sólo habla inglés, y que pueda asimismo escribirla correctamente.
- C. Que el conocimiento general de la medicina sea suficiente para desempeñar el cargo de **Interno** y que tenga habilidad para razonar, utilizar sus conocimientos médicos. Que éstos sean suficientes para que le permitan actuar con facilidad en un hospital, para crédito de él mismo, y para seguridad de sus pacientes.

Para evaluar las calificaciones de médicos graduados en el extranjero, todo el que desee estudiar en los Estados Unidos debe pasar un examen en Medicina, e Inglés. El primer examen de Calificación Médica tendrá lugar el 23 de septiembre de 1958, y se efectuará en el país de origen del aspirante. Informes completos sobre estos requisitos puede obtenerlos en la Embajada de los Estados Unidos en la capital de su respectivo país.

Los médicos extranjeros que se encuentren en los Estados Unidos antes del 23 de septiembre presentarán el examen en esa misma fecha en este país.

INFORMACION GENERAL

1. Mientras que exista la oportunidad de estudiar en los Estados Unidos es necesario advertir que el camino no es fácil y que son muchos los obstáculos que se oponen al ingreso del médico extranjero.
2. Que el aspirante debe planear un adiestramiento por lo menos de dos años.
Debe recordarse que el primer año de internado sólo prepara para estudios futuros y que los doctores que estén interesados en obtener una especialización, deben buscar una Residencia después del Internado.
3. El aspirante debe utilizar gran parte de su tiempo en estudiar y practicar el Inglés. El idioma es la barrera más difícil de vencer.
4. El estudiante gastará por lo menos un año de su vida, además del sacrificio de someterse a devengar únicamente lo indispensable para vivir. Seleccione el hospital de sus aspiraciones y ponga el mayor cuidado al efectuar la escogencia.
5. Existen muchas fuentes de información respecto a internados. No vacile en consultarlas. En las Bibliotecas Médicas hay catálogos de hospitales norteamericanos que usted fácilmente puede consultar. También puede dirigirse a:

- A. Señor
Agregado Cultural
Embajada de los Estados Unidos
Bogotá. D. E.
- B. American Medical Association
535 North Dearborn Street
Chicago, 10, Illinois. USA.
- C. American Hospital Association
18 East Division Street
Chicago, Illinois, U.S.A.

Medellín, Junio de 1958.