

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 9

MEDELLIN, FEBRERO DE 1959

Nº 1

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

Tarifa Postal reducida—Licencia Nº 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. Alfonso Aguirre C.  
Decano de la Facultad

Dr. Gustavo González Ochoa  
Presidente de la Academia

## REDACTORES JEFES:

Dr. Marcos Barrientos M.

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

## REDACTORES:

Dr. Joaquín Aristizábal  
Dr. Antonio Escobar E.  
Dr. Alonso Puerta S.  
Dr. Héctor Abad G.

## 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

Palabras del Dr. Alfonso Aguirre C. en la primera reunión de Profesores en la Facultad de Medicina .....	1
--	---

### TRABAJOS ORIGINALES

La Desnutrición avanzada del Lactante puede causar daños irreparables? — <b>Dra. Leni Oberndorfer</b> .....	3
Comentarios Clínicos sobre algunas lesiones mucosas — <b>Dr. José Miguel Restrepo</b> .....	20

### ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Actividades de la Facultad de Medicina que se desarrollarán en el año lectivo de 1959 de acuerdo con el Calendario .....	32
Pénsum y Horario para 1959 .....	35
Indice de Autores (Vol. 8 año 1958) .....	39
Indice de Materias (Vol 8 año de 1958) .....	43



# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

VOLUMEN 9

— MEDELLIN, FEBRERO DE 1959 —

Nº 1

## EDITORIAL

### PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. ALFONSO AGUIRRE CEBALLOS, DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, EN SU PRIMERA REUNION CON LOS PROFESORES DE LA FACULTAD.

Señores Profesores:

Pese a suscitar entre algunos de vosotros una sonrisa levemente irónica, y en otros un comentario ligeramente suspicaz a la salida de este auditorio, quise escribir, para mejor pensar y sopesar, estas cortas frases de mi primer encuentro con vosotros.

El motivo de llegar yo a esta alta y honrosa posición, después de un agitado período durante el cual se hizo manifiesta la polarización en bandos de profesores, médicos, estudiantes y aún del ambiente social y político de nuestra ciudad, sobre la larga y meritoria labor de un colega, hace que me haya tomado el cuidado de escribir mis pensamientos, no queriéndolos dejar libres y sometidos a la desfiguración y tergiversación de una improvisación, no acostumbrada en el tragar de nuestra culta y callada profesión.

A la mayoría de vosotros sobra decir quien soy y cómo pienso. Veo a varios de mis profesores, a algunos de mis condiscípulos y a algunos cuantos de mis discípulos, y la gran mayoría de vosotros sois mis amigos. Sinembargo, para los que no me conocen y para que lo recalquen los que ya de mí saben, quiero informaros con qué ánimo de espíritu llevo a este cargo.

Traigo la mente libre de prejuicios y componendas, vengo con ánimo desprevenido y pleno de equidad y justicia, no traigo el respaldo de ninguna camarilla, ni vengo a encerrarme en círculos estrechos y cortesanos. Siempre estaré dispuesto a oír conceptos y opiniones, y si a pesar de ser ellos contrarios a mi pensamiento, tienen la razón y la verdad, no tendré ni miedo ni reato para reconocerlo y corregir mis factibles errores y posibles equivocaciones. No vengo a encastillarme en irracional orgullo, ni a envanecerme en fallidos honores. Conozco bien lo que soy y cuanto valgo para solicitar el falso elogio y la interesada loa, o amargarme por la envidiosa crítica o el suspicaz comentario. Nunca veréis en mí el ostentoso gesto de autoritarismo, ni el pueril ademán del despotismo; pero sabré llevar con serena firmeza y consciente valor la autoridad con que he sido investido.

Y os aseguro que pondré todo mi empeño y acarrearé todas mis capacidades en el desempeño del cargo al cual he llegado, talvez un poco antes de merecerlo y gracias a la generosidad de una sociedad a la cual he intentado servir, y seguiré empeñado en hacerlo.

Espero contar con la colaboración de vosotros, que sois cimiento y armazón fundamentales y necesarios de esta Facultad. Sé de vuestros conocimientos y preparación, de vuestro desvelo y constancia en el desempeño de las no siempre livianas y reconocidas tareas de la docencia. Conozco, porque me ha tocado sentirlo, vuestra largueza y honestidad en el ejercicio asistencial. Sobra decirlo, porque es íntima vivencia de vuestros espíritus, que la enseñanza médica no se puede reducir a la transmisión de conocimientos y técnicas,



de teorías y prácticas; sino que el profesor debe servir de espejo y modelo, en el que los estudiantes logren configurar y plasmar la unión hipostática perfecta entre el sabio y el apóstol. por eso todos debemos ser y vivir como hermanos en la medicina. Absurdo sería pensar que en nuestras comunes relaciones cupiese la mentira, el engaño, la palabra descortés y ni pensarlo el vocablo hiriente y soez. Si tenemos funciones de ejemplo, hemos de vivir en constante y continua superación de nuestros humanos defectos y flaquezas. Sería intolerable que dentro del cuerpo profesoral de esta Escuela no existiera la más amplia y noble cordialidad, el más generoso y cristiano desinterés. Ética y colegaje habrán de ser el símbolo y la síntesis del ejercicio del médico egresado de estas aulas.

Nos ha tocado vivir, no sé si para bien o para mal, en un momento histórico de confusa y cataclísmica lucha ideológica. Al hombre ya no se le considera y trata como a un ser individual y libre, sino como al componente minúsculo y mecánico de un todo, al cual se le da el denigrante y humillante título de "masas". A este ser humano creado por Dios en alta y noble dignidad se le ha abatido y derrumbado, su personalidad se ha destronado y resquebrajado para medirla con el igualitario rasero de la mediocridad y del número, su individualidad se ha roto y desparramado para colocarla en el casillero de la ficha y del tipo, y su espíritu, colmado de anhelos infinitos y eternos, lo han coartado y reducido a pseudo-ideales terrenos y hedonistas. Y en nuestra noble y dolorida patria aún seguimos pensando en la partija innoble y matemática, por ignorar que paridad no es la sencilla división por dos sino la justa aceptación de dar a cada quien lo que le corresponde; persistimos en odios pequeños y rastreros, convivimos sin inmutarnos en la pobreza espiritual, moral y material, y no nos queda tiempo de pensar en grande, que es pensar en Amor y en Justicia.

Yo os invito a que hagamos de nuestra Facultad, no sólo el semillero de los integrales médicos del futuro, sino un muestrario de lo que es vivir en acto y pensamiento de superación y de esfuerzo, de confraternidad y de paz.

Y en la lucha titánica que se desenvuelve en nuestro globo, debemos saber tomar partido de combatientes, no podemos hacer el papel de chacales que llegan pasado el fragor de la contienda a vivir entre las putrefactas carroñas de los caídos. Debemos elegir entre la materia y el espíritu, entre lo fugaz y lo infinito, entre el placer que reblandece y el dolor de la lucha que redime, entre la mentira y la verdad, entre los falsos ídolos de las doctrinas existenciales y marxistas y la brillante divinidad del Sinaí y el Calvario. Pocas veces en el transcurso de la historia ha estado el hombre en tal necesidad de decisión, en tal dilema de resolución.

Como forjadores y conductores de juventudes debemos estar estructurados en la filosofía y el humanismo, que son los únicos gestadores y aglutinantes de la sabiduría.

No debemos olvidar que la educación, sin excluir la médica, consiste esencialmente en la formación del hombre tal cual debe ser y tal como debe portarse en esta vida, buscando alcanzar la plenitud potencial que le fue conferida en su creación, para lograr conseguir el fin sublime y eterno que le fue destinado.

Escuela médica que no logre estructurar al hombre en el todo armonioso y completo que le corresponde, y así prestar el adecuado servicio social que le compete, no es digna de llevar tal nombre.

Quiero enterarme primero de todas y cada una de las cátedras que constituyen nuestro plan de trabajo, y no os extrañéis entonces de mi ávida curiosidad ni de mi posible intromisión; son ellas guiadas exclusivamente por el deseo de conocer a fondo la marcha de nuestra Facultad y poder luego, en común, resolver los cambios, acrecentar y acelerar lo que bien va y suprimir, si es que existe, lo perjudicial y equivocado. Para ello oíré la opinión de estudiantes y profesores y no será dado ningún paso sin el racional acuerdo que nace del diálogo y la controversia.

No quiero terminar estas palabras sin rendir un tributo de admiración y respeto a todos los anteriores profesores y decanos de nuestra Escuela. Ellos prestaron su concurso eficaz y pusieron en el servicio de sus cargos el brillo de sus intelectos y los conocimientos y habilidades de sus estudios y prácticas. Sin olvidar a ninguno de ellos, quiero referirme a tres decanos en particular, tríade viva, pero uno de ellos ya sin sus vestiduras carnales. Martiniano Echeverri Duque, quien con varonil entereza y ademán audaz supo sortear casi fatal crisis en la corta vida de estas aulas; Gil J. Gil, ágil mano de cirujano y mente amplia de clínico, quien dio los pasos iniciales de la transformación y revivificación de nuestra enseñanza, e Ignacio Vélez Escobar, activa juventud e ímpetu organizador, quien logró en sus dos periodos profundas y fundamentales modificaciones, que han

hecho a nuestra Facultad ocupar lugar principal entre las nacionales y sitio de avanzada en el conjunto latinoamericano. Cuando pasen los días y podamos contemplar más serenamente su obra veremos cuánto vale y revaluaremos muchos conceptos y opiniones

Con causa en mi designación, en el grupo de colegas amigos que aún no han salido de la conmoción que produjo mi radical, total y definitivo reingreso a la Iglesia Católica, se suscitaron festivos comentarios y divertidas bromas. Quiero relataros una de ellas, que me servirá para terminar este primer encuentro con vosotros.

Uno de ellos, talvez el de más afilada lengua volteriana, me acogió diciendo: Salud Alfonso XXIII!, y yo, para continuarle su tónica, respondí: Y si ello fuera así, pondría en mi escudo decanal y para ser fiel además a mi especialidad, una inscripción que diría: Sursum Corda!

Aquello que dije en momento de cordial camaradería, ahora os lo repito en instante de sentido saludo. Arriba los corazones! No dejemos que esta viscera, asiento literario de la pasión amorosa, gaste sus potentes energías en pequeños y absurdos rencores, en irracionales sentimientos. Dejad que se eleve en un grande amor por nuestra Facultad para buscar su mayor eficacia; en un fraternal amor por nuestros discípulos para hacer de ellos nuestros superiores continuadores por sus conocimientos y virtudes; en un excelso amor por nuestra Patria tan necesitada de hijos fieles y desinteresados y en un ardiente amor por Dios, fuente suprema de todo lo que hay y lo que somos.

Medellín, febrero 11 de 1959.



1o. **TIPO KWASHIORKOR**, que tiene mucho en común con el "Mehlnaehrschaden" ya que en su alimentación, como lo describe Czer-ny (2), predominan los carbohidratos con una proporción ínfima de proteínas. Quienes lo padecen también reciben el nombre de "sugar babies".

2o: **MARASMO NUTRICIONAL**: Se trata de una desnutrición calórica total con desaparición del tejido graso y muscular. Los niños que padecen este segundo tipo de desnutrición, además de no poder crecer, tienen que "canibalizar" su propia carne.

3o: **FALTA DE CRECIMIENTO POR CAUSA DE DESNUTRICION**: Son niños de proporciones aparentemente normales pero con los valores, tanto de talla como de peso de un niño de la mitad de su edad. Estos niños han recibido una alimentación balanceada, pero tan escasa que solo ha servido para su sostenimiento.

Según observaciones personales la alimentación al pecho es muy deficiente en nuestra región. Es casi excepcional la madre que alimenta exclusivamente al niño durante seis meses o más. Una gran mayoría no alcanza ni siquiera a darle lo suficiente durante los tres primeros meses.

Debido a circunstancias especiales tuvimos la oportunidad de tratar en nuestro servicio de Pediatría del Hospital de San Vicente de Paúl por espacio de ocho meses un caso de estos y el cual es objeto de esta publicación.

## HISTORIA:

El 8 de marzo de 1957 fue llevado a nuestro servicio, procedente de Policlínica, el niño John J. S. (Hist. No. 73276) de diez y medio meses de edad (nació el 15 de abril de 1956), quién fue hallado por la policía en la habitación de su madre, una prostituta de 19 años, que se encontraba en la cárcel. Se trataba de un niño nacido a término, fruto del primer embarazo; fue alimentado al pecho durante tres meses y después con leche en polvo. Tres semanas antes de su hospitalización sufrió "viruelas" (probablemente varicelas).

**Estado actual:** A su ingreso el interno de turno hizo las siguientes anotaciones: "niño en estado de extrema caquexia con desaparición completa del tejido adiposo y gran parte del muscular. da la impresión de tener los huesos forrados por la sola piel; ésta sobre el abdomen se dejaba levantar en pliegues (signo del trapo mojado). En la axila izquierda y en el hipocondrio derecho se apreciaban abscesos del tamaño de un huevo de paloma; en la espalda llamaba la atención una herida cortante superficial y transversal; en muchas partes del cuerpo se veían peque-

1o. **TIPO KWASHIORKOR**, que tiene mucho en común con el "Mehlnaehrschaden" ya que en su alimentación, como lo describe Czerny (2), predominan los carbohidratos con una proporción ínfima de proteínas. Quienes lo padecen también reciben el nombre de "sugar babies".

2o: **MARASMO NUTRICIONAL**: Se trata de una desnutrición calórica total con desaparición del tejido graso y muscular. Los niños que padecen este segundo tipo de desnutrición, además de no poder crecer, tienen que "canibalizar" su propia carne.

3o: **FALTA DE CRECIMIENTO POR CAUSA DE DESNUTRICION**: Son niños de proporciones aparentemente normales pero con los valores, tanto de talla como de peso de un niño de la mitad de su edad. Estos niños han recibido una alimentación balanceada, pero tan escasa que solo ha servido para su sostenimiento.

Según observaciones personales la alimentación al pecho es muy deficiente en nuestra región. Es casi excepcional la madre que alimenta exclusivamente al niño durante seis meses o más. Una gran mayoría no alcanza ni siquiera a darle lo suficiente durante los tres primeros meses.

Debido a circunstancias especiales tuvimos la oportunidad de tratar en nuestro servicio de Pediatría del Hospital de San Vicente de Paúl por espacio de ocho meses un caso de estos y el cual es objeto de esta publicación.

## HISTORIA:

El 8 de marzo de 1957 fue llevado a nuestro servicio, procedente de Policlínica, el niño John J. S. (Hist. No. 73276) de diez y medio meses de edad (nació el 15 de abril de 1956), quién fue hallado por la policía en la habitación de su madre, una prostituta de 19 años, que se encontraba en la cárcel. Se trataba de un niño nacido a término, fruto del primer embarazo; fue alimentado al pecho durante tres meses y después con leche en polvo. Tres semanas antes de su hospitalización sufrió "viruelas" (probablemente varicelas).

**Estado actual:** A su ingreso el interno de turno hizo las siguientes anotaciones: "niño en estado de extrema caquexia con desaparición completa del tejido adiposo y gran parte del muscular. da la impresión de tener los huesos forrados por la sola piel; ésta sobre el abdomen se dejaba levantar en pliegues (signo del trapo mojado). En la axila izquierda y en el hipocondrio derecho se apreciaban abscesos del tamaño de un huevo de paloma; en la espalda llamaba la atención una herida cortante superficial y transversal; en muchas partes del cuerpo se veían peque-



Al examen clínico no se le encontró anomalía alguna de los órganos internos; hígado y bazo: clínicamente normales. Temperatura: 36°C.

**Reacción síquica:** Interesantes eran sus reacciones. Este niño, incapaz de levantar la cabeza, al irsele a envolver en cobijas, pues por su precario estado su temperatura era relativamente baja, desarrollaba una fuerza asombrosa librándose de ellas a la par que lloraba fuertemente.

**Laboratorio:** Había anemia; el leucograma y la sedimentación no mostraban reacción infecto-bacteriana (Tabla No. 1). La reserva alcalina era de 20 Vol. %. La orina tenía una densidad de 1000 y no mostraba alteraciones. En el coprológico se encontraron stronguloides (posteriores controles fueron negativos). El coprocultivo: negativo. El pus de los abscesos contenía estafilococos patógenos.

**Radiología:** Una radiografía de tórax tomada el 11 de marzo fue informada así: "Hay una sombra redondeada, bien definida a nivel de la extremidad anterior de la segunda costilla derecha y un aspecto sombreado de la región subclavicular del mismo lado. No se ven adenopatías traqueo-brónquicas, pero el aspecto pulmonar añadido a los demás datos, hace sugestivo el diagnóstico de TBC."

## EVOLUCION:

**Temperatura:** La temperatura rectal durante casi todo el tiempo que estuvo el niño en nuestro servicio osciló entre 37 y 38 °C siendo en contadas ocasiones menor de 37°; algunas alzas térmicas mayores fueron concomitantes con infecciones respiratorias superiores, diarreas y durante una epidemia de estafilococos que se presentó en la sala y que en el niño se manifestó en forma de numerosos abscesos.

**Diagnóstico de Tuberculosis:** Le fue practicada la reacción de Mantoux al 1% en los meses de marzo, abril, mayo y septiembre siendo negativas todas las lecturas. El examen bacteriológico y el cultivo de un lavado gástrico fueron negativos.

**Radiografías torácicas:** Fueron reportadas como normales en los meses de abril, agosto y octubre. La sombra descrita en el examen de admisión se encontró de nuevo en los meses de junio y septiembre.

**Laboratorio:** El eritrograma nunca llegó a valores normales; el número de los leucocitos estuvo siempre un poco por encima de lo normal conservándose la proporción de la fórmula. La eritrosedimentación siempre fue elevada (ver tabla No 1).



Al examen clínico no se le encontró anomalía alguna de los órganos internos; hígado y bazo: clínicamente normales. Temperatura: 36°C.

**Reacción síquica:** Interesantes eran sus reacciones. Este niño, incapaz de levantar la cabeza, al irsele a envolver en cobijas, pues por su precario estado su temperatura era relativamente baja, desarrollaba una fuerza asombrosa librándose de ellas a la par que lloraba fuertemente.

**Laboratorio:** Había anemia; el leucograma y la sedimentación no mostraban reacción infecto-bacteriana (Tabla No. 1). La reserva alcalina era de 20 Vol. %. La orina tenía una densidad de 1000 y no mostraba alteraciones. En el coprológico se encontraron stronguiloïdes (posteriores controles fueron negativos). El coprocultivo: negativo. El pus de los abscesos contenía estafilococos patógenos.

**Radiología:** Una radiografía de tórax tomada el 11 de marzo fue informada así: "Hay una sombra redondeada, bien definida a nivel de la extremidad anterior de la segunda costilla derecha y un aspecto sombreado de la región subclavicular del mismo lado. No se ven adenopatías traqueo-brónquicas, pero el aspecto pulmonar añadido a los demás datos, hace sugestivo el diagnóstico de TBC."

## EVOLUCION:

**Temperatura:** La temperatura rectal durante casi todo el tiempo que estuvo el niño en nuestro servicio osciló entre 37 y 38 °C siendo en contadas ocasiones menor de 37°; algunas alzas térmicas mayores fueron concomitantes con infecciones respiratorias superiores, diarreas y durante una epidemia de estafilococos que se presentó en la sala y que en el niño se manifestó en forma de numerosos abscesos.

**Diagnóstico de Tuberculosis:** Le fue practicada la reacción de Mantoux al 1% en los meses de marzo, abril, mayo y septiembre siendo negativas todas las lecturas. El examen bacteriológico y el cultivo de un lavado gástrico fueron negativos.

**Radiografías torácicas:** Fueron reportadas como normales en los meses de abril, agosto y octubre. La sombra descrita en el examen de admisión se encontró de nuevo en los meses de junio y septiembre.

**Laboratorio:** El eritrograma nunca llegó a valores normales; el número de los leucocitos estuvo siempre un poco por encima de lo normal conservándose la proporción de la fórmula. La eritrosedimentación siempre fue elevada (ver tabla No 1).

Las seroproteínas se determinaron por primera vez a los dos meses de permanencia en el servicio. Los valores totales se encontraron bajos, la relación albumina globulina mostró un aumento globulínico a expensas de las albúminas; posteriores exámenes demostraron proporciones casi normales.

La reacción de Hanger fue francamente positiva; colesterol, glucosa y urea de valores normales.

El nivel del calcio osciló entre 9,5 y 12 mgm%; el fósforo en septiembre fue de 3,1 mgm% y las fosfatasa alcalinas de 13,6 U.B. (ver tabla No. 2).

La curva de Tolerancia a la Glucosa (Fig No. 1) se inició con valores normales, en ayunas, pero a partir de la primera hora, luego de la ingestión de la glucosa, tuvo una alza mayor de la esperada sin normalizarse por espacio de tres horas; una inyección de Adrenalina produjo una reacción paradójica de descenso de la glucosa sanguínea.

**Medicación:** El niño recibió cuatro transfusiones de sangre en marzo y una en abril, de 40 c.c. cada una. Durante los primeros dos días de hospitalización se le aplicaron en total 350 c.c. de suero glucosado con electrolitos, por vía intravenosa, y en vista de que el niño tomaba la cantidad necesaria de líquidos por vía oral y no sufría de vómitos ni de diarreas se suspendió la hidratación parenteral.

La antibioticoterapia consistió en la aplicación de Penicilina y Dihidro-estreptomina por vía intramuscular y de Eritromicina por vía oral. En junio se inició un tratamiento sistemático antituberculoso consistente en la aplicación bisemanal de 0,5 g de Dihidro-estreptomina hasta completar un total de 13 g; simultáneamente se le administró Nidrazid a una dosis diaria de 30 mg. por vía oral.

Para tratar los episodios agudos de las infecciones respiratorias se recurrió a las Sulfonamidas.

En julio, septiembre y octubre se le hizo un tratamiento de choque vitamínico con 300 000 U. (7,5 mg) de Vitamina D2 con 350 000 U. de Vitamina A (A-D Byla).-Recibió lipotrópicos, hierro y demás vitaminas también.

**Consulta del endocrinólogo:** En el mes de julio fue consultado un endocrinólogo en vista de que el niño estaba presentando una hipertricosis en la región lateral de la cara, en los brazos y en las piernas. Fue descartada una enfermedad endocrina por ausencia de otros síntomas, llegándose a la conclusión de que podía tratarse de un factor constitucional familiar o de una deficiencia hepática para desintegrar los andrógenos frecuente en el cuadro recuperación de la desnutrición (1).



Tabla No. 1 HEMOGRAMA.

Fecha	Eritr. en mill.		Hgb en gms.	Hcto. %	Leucoc. mm cu.	Neutr. %	Eos. %	Mon. %	Lin. %	Sed. mm/1 h
	Mar. 8,57	3,5	8,3	30	12,900	39	3			58
Mayo 27,57	3,8	10	34	13,400	29	1			70	57 Wintr.
Jul. 23,57	3,75	10	34	17,200	36	1			63	40 Wintr.
Ag. 22,57	4,0	10	37	11,150	44	1	2		53	22 Wintr.
Sep. 26,57	3,4	9	34	12,450	26	5			69	46 Wintr.
Oct. 25,57	3,2	6,5	26	12,250	36	1			63	40 Wintr.

Tabla No. 2 QUIMICA DE LA SANGRE

Fecha	Prot. gms%	Alb. gms%	Glob. gms%	Rel.	Ca mgm%	P mgm%	Fosfat. U. B.	Hánger	Coolest. mgm%	Div. mgm%
	May. 27,57	5,33	2,9	2,45	1,1	12	4,3	8,6		
Jul. 23,57	6,5	4,75	1,75	2,7					160	
Ag. 22,57	5,35	3,7	1,65	2,2	11	5,6	8,5			Fluc. 115 Urea 37
Sep. 26,57	4,6	2,9	1,7	1,7	11,2	3,1	13,6			
Oct. 25,57	6,5	4,6	1,9	2,4	9,5	5,3	8,9	XX		

## ALIMENTACION:

La alimentación, consideradas las restricciones impuestas a nuestro servicio, fue iniciada con Nestógeno y continuada con Pelargón; en los últimos meses fue reemplazado uno de los alimentos por una preparación de maizena con leche pasteurizada.

El número de calorías representado en la figura No. 2, se refiere únicamente a las suministradas por la dieta láctea. En el curso de las últimas semanas el niño tomaba sopa, arroz, legumbres, huevo, bananos, etc., en proporciones adecuadas para un niño de 18 meses, siendo por lo tanto mas elevado el suministro calórico al anteriormente mencionado.

## DESARROLLO FISICO, NEUROMUSCULAR Y SIQUICO.

El niño aumentó de peso lentamente con recaídas frecuentes simultáneas a la aparición de infecciones intermitentes. A los ocho meses de su permanencia en el hospital pesaba 5.500 gramos o sea el doble de su peso al ingreso; su talla de 62 centímetros demostraba un aumento de 4 cm. (Fig. No. 3). Su perímetro cefálico alcanzó los 42 cm. o sea que aumentó 5 cm, siendo aún posible apreciar los bordes de la fontanela con

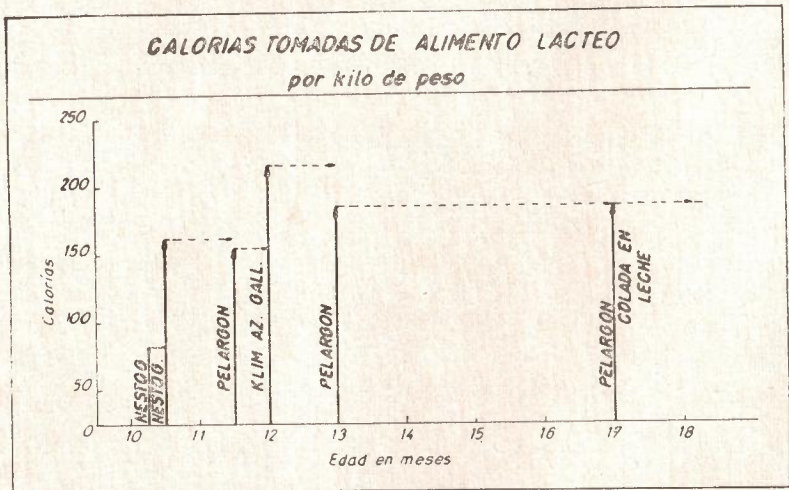


Fig. 2 — Se representan las calorías por kilo de peso actual tomadas por el niño en forma de alimento lácteo. Nestog. = Nestógeno; Az. = Azúcar; gall. = galletas.



una distancia diagonal de 1 cm. La circunferencia torácica, 8,5 con mayor que a su ingreso, era de 40,5 cm. La distancia cabeza/ombliigo era de 32cm. y la de ombligo/pies de 30 cm. pasando la línea media del cuerpo por encima del ombligo. (Tabla No. 3).

### CIRCUNFERENCIA DE CABEZA, TORAX Y ABDOMEN.

Fecha	Edad en Cabeza		Tórax	Abdomen	
	meses	cm	cm	cm	
marzo 8,57	10	37	32	37,5	
ago. 8,57	15	40	37,5	37,5	
oct. 8,57	17	41	38	42	cabeza/ombliigo 32cm
nov. 6,57	18	42	40,5		ombl./pies 30cm

Tabla No 3

Una radiografía de los centros de osificación del antebrazo y de la mano, a la edad de 17 meses, mostró una configuración normal de los huesos largos y presencia del "os hamatum" y "capitatum".—A la edad de 15 meses le aparecieron los dos incisivos inferiores, a los 17 meses los incisivos superiores medianos y a los 18 meses los laterales.

El niño sostuvo la cabeza a la edad de 15 meses, se volteó para ambos lados a la edad de 16 meses y gateó en la cama a los 17 meses, pudiéndose quedar sentado sin apoyo a los 18 meses.

En cuanto a sus reacciones síquicas podemos decir que primero fue un niño irritable que a los pocos días se calmó, pero sin interesarse por lo que sucedía a su alrededor. En agosto, a los 5 meses de hospitalizado, comenzó a sonreír, a tomar interés por lo que le rodeaba, a vocalizar y a jugar con sus pies; no lo llegamos a ver chuparse los dedos. A los 18 meses era un niño vivo, amable, observador, que saludaba con la mano; centro de atracción y de cuidado por parte de todo el personal asistencial.

### DISCUSION Y SUGERENCIAS.

Queremos preguntarnos ahora, hasta que punto pudo recuperarse el organismo de este niño con el esmerado cuidado de un servicio hospitalario durante ocho meses. Sabemos muy bien, que la hospitalización

de por sí puede ser un impedimento para el desarrollo normal de un lactante, tanto bajo el aspecto físico por la posibilidad de infecciones intercurrentes que en una sala de 18 lactantes sin posible separación es tan frecuente y que efectivamente afectaron al niño, como bajo el aspecto síquico (11, 12, 13), el cual en nuestro caso hay que considerar menos importante por ser el niño "mimado" del servicio como lo mencionamos anteriormente. Lo ideal sería observar el desarrollo posterior de niños de estas condiciones en hogares adoptivos de un nivel socio-económico bueno; pero como esto es imposible en nuestro ambiente, trataremos de valorar nuestro caso a pesar de las dificultades expuestas.

Ingresó este niño a la edad de 10 meses con el peso de un recién nacido atrófico es decir con un 31% del peso calculado para su edad (14). La talla correspondía a la de un niño de 3 meses; la circun-

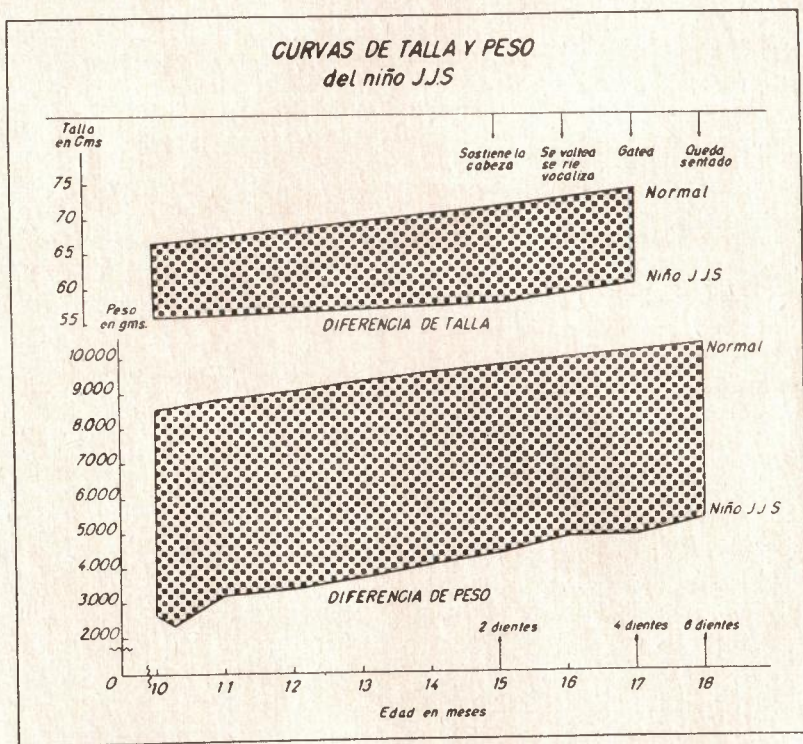


Fig. 3 — Curvas de talla y peso de J. J. S. comparadas con las de un niño normal.



ferencia cefálica a la de un niño de 2 meses y el perímetro torácico era inferior al de un recién nacido. Se trataba de un caso de verdadero marasmo nutricional, como posteriormente se comprobó al no encontrarse patología clínica. Respecto al problema, si padecía una tuberculosis pulmonar, me inclino a pensar que no la tuvo, basándome en la negatividad de las pruebas de laboratorio en busca del bacilo y en el resultado de las reacciones de Tuberculina, explicando las sombras radiográficas mas bien como de infecciones banales que se localizaron en el punto de menor resistencia.

Nos preguntamos también, como puede llegar un niño hasta tal estado de caquexia. Finkelstein (15) publicó "unos casos observados, que durante muchas semanas recibieron solamente 20-30 calorías por kilo de peso corporal diariamente" y menciona "que niños normales, inclusive recién nacidos, toleran de modo sorprendente la hipo-alimentación, aún muy acusada durante largo tiempo. El niño distrófico aumenta muy poco o nada y es particularmente notable su resistencia para el hambre".

Aparentemente en nuestro caso el niño no había padecido graves infecciones, ni respiratorias, ni gastro-intestinales. La varicela, mencionada en la historia 20 días antes de entrada puede haber dado origen a los múltiples abscesos con los cuales llegó al hospital.

El niño duplicó su peso en 8 meses y alcanzó así el 52% del peso normal para la edad. El aumento de la talla fue casi insensible en los primeros 5 meses y solamente en los últimos 3 meses sigue un curso paralelo a la curva normal con el resultado final de que el niño en el último control se encuentra mas lejos de la normal que a su ingreso (Fig. No. 3).

Los aumentos en las circunferencias cefálicas y torácicas, aunque mas rápidos no alcanzaron los niveles normales (16). Tabla No. 3).

El niño no presentó signos clínicos de raquitismo y una radiografía a la edad de 17 meses mostró los huesos largos normales y los centros de osificación dentro del límite inferior normal para la edad cronológica (17).

La dentición empezó a los 5 meses de su permanencia hospitalaria, es decir a los 15 meses de edad del paciente. Desde entonces siguió con el ritmo y distribución normales para un niño de 6 meses.

Los valores de calcio, fósforo y fosfatasa (tabla No. 2) fueron siempre normales exceptuando los de septiembre que semejan los de un cuadro de raquitismo activo lo que coincidió con el aumento de la ta-



lla, hasta entonces estacionada. Cuatro semanas mas tarde, después de un "choque" vitamínico los valores se normalizaron.

La curva de la tolerancia a la glucosa y prueba adrenalínica (fig. No. 1 es francamente anormal y comparable a la curva de la cirrosis (8,18) del hígado. La prueba positiva de Hanger y la hipertriosis también sugieren una disfunción de la célula hepática.

En resumen se trata de un niño de 18 meses que entró al servicio en estado caquético a la edad de 10 meses, correspondiendo en la actualidad su desarrollo físico al de un niño de 5 meses, el neuromotor al

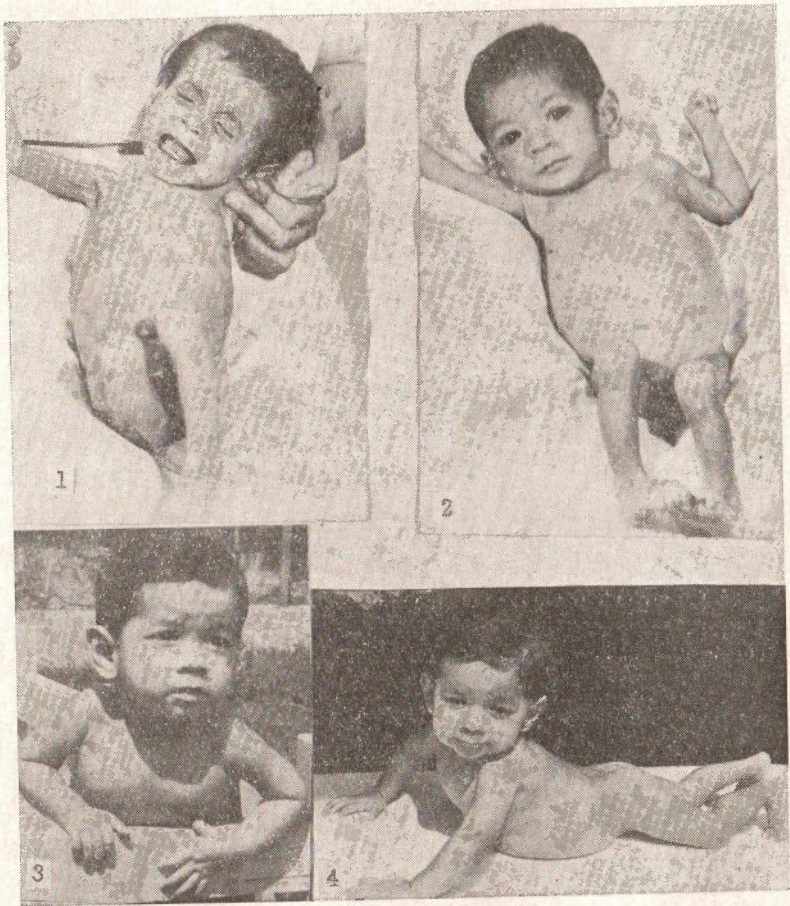


Fig. 4 —

1 A la edad de 10 meses.  
2 A la edad de 13 meses.  
3 y 4 A la edad de 18 meses.



de uno de 7 meses y su desarrollo emocional, lingüístico y síquico al de uno de 6 meses.

No podemos responder claramente a la pregunta, motivo del presente trabajo, ya que un solo caso nada prueba. Definitivamente su estado actual es el de un niño físicamente y síquicamente muy retrasado. Según Carothers (19) "es poco probable que el deterioro mental producido a la edad de 2-4 años y asociado a intensa deficiencia proteínica, puede remediarse completamente en edad mas avanzada".

Este es un problema sumamente serio, porque peor que la alta mortalidad infantil que hay en Colombia, la cual no ha disminuido como lo demuestran las estadísticas comparativas entre 1930-34 y 1950 (FAO, 10), nos enfrenta a la posibilidad de una generación venidera inferiorizada.

El hambre es en primer lugar consecuencia de factores económicos, pero no se deben menospreciar factores educativos y culturales. Como lo mencionamos anteriormente es muy frecuente entre nosotros que desde el primer semestre de la vida del niño, éste sea insuficientemente alimentado por la madre; se hace necesario prolongar la alimentación materna durante el mayor tiempo posible, lo que nos pondría al menos a un mismo nivel con otras partes del mundo que tienen este mismo problema y en donde el recién nacido se beneficia de la leche materna hasta alcanzar su primer año de vida.

Roemer (20,21) y otros autores alemanes han comprobado mediante numerosas observaciones clínicas que al cabo de diez días, tiempo este que permanecen las madres hospitalizadas después del parto, un 70% de ellas puede alimentar completamente a sus hijos, sin mayor ayuda y otro 20% lo logra mediante ayuda y explicación durante su permanencia en la clínica. Entre estas últimas se aprecia mas el fenómeno de la "hipogalaxia pasajera", que se encuentra tanto después de partos normales como de complicados, que hace aún mas necesaria esta permanencia en la clínica.

Hay que hacer todo lo posible por ayudar a las madres (22,23) no solamente durante el embarazo como ya ocurre en algunas instituciones, sino también durante la lactancia, proporcionándoles una alimentación con los requisitos mínimos necesarios para ellas. Mas, si es de un nivel socio-económico bajo, debe tener el beneficio del descanso y cuidado de la clínica o del hospital durante los diez días siguientes al parto. Estos gastos mayores se pagarán con intereses al conseguir con ello un mejor desarrollo posterior del niño.

No debemos menospreciar las supersticiones y creencias tan en

boga entre nuestro pueblo y que tanto influyen en la deficiente alimentación del niño. A este respecto V. G. de Pineda (24) hizo un excelente estudio de la población pobre de Cundinamarca y Santander que bien puede hacerse extensivo a nuestro departamento. De todos son conocidas las ideas que se tienen acerca de los alimentos "fríos" y "calientes", del daño que puedan ocasionar bajo ciertas circunstancias. También es frecuente ver que las madres dejan de alimentar al pecho a sus hijos por haber "violado" determinados preceptos culturales, dándole en su lugar sustitutos por lo regular inadecuados. Es preferible, que la madre tome la leche en polvo que se le da para el niño, y que lo alimenta al pecho. Es indispensable hacer una gran campaña educativa en este sentido.

Además se deben fundar "Centros para el Niño Sano", en donde se puede observar su desarrollo durante los tres primeros años, mejor aún hasta la edad escolar. Estos centros deben estar lo suficientemente dotados para poder vacunar los niños; para poderles ofrecer alimentos, cuando sea necesario, previo estudio del caso por parte de la asistente social. Estos privilegios deben ser un estímulo para las madres a concurrir a estos centros.

A través del servicio social y con las debidas instrucciones por parte del médico, la madre debe aprender cómo distribuir sus escasos recursos en la compra de los alimentos; debe conocer la preparación de la leche SOYA (25) y de su afrecho para usarlo en su familia, cuando no puede conseguir la suficiente cantidad de leche animal, mucho mas costosa.

Todo esto exige gastos que se hacen indispensables, si queremos tener nuevas generaciones fuertes y sanas que atribuyan al mayor progreso material y espiritual del país. Para ello debemos procurar en primer lugar que la desproporcionada mortalidad infantil disminuya (Defunciones en Antioquia en el mes de septiembre de 1957: Total: 2037;—menores de 14 años: 1192), y segundo, evitar por todos los medios que se levanten generaciones física—y síquicamente inferiorizadas.

## R E S U M E N

1. Se presenta el caso de un niño que fue hospitalizado a los 10 meses de edad, en estado de extrema caquexia, y su evolución durante ocho meses.
2. Se destaca el hecho de que a pesar de haber sido tratado adecuadamente durante ocho meses, alcanzó solamente el desarrollo físico y síquico de un niño de 5-6 meses.



3. Auncuando no se puede responder categóricamente a la pregunta, motivo de esta publicación, se considera probable, como lo han observado otros autores, que daños como los que sufrió este niño durante el primer año de vida, lo inferiorizarán para siempre, tanto física—como síquicamente.
4. Se sugieren unos puntos para garantizar el mejor desarrollo del niño durante los primeros años:
  - a) una hospitalización postpartum de 10 días para la gente pobre procurando que la alimentación al pecho sea considerada como insustituible.
  - b) se propone alimentación extra para la madre lactante, como hasta ahora se ha hecho con la mujer encinta.
  - c) se insiste en la creación de la Clínica del Niño Sano con un servicio educativo que contaría con la colaboración del Servicio Social.
  - d) se sugiere enseñar a las clases pobres la preparación de la leche Soya y la utilización del afrecho como suplemento protéico económico.

Las apropiaciones para estos gastos se consideran plenamente justificadas, pues con ellas nuevas generaciones serán mas sanas y fuertes.

### SUMMARY

1. The development during an 8 months' hospitalization of a child who entered the hospital at the age of 10 months in extreme caquexia, is described.
2. The child reached at the age of 18 months the physical and emotional development of a 5—6months' old child.
3. The question of this paper cannot be frankly answered, but we think it possible, as other authors could observe, that the extensive damage the child had suffered in his first year of life, may result in a permanent physical and psychical handicap for his future.

4. A few points are discussed to assure a better development for the children in their first years of life:
  - a) A ten days' hospitalization after birth is suggested for poor people including a special effort to improve breast-feeding.
  - b) An extra food supply for the nursing mother is proposed, as it is actually used for the expecting mother.
  - c) The foundation of a Well Baby Clinic including educational programs, in cooperation with Social Workers Service, is thought to be imperative.
  - d) Instructions for preparation of Soy-bean "Milk" and the utilization of the residuals, as an economic protein supply, is suggested.

The expenses are thought to be well paid back by bringing up a strong and healthy generation.

Julio, 1958

## BIBLIOGRAFIA

1. Gómez, Federico et al.: Malnutrition in Infancy and Childhood. Adv. in Pediatrics, Vol. VII, 1955. The Year Book Publ.
2. Williams, C. D.: Kwashiorkor. J: A. M. A. Vol. 153/1953.
3. Dean, R. F. A.: Undernutrition in East Afrika (Uganda) *Pediatr.* Vol. 17/1.
4. Scrimshaw, N. S. et al.: Nutritional Problems in Central America. *Pediatr.* Vol. 16/3. 1955.
5. Jeliffe, D. B.: Social Culture and Nutrition (West Bengal) *Pediatr.* Vol. 20/1.
6. De la Vega et al.: Kwashiorkor en la costa atlántica colombiana. *Antioqu. Med.* Vol. VI/9, 1956.



7. Restrepo Jorge: Kwashiorkor. Antioq. Med. Vol. V/5, 1955.
8. Mejía, B., Calle J., Vásquez, C.: Aspectos de interés en Desnutrición infantil. Arch. Pediatría del Uruguay. Año XXVI/11. 1955.
9. Platt, B. S.: The malnourished Community. The Lancet, Nov. 6, 1954, pp. 929/31.
10. Síndrome Policarenal Infantil (Kwashiorkor) and its prevention in Central America. F. A. O, Nutritional Studies No. 13, Oct. 1954, Rome, Italy.
11. Geber, Marcelle et Dean, R. F. A. The psychological changes accompanying Kwashiorkor. Courier, Janvier 1956, Vol. VI/1.
12. Spitz, René A.: Hospitalism. The Psychoanalytic study of the child, Vol. I. 1945. An Annual. International University Press.
13. Bakwin, Harry: Emotional Deprivation in Infants. J. of Pediatr. Vol. 35/4, 1949.
14. Oberndorfer, Leni: Desarrollo de 15 niños pre-escolares en una institución durante 5 años. No publicado.
15. Finkelstein, H.: Tratado de Enfermedades del Lactante. 3a. Edic. Esp. 1941.
16. Watson, E. H. and Lowrey, G. H. Growth and Development of Children. The Year Book Publ., 1952.
17. Caffey, John: Pediatric X Ray Diagnosis. The Year Book Publ. 1950.
18. Van Crefeld, S.: Erkrankungen der Leber. Fanconi—Wallgren, Lehrbuch der Pediatría. 1954.
19. Carothers, J. C.: The African mind in health and disease. cit. de Brozek, J.: Nutrición y Psique. Rev. de Med. y Cir. Vol. XXII. 9. 1955.
20. Roemer, H.: Die Klinik der Laktation. Archiv f. Gynaekologie, Bd. 178, 1949.

21. Roemer, H.: Der Nahrungsbedarf des Neugeborenen und die initiale—passagere Hypogalaktie. *Geburtshilfe und Frauenheilk.*, 8. Jahrg. Heft. 8. 1948.
22. Platt, B. S.: *Lectures on the Scientific Basis of Medicine. Vol. IV: 1954/5.*
23. Platt, B. S.: *Infant-Feeding Practices. Breast Feeding and the prevention of Infant Malnutrition. Proc. Nutr. Soc., 1954, 13, 94. Gt. Britain.*
24. Pineda, Virg. G. de: *Causas Culturales de la Mortalidad Infantil. Revista Colombiana de Antropología. Bogotá, 1955.*
25. Oberndorfer, Leni; *La Soya. Anot. Pediatr. Vol. II/13, 1957.*



## COMENTARIOS CLÍNICOS SOBRE ALGUNAS LESIONES MUCOSAS.

Dr. JOSE MIGUEL RESTREPO

Académico de Número

Con frecuencia que llama la atención hemos observado en personal de trabajadores lesiones en las mucosas genitales que medularmente se calificaron en un principio, como venereopatías comunes, pero que ante la negatividad repetida del laboratorio sobre la presencia de gérmenes responsables, fue preciso buscarles otra paternidad. Se trata de lesiones superficiales, únicas o múltiples que se presentan como excoriaciones que arden, se lastiman con el roce de las ropas y adquieren sensibilidad exquisita cuando se ponen en contacto con la orina. En el hombre prefieren el surco balano-prepucial, el prepucio, en ocasiones el glande y raras el meato o sus cercanías. En la mujer se presentan en las ninfas, labios mayores, orquilla y en las vecindades del clítoris. Unas son de bordes irregulares como los que ostentan las ampollas o vesículas cuando se rompen por traumatismo, otras son regularmente ovaladas como hechas con sacabocado, cubiertas a menudo de un unto blanquecino; y en algunas se ven verdaderas ulceraciones que supuran o rezuman un líquido sanioso como cualquiera llaga. En el orden enumerado corresponden clínicamente a elementos de **herpes, de aftas, de micosis diversas y tricomonas**. Al mismo tiempo que en los órganos genitales, se observan en las mucosas labiales, las oro-faríngeas en donde acarrea entonces dificultades para los fenómenos iniciales de masticación, insalivación y deglución que hacen pensar en manifestaciones de procesos inflamatorios de esos sectores. En la lengua, sobre el dorso y sus bordes, tales lesiones sufren modificaciones que en un principio las hace reputar como diferentes, pero que dada la coincidencia de presentación sincrónica o poco después, necesariamente se piensa en su identidad. Muchos de estos casos se han apuntado entre cónyuges o concubenarios, autorizando para considerarlos como contagiosos y participantes en la tragedia de las enfermedades de esta apariencia entre quienes llevan lícitamente o no, vida marital.

Hechas estas anotaciones conviene trazar ligeramente las líneas principales de estos bocetos clínicos para poder alcanzar el diagnóstico que les corresponda en definitiva.

El **herpes o herpe** lo definen los diccionarios como afección inflamatoria del tegumento caracterizada por la aparición de vesículas transparentes, reunidas en grupos, rodeados de una areola roja. "Aser-

pendo dictus quod per corpus serpat". Tales vesículas son características en todas las variedades clínicas. **El herpes simple**, que la gente denomina **fuegos** o **botón de fiebre** ofrece sus vesículas, ya aisladas, o ya reunidas en grupos o racimos, contienen un líquido claro, se asientan en un fondo eritematoso y tienden hacia la formación de costras que se terminan rápidamente sin dejar cicatriz persistente, ya que la piel o las mucosas recuperan la normalidad muy pronto.

Se anuncia por la sensación de calor especial en la zona en donde va a hacer su aparición, en seguida se presenta una pápula ardiente como si fuera una quemadura para convertirse después en la vesícula característica; dura de ocho a diez días, aunque puede prolongarse varias semanas. Se presenta en cualquier lugar de la piel, aunque si prefiere las zonas cutáneo-mucosas como los orificios naturales, las mucosas labiales y buco-faríngeas, las genitales en los puntos ya mencionados; puede localizarse en sitios como la conjuntiva, la córnea, el conducto auditivo, coaccionando sintomatología aguda, dolorosa e incapacitante que dura varios días. No sigue ningún trayecto de los nervios como sucede con el herpes zóster o zona, se acompaña en ocasiones de febrícula y de malestar general, motivo por el cual los pacientes reputan siempre a los fuegos como señal evidente de fiebre nocturna.

Las localizaciones genitales en el hombre dan lugar a ulceraciones que se califican como venéreas, que al ser tratadas con cáusticos se endurecen y hacen pensar en expresiones sifilíticas, que las personas atemorizadas las hacen tratar como tales. Es este el **chancro de vacaciones** que angustia a los maridos timoratos que ven en esa ulceración el castigo a la infidelidad de ocasión y que por lo común acarrea gastos ingentes. Sin embargo, el médico no debe olvidar que en tal excoriación puede ocurrir la simbiosis con treponema o con el bacilo de Ducrey, para que oportunamente solicite serología, porque puede tener la sorpresa de chancros mixtos como los descritos por Rollet con el nombre de **muleto**. Por lo común no se acompaña de reacción ganglionar y, si esto ocurre, es muy discreta y obedece al concurso de infecciones secundarias. La negación reiterada de contactos sexuales, la carencia de adenopatía, la aparición al día siguiente o a lo sumo a los dos después de coitos con seguridad de limpieza, autorizan a establecer el diagnóstico de manifestaciones herpéticas. Puede haber elevación más o menos notoria de la temperatura, es decir, haber febrícula o fiebre verdadera. En las mujeres puede aparecer como manifestación del molimen o como concurrente con el menstruo o como secuela que dura varios días. En este período fisiológico suele observarse el herpes gutural que hace pensar en tantas



expresiones patológicas de la garganta. Hay opiniones que lo consideran como contagioso por el beso o por los contactos sexuales, sobre todo cuando es la mujer la que tiene estas ulceraciones o excoiaciones en el introito, porque en ella tales manifestaciones son menos dolorosas. Infortunadamente para el tratamiento lógico y racional las gentes no aceptan diagnósticos que no encajen en los de sífilis u otra enfermedad venérea y apelan a las terapias llamadas específicas que en estas condiciones son más perjudiciales que útiles.

En la mujer puede observarse, por fortuna con poca frecuencia, un episodio patológico llamada **herpes vulvar profuso**, el cual se acompaña de febrícula o fiebre, de escozor muy vivo, de edema de las partes genitales con placas extensas que se cubren de vesículas que se aglomeran o confluyen y que pueden extenderse de la vulva al pubis y hasta las partes internas femoro-perineales; luego las vesículas se rompen, forma erosiones que se cubren de exudado y hasta de unto difteroiide con desprendimiento de un líquido moco-purulento fétido. La adenopatías inguinales son demasiado sensibles, impiden los movimientos y la agudeza de la sintomatología obliga a la paciente a guardar cama. Dura de quince a veinte días. Después de la epidermización de las cicatrices quedan pápulas salientes que simulan, si no se examinan con atención de joyero, placas mucosas o papulosas semejantes a las de la sífilis.

Hay otro episodio cutáneo morboso que acontece en el curso de la gestación y denominado con el nombre de **herpes gestationis**, que bien analizado no es otra cosa que una variedad de la enfermedad de Durhing y que por tanto esta denominación es inadecuada. El cuadro patológico descrito por este autor tiene cuatro características distintivas: el palimorfismo de la erupción; los fenómenos dolorosos generalmente muy acentuados; la conservación habitual de un magnifico estado general; y la tendencia a las recidivas. El Prof. Brooq denominó este cuadro de la gestación con el nombre de **dermatosis polimorfa, pruriginosa recidivante** que indica las características del proceso; y el Prof. Fournier manifestó el polimorfismo de la enfermedad diciendo que es semejante a un museo donde se encuentran reunidas todas las especies dematológicas: efectivamente, examinando estas pacientes en ellas se encuentran lesiones primarias como placas eritematosas en las cuales asoman ronchas o pápulas rojas, vesículas semejantes a las herpéticas, unas como cabezas de alfiler, como granos de mijo otras y las más como granos de alverja y hasta del tamaño de pequeña naranja mandarina. En un principio estos elementos no surgen sino en piel enrojecida, es decir, en fondo eritematoso, pero a medida que el proceso se va envejeciendo salen en superficies



sanas. Las agrupaciones de estos elementos quedan separadas por zonas de tegumento normal. Al tacto se observa infiltración local, con calor y dolor como toda inflamación. La infección secundaria se encarga de modificar el aspecto de la piel y así aparecen pústulas, escamas, pigmentaciones azulenizas sobre el sitio dejado por las vesículas, las ampollas o las pústulas, excoiaciones que traducen el papel del rascado ya que el prurito es insoportable y es una de los signos o síntomas distintivos de la enfermedad. Puede verse rezumamiento abundante de un líquido icoroso. Las lesiones primarias no dejan cicatriz y apenas si se ven, al terminar la evolución, epidermis lisa, de tinte rosado o melanodérmico. Las lesiones son simétricas y en cada caso hay predominio de las unas sobre las otras dando formas vesiculosas, ampollosas, pustulosas. Comúnmente la aparición ocurre en los miembros superiores cerca a las articulaciones que se hacen dolorosas, raras veces en los inferiores y excepcionalmente en el tronco; en unos pocos casos se ha observado en la cara y la espalda. Pero en brotes sucesivos sí puede haber invasión de otras regiones y aun de todo el cuerpo. El primer signo es el prurito por lo cual algunos dermatólogos llaman el cuadro clínico con el nombre de dermatitis polimorfa pruriginosa; es de una intensidad feroz, casi dolorosa que desvela y no da tregua siquiera para comer; sin embargo, cuando ocurre el brote de ampollas hay una calma halagadora. El estado general permanece en magníficas condiciones, no hay repercusión en otros aparatos o sistemas, llamando la atención que a pesar de los continuos sufrimientos y del insomnio no se llega al enflaquecimiento. No es raro que estas lesiones cutáneas coincidan con lesiones semejantes de las mucosas orofaríngeas que dan síntomas de faringitis universal; los brotes eruptivos duran de quince a veinte días en cada uno de los cuales se modifican las características de los elementos predominantes; después de cada brote hay descamación más o menos abundante. El laboratorio lo único que denuncia es una eosinofilia muy notoria. La repercusión sobre la preñez, se traduce, al decir de Perrin, por partos prematuros, niños mortinatos, fetos macerados o no y numerosas muertes precoces; son niños débiles con dificultad para alimentarse. El diagnóstico hay que hacerlo con varios procesos: con el impétigo herpetiforme del embarazo y del puerperio en el cual se localizan los elementos en la cara interna de los muslos, en los pliegues submamaros, en las axilas y en los alrededores del ombligo; con el pémfigo ampollosa que se localiza en cualquiera región del cuerpo, sus lesiones se cicatrizan mal, permaneciendo a veces algunos sin modificarse y no ofrece eosinofilia; con el hidroa cuyos ampollas son de grandes dimensiones y más bien separadas las unas de las otras. El adjetivo de *gestationis* no es lógico porque se ha observado tam-



bién en mujeres libres y aun en varones. No se sabe cual es su agente productor inclinándose las opiniones a considerarla como una virosis. Por fortuna no es enfermedad que se observe a menudo. Algunos la han reputado como una manifestación tóxica del embarazo por las modificaciones que sufre el metabolismo general. Ante la incertidumbre del agente o causa responsable el tratamiento se reduce a poner el organismo en las mejores condiciones de defensa, dieta racional pero atóxica y antibióticos de amplio espectro propinados por tanteo de dosificación. Parece que la calcioterapia sea un auxiliar poderoso para el acortamiento de la evolución. Prefiere los organismos desnutridos o debilitados por otros conceptos.

## I I

**La voz afta** derivada del griego *aphthai* significa irritación, inflamación; es una ulceración que aparece en las mucosas debida a la acción histolítica de algunos gérmenes entre los cuales se citan ciertos hongos de géneros diversos y algunos cocos como el estafilococo. Su tamaño varía entre el de una cabeza de alfiler y el de una lenteja; comienza como un punto que se rompe y a veces confluye con los vecinos formando ulceraciones superficiales que se ahondan paulatinamente, produciendo dolores muy variados como de quemadura; las gentes la denominan con el significativo nombre de **chimosa**; pueden acompañarse de febrícula, adenopatía ligera y malestar general; cuando hay confluencia de varias constituyen ulceraciones de extensión variada que equivocan el diagnóstico y hacen pensar, si se trata de adultos, en expresiones de lúe. Los sitios de predilección son las mucosas de la boca y la faringe y los órganos genitales tanto masculinos como femeninos, sin que existan razones para que no se presenten en otras mucosas en donde su comprobación sea difícil, de modo que es verosímil que en las respiratorias y digestivas hagan su aparición y desencadenen síndromes pasajeros que hacen pensar en otros procesos nosológicos.

**En la vulva** suelen aparecer solas o al mismo tiempo que las de la boca; se presentan como ulceraciones comunes y benignas, poco o nada dolorosas, ya antes del período menstrual, como concurrencia o como secuela; en la gestación son episodios comunes que pasan inadvertidos en la vigilancia de rutina, duelen poco y tienden espontáneamente a su cicatrización: casi nunca se acompañan de adenoprepucial y hasta en el glando en donde se prestan para todas las conjeturas y todas las sospechas. En la bóveda palatina, a cada lado del rafé, se ven de vez en cuando, unas ulceraciones del tamaño de botones de camisa que suelen ser



de pronóstico poco alentador: son las llamas **aftas de Bednar**; aparecen en niños caquéticos, raras veces en adultos y en ancianos; son muy semejantes a las que aparecen en sujetos de prótesis llamadas de succión que se usaron y aun se siguen usando por los dentistas aficionados o con licencia y que al decir de los oncólogos, son bases para la aparición del cáncer o por lo menos de ulceraciones que se eternizan en su cicatrización. Cuando la explosión de aftas, en cualquiera parte del organismo, se acompaña de elevación térmica, se tiene el cuadro de la **aftesis** que no debe confundirse con la fiebre aftosa.

Semejante por su localización, pero de lesiones muy diferentes, hay un proceso patológico que se presenta en las mismas mucosas de que hemos estado comentando: es **el muguet**, producido por el hongo **oidium albicans** que se presenta en niños desnutridos y a veces en adultos o ancianos caquéticos: aparece un brote en las mucosas de la boca, el paladar y la faringe, de puntos blanquecinos, a veces de placas que semejan leche cuajada y cuidadosamente desmenuzada; la aparición de este brote subraya siempre la gravedad del proceso; y si cierto que nadie se muere de muguet, también es innegable que muchos de los que abandonan la vida mueren con muguet.

Si se medita en la frecuencia con que se presentan en los órganos **genitales** las ulceraciones de que venimos hablando y en la **precipitación** con que muchas veces se instituyen tratamientos antivenéreos, se comprende que los resultados puedan ser contraproducentes agravando mas bien los cuadros clínicos: los exámenes directos de las lesiones no son siempre de resultados que indiquen normas de conducta en el tratamiento, ya que no descubren gérmenes determinados, a veces, raras, señalan cocos banales sin que uno determinado expresamente pueda ser sindicado con razones o con testigos de validez. Con exámenes prolijos y con meditación serena sobre el caso particular y no sobre la posible enfermedad se logra el esclarecimiento y el beneficio para el paciente puede ser palpable.

### III

En las lesiones que aparecen en las mucosas genitales del glande y del prepucio se han aislado varios **hongos del género monilia** que se acantonan de preferencia en la vagina y el introito de muchas mujeres de sanidad aparente, clínicamente real, hongos que son transmitidos por el coito dando la sensación falsa de ser venereopatías de otro origen; en ocasiones estas lesiones de los genitales masculinos pueden extenderse a los pliegues inguino-femorales, al espacio ano-escrotal y producir eri-



tema intertrigo y aun complejos dérmicos muy difíciles de catalogar. En las mujeres, a veces, se encuentran lesiones perineales que van del ano a la vulva, penetran en la vagina de modo de constituir cuadros dérmicos vulvo-vaginales agudos que se confunden con muchos de los que se pintan en estas regiones; el contagio interconyugal es frecuente siendo generalmente responsable la mujer que ignora que es portadora de infección, ya que como síntomas o anormalidades sólo puede señalar mayor intensidad en su leucorrea habitual o esporádica y acrecentamiento del prurito regional. La localización de éste en los genitales externos y en los alrededores del ano puede ser por mucho tiempo la única y exclusiva manifestación de moniliasis.

Este tipo de micosis se viene observando con mayor frecuencia y ha adquirido los caracteres de patogenicidad desde que se está abusando de los antibióticos que al ser aplicados suprimen no sólo los agentes nocivos sino también los que siendo comensales habituales contribuían a mantener defendidas las mucosas de los diversos órganos. Como factores que auxilian o favorecen esta prepondencia de las monilias se sindicán el desequilibrio estrogénico, las carencias vitamínicas, sobre todo las del complejo Be, los estados de marasmo o de agotamiento, la pobreza de las defensas de la economía, sin dejar de tener grande importancia el biotropismo del germen que va a dar al sitio en donde seguramente podrá prosperar sin estorbos y sin obstáculos. Quizá por esta particularidad biológica se las descubre con mayor frecuencia en algunas mucosas como las genitales, las buco-faríngeas, los pliegues de flexión, las mucosas del ano y del recto. Los antibióticos de amplio espectro son capaces de hacer de una vagina que ha sido sana anteriormente y sin ofrecer sintomatología apreciable en los exámenes clínicos, un pozo de contaminación segura para el marido que al final de cuentas vendrá a ser el sindicado obligado, el responsable de la ocurrencia que si tiene **tranquila la conciencia y despejado el corazón** empezará a cavilar sobre el origen de tan désgraciado suceso dando campo a dudas y sospechas y pensando en imaginarias y futuras represalias. La intensidad del prurito vulvo perineal es en ocasiones tan elevada que el rascado es inevitable con la consiguiente excitación genital, causa de masturbación y de artificiales satsiaciones sexuales. Algún autor francés reputa el prurito anal como manifestaciones que recuerdan prácticas masturbatorias ya olvidadas. Parece que hubiera antagonismo entre las tricomonas y las monilias cándidas, aun cuando el laboratorio desmiente este concepto ya que los descubre muy a menudo en asociación; la fetidez y el prurito son patrimonio de las primeras y en cambio el escozor y la comezón dominan las

segundas. Es muy posible que muchas dermatopatías génitoperineales respondan al influjo de monilias que día por día van aumentando sus actuaciones patógenas.

#### I V

Hay una balanitis que debe ser muy común y es la producida por tricomonas, porque si se tiene en cuenta lo frecuente que es esta parasitosis en las mujeres y la posibilidad de contagio en las relaciones sexuales, muchas de las ulceraciones del glande y del prepucio deben pertenecerle; su característica clínica es el rezumamiento abundante y la fetidez espantosa que pone a prueba el olfato más resistente. En las mujeres las tricomonas provocan una leucorrea copiosa, tenaz y rebelde a muchas medicaciones pero que obedece a las hechas localmente con sales de plata con cuyas soluciones se limpien e impregnen bien las mucosas del vestíbulo y de las paredes vaginales; el hedor nauseabundo que desprenden estas pacientes cuando se examinan sus genitales es causa para que pasen inadvertidas algunas lesiones de los grandes labios que simulan chancrelas o arañazos hechos con el rascado que en veces es imperioso. Como los reflejos olfativos representan un papel importantísimo en la aparición de los deseos sexuales, a tal punto que en muchos hombres como en los animales ellos son los que presiden los fenómenos iniciales de la erección, la leucorrea por tricomonas es capaz de inhibirlos y apagarlos aun en individuos universalmente rijosos. En esta circunstancia reside el motivo para que las relaciones sexuales se hagan menos frecuentes en parejas de casados o concubenarios porque en ellas no puede haber la euforia y la tranquilidad requeridas por los diversos actos de la función reproductora. Por este solo concepto se justifica toda terapéutica para combatirla en las mujeres y rehabilitar a éstas en la cama y en las relaciones sociales, que de temor de que se sienta el mal olor se van recortando hasta llegar al aislamiento, fuera de la posibilidad de que la infección se remonte y se localice en el endometrio y en los anexos.

Cuando esta infección en el hombre se hace a prepucio cerrado, es decir en sujetos, de fimosis completa, su desaparición se eterniza por la dificultad de efectuar el tratamiento local; lo más práctico es introducir la punta de una jeringa cargada de la solución adecuada por entre el prepucio y el glande y bregar por hacer pequeños lavados; es en estos casos cuando se deplora que entre nosotros los tocólogos no se acostumbren a practicar la circuncisión en el recién nacido, momento en que se hace rápidamente y con una facilidad desconcertante; basta introducir un estilete previamente desinfectado entre el prepucio tratando



de deslizarlo suavemente sobre la cabeza del glande de modo que se desprenda la adherencia congénita y cuando ya se sienta que la punta ha llegado al rodete, se remanga la piel con lo cual se descubre la extremidad del pene; basta entonces ponerle un poco de aceite gomenolado e indicarle a la madre que repita la maniobra durante varios días; es procedimiento muy usado por los polacos quienes se preocupan de esto tanto como de la ligadura del cordón. Ensáyenlo y harán de este modo un doble beneficio. Es profilaxia quirúrgica que, como la de las enfermedades infecciosas, todo médico debe iniciarla.

Cuando las lesiones de que hemos venido hablando ocurren en varones o mujeres ya de edad avanzada, no puede prescindirse de ordenar al laboratorio la búsqueda del tenor de la glucosa en la sangre y en la orina porque muchas ocasiones es la manera como la diabetes va haciendo su aparición discreta: son las diabetes oligosintomáticas que se tratan al revés porque se ignora que la hiperglucostia preside casi siempre la sintomatología clásica: excoriaciones en la boca, en los genitales, prurito etc. etc.

## V

A continuación se resume una historia clínica de herpes recidivante con manifestaciones simultáneas en los genitales y en las mucosas bucales y superficie lingual. De Mayo de 1955 hasta hoy ha presentado siete episodios agudos que han requerido incapacidad para trabajar de ocho a quince días en cada ocasión. Como antecedentes generales ofrece una hepatitis infecciosa que evolucionó en cinco semanas, una nefritis aguda de pocos días y muy a menudo síndromes gástricos de tipo **indigestión**. Los exámenes de laboratorio como serología y directo de las ulceraciones han sido siempre negativos; el hemograma presenta cifras dentro de lo normal, aunque con una ligera hipoglobinemia y una eosinofilia de mediana intensidad. El coprograma ha sido negativo por varias ocasiones. Pues bien: este señor sin causa ninguna aparentemente sindicable, estando en plena salud y en algunas veces ayuno de relaciones sexuales, siente los síntomas premonitores de ardor, como si le echaran agua caliente, en sus genitales, se enrojecen el glande y el prepucio, el dolor se localiza y hace su aparición una pequeña vesícula que se rompe rápidamente dejando una excoriación; el edema continúa en aumento notorio de modo que el, balano y el prepucio crecen en su parte inferior, dejando englobado el frenillo entre dos zonas de hinchazón dando el aspecto de un labio leporino e imitando la forma del capullo de algunos animales como el caballo o el burro. El enfermo, fuera del intenso dolor



y de las dificultades para manejar la verga en los actos de mioción y en los intentos de erección, siente la depresión tan grande de todas las eideopatias, la humillación y la vergüenza de ver en condiciones tan deplorables sus partes pudendas. Estas lesiones no permanecen acantonadas únicamente en el pene sino que se han extendido al escroto en el cual han formado superficies endurecidas como si fueran placas de eczema crónica. Al mismo tiempo, casi simultáneamente aparecen lesiones semejantes en la boca, especialmente en la lengua que presenta sus bordes ligeramente saburrales y una figura ovalada en la parte central, adelante de la zona papilar, de color rojo que da la impresión de haber sido adrede: despulida; es lisa como la que ofrecen los tifóidicos cuando se les limpia manualmente la saburra y las fuliginosidades habituales formadas en días anteriores; casi sangrante, no duele espontáneamente mucho pero sí con el contacto de los alimentos, los cuales tienen que ser líquidos o en papilla porque los movimientos de insalivación y masticación son causa inmediata de sufrimientos; hay sialorrea mediana; su aparición es tan rápida que en cuestión de horas se forma la zona roja en contraste con las partes sanas, circunstancia que obliga al paciente a presentarse pronto al médico. Analizando esta sintomatología y el proceso de aparición de las modificaciones de la lengua, se llega al diagnóstico de glositis de MOELLER, aun cuando no puede negarse la semejanza que muestra con otros tipos de glositis como los llamados geográfica y exfoliativa marginada; sin embargo, en la de Moeller la sensibilidad al dolor es exquisita por la característica inflamatoria que conduce al paciente a prescindir de muchos alimentos que llega casi a la inanición por temor. Se ignora la etiología de estas glositis: para Engmann y Weis esta lengua tiene relaciones con las enfermedades del paradentio porque en un caso coincidía con piorrea alvéolo-dentaria cuyo tratamiento hizo desaparecer las alteraciones linguales; la lengua geográfica es de etiología muy oscura pareciendo afección puramente familiar que se presenta en adultos y en niños; la lengua en **pliegues o lengua plicata** parece ser muy propicia para que en ella aparezcan los islotes que imponen la comparación con cartas geográficas que algunos han denominado como lenguas en **archipiélago**, pudiendo ser una fase inicial de este último tipo. Detrás de todas estas modificaciones de la superficie lingual puede ocultarse la acción solapada de gérmenes que como comensales viven en la boca o las fauces y que aprovechan las circunstancias desfavorables para el organismo a fin de precipitar las modificaciones tejidulares.

Vale la pena meditar en la frecuencia con que coinciden o se suceden los procesos de las mucosas bucales y de la garganta con los ge-



nitales como si hubiera una relación irrompible entre los órganos de una y otra región; los especialistas de órganos de los sentidos tienen a su disposición un campo vastísimo para estas investigaciones en que el enlace de procesos diferentes debe obedecer a causas que aún permanecen en la oscuridad o que no se han alumbrado con la observación desprevenida. Muchos casos de enuresis se relaciona con anomalías de la garganta en donde las amígdalas pueden ser sitio de partida para reflejos que desencadenan el mecanismo de la micción durante el sueño; hay casos de cistitis en que la influencia de estas últimas formaciones linfoides es el factor responsable cesando la sensibilidad de la mucosa vesical con la terapia curativa de aquéllas. Para ningún médico general es misterio las relaciones del molimen menstrual o del período catamenial con la patología de la garganta ni sorprenden tampoco las relaciones entre el órgano del olfato con las funciones genitales. En los animales este sentido es el que guía al macho a buscar la hembra que se encuentra en las épocas de celo y aun cuando sea a grandes distancias la busca y la encuentra: es una manifestación de lo que es la lucha por la conservación de la especie. Y en los aberrados sexuales de una u otra calaña, el sentido del olfato adquiere un desarrollo superior al de los de sexualidad normal, quizá para facilidad de la selección.

Como criterio para el diagnóstico se tuvo en cuenta lo siguiente: para el **herpes** la aparición sin contacto sexual reciente o pocas horas después, rara vez, cuarenta y ocho; el inicio con ardor de quemadura seguido poco después de la aparición de la vesícula que al romperse forma la ulceración, febrícula muy a menudo y repetición tan frecuente que el paciente se atemoriza y desea que en cada vez se ordenen exámenes que esclarezcan la causa y encaucen el tratamiento por vías de curación definitiva; la ayuda del laboratorio es ninguna porque la negatividad en exámenes directos de la lesión se reitera para lúe y Ducrey y tricomonas. Hay veces que la coincidencia con **fuegos** en otras partes zanja la dificultad. Para las **aftas**: dolor tolerable, lesiones ulcerosas de bordes regulares con unto diftericoide y a veces adenopatía regional. El laboratorio denuncia raras veces cocos banales, estafilos y en cultivos algunos hongos

**En las moniliasis** hay que tener en cuenta el antecedente de la antibioterapia intensa o la concurrencia con ésta, la observación simultánea en personas de distinto sexo y de relaciones frecuentes, la aparición al mismo tiempo de manifestaciones cutáneas y mucosas semejantes a las del muguet que tienen como signo predominante el prurito intenso y continuo. El tratamiento de prueba en estos últimos casos lo da el empleo del nistatim o productos similares en dosis de 500 miligramos al día

que hace desaparecer tales lesiones como por encanto. En la tricomoniasis, el examen directo con el hallazgo del parásito, la fetidez de la sanies y el dato de las relaciones sexuales en coincidencia de lesiones y síntomas similares.

### BIBLIOGRAFIA

- Dermatologie. J. DARIER. Derniere édition. Masson & Cia. Editeurs. Paris.  
Enfermedades de la piel. J. H. Sequeira. Editorial Gustavo Gili. S. A. Barcelona.  
Hojas dermatológicas. Revista Roche.  
Manual de Diagnóstico Etiológico. G. Marañón. Última Edición.  
Práctica Médico Quirúrgica. (P.M.C.). F. Allard. Bach, Bauer y otros, Apéndice, Masson & Cie Revista de la casa Squibb. Números del año de 1957.



## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA QUE SE DESARROLLARÁN EN EL AÑO LECTIVO DE 1959, DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE

### CALENDARIO:

Enero 12	Lunes	Iniciación del trabajo en la Secretaría.
Enero 13	Martes	Preparación de listas, tarjetas, etc. para el examen de Selección a los aspirantes al primer curso.
Enero 14	Miércoles	Primer examen de selección a los aspirantes del primer curso y exámenes de habilitación y supletorios.
Enero 26	Lunes	Resultados de las pruebas de selección a los aspirantes al primer curso y empiezan las matrículas para los demás cursos.
Enero 29 al 31		Días para las matrículas del primer curso.
Febrero 2	Lunes	Inauguración del año lectivo e iniciación de las clases.
Marzo 16 al 20		Ejercicios Espirituales. En estos días no se suspenden las clases; las pláticas serán en el Auditorio de la Facultad a las 6 pm.
Marzo 19	Jueves	Fiesta de guarda. San José.
Marzo 22 al 29		SEMANA SANTA.
Marzo 30	Lunes	Iniciación nuevamente de las clases después de la Semana Santa.
Abril 13 al 17		Presentación de las pruebas parciales, de las materias semestrales.
Mayo 1o.	Viernes	Fiesta Nacional. Día del trabajo.

Mayo 4 al 9	Tiempo hábil para los exámenes de la primera prueba parcial de las materias anuales.
Mayo 7 Jueves	Fiesta de Guarda. Ascensión del Señor.
Mayo 28 Jueves	Corpus Christi. Fiesta de Guarda.
Junio 5 Viernes	Fiesta de Guarda y Nacional. Sagrado Corazón.
Junio 8 al 13	Presentación de los exámenes finales de las materias semestrales.
Junio 15 Lunes.	Iniciación de las clases de las materias correspondientes al segundo Semestre.
Junio 29 Lunes	Fiesta de guarda. Sn. Pedro y Sn. Pablo.
Julio 20 Lunes	Fiesta Nacional. Empiezan las vacaciones de medio año.
Agosto 7 Viernes	Fiesta Nacional.
Agosto 10 Lunes	Iniciación de las clases después de las vacaciones de medio año.
Agosto 15 Sábado	Fiesta de Guarda. Asunción de Nuestra Señora.
Agosto 27 al 29	Presentación de la única prueba parcial de las materias del segundo semestre.
Spbre. 9 al 11	Presentación de la segunda prueba parcial de las materias anuales.
Octubre 9- 10 y 11	FIESTAS UNIVERSITARIAS.
Octubre 12 Lunes	Fiesta Nacional. Fiesta de la Raza.
Octubre 31 Sábado	Terminación de los programas de clases.
Noviembre 2 Lunes	Empiezan los exámenes finales.



Noviembre 11 Miércoles

Fiesta Nacional. Independencia de Cartagena.

Noviembre 28 Sábado

Terminación del Año lectivo.

---

### ANOTACIONES:

CADA MES TIENE LOS SIGUIENTES DIAS HABLES:

	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
Febrero .... ..20	Febrero .... ..20	Junio .... ..12
Marzo .... ..16	Marzo .... ..16	Julio .... ..13
Abril .... ..22	Abril .... ..22	Agosto .... ..16
Mayo .... ..18	Mayo .... ..18	Septiembre .... ..22
Junio .... ..21	Junio .... .. 4	Octubre .... ..23
Julio .... ..13		
Agosto .... ..16	Total .... ..80	Total .... ..86
Septiembre .... ..22	Exámenes .... .. 5	
Octubre .... ..23		
Total .. ..171		
	85	

## PENSUM DE HORARIO PARA 1959

### PRIMER CURSO

MORFOLOGIA, así

Anatomía Macroscópica .....	7 a 10 a.m.	Anual
Histología y Embriología .....	10 a 12 m.	Anual

**Tarde:**

**Hasta Junio 1o.**

Introducción a la Química Biológica:

a). Teoría .....	4 a 5 p.m.
b). Práctica, dos sesiones semanales .....	2 a 4 p.m.

Biología y Genética:

a). Teoría .....	5 a 6 p.m.
b). Práctica, dos sesiones semanales .....	2 a 4 p.m.

**De Junio 1o. en adelante:**

**BIOQUIMICA**

Teoría y práctica .....	2 a 6 p.m.
-------------------------	------------

### SEGUNDO CURSO

**Mañana:**

Fisiología. (Teórica y práctica) ..	7 a 11 a.m.	Anual
Psicología Médica .....	11 a 12 m.	Primer Semestre
Bioestadística .....	11 a 12 m.	Segundo Semestre

**Tarde:**

Bacteriología .....	2 a 6 p.m.	Primer Semestre
Parasitología .....	2 a 6 p.m.	Segundo Semestre



## TERCER CURSO

Ver cuadros especiales para la distribución de grupos y horarios.

Cursa las siguientes asignaturas:

Medicina Interna Primero-(Teoría y Práctica). ....		Anual
Anatomía Patológica (Teoría y Práctica)		Anual
Farmacología ....		Segundo Semestre
Psicopatología — Conferencias		
Martes y Jueves ....	7 a 8 a.m.	Anual
Medicina Preventiva - Introducción. Una conferencia semanal. (Miércoles) ....	10 a 11 a.m.	

## CUARTO CURSO

Ver cuadros especiales para la distribución de horarios.

### La mitad del grupo:

Medicina Interna II ....	Plan especial de "Trabajo Hospitalario".
Pediatría. -Fundamentos Básicos.	Lunes y Viernes de 5 a 6 p.m.-Anual.

### La mitad del grupo:

Medicina Interna ....	7 a 8 a.m.
Psiquiatría (teoría y práctica) ....	8 a 11 a.m.
Ortopedia. (teoría) ....	11 a 12 m.
Ortopedia. (práctica) ....	2 a 4 p.m. Martes, Miércoles, Jueves.
Pediatría - Fundamentos Básicos..	5 a 6 p.m. Lunes y Viernes
Medicina Preventiva (teoría) ....	2 a 5 p.m. Lunes y Viernes
Medicina Preventiva (práctica) ..	4 a 6 p.m. Martes, Miércoles, Jueves.

En el segundo semestre se invierten los grupos.

## QUINTO CURSO

### Mañana:

Medicina Interna III ....	7 a 9 a.m.	Anual
Pediatría ....	9 a 11 a.m.	Anual
Clínica Neurológica (medio grupo)	11 a 12 m.	Semestral
Clínica Organos de los Sentidos. (medio grupo) ....	11 a 12 m.	Semestral

Se invierten los grupos en el segundo semestre.

### Tarde:

Clínica Ginecológica ....	3 a 6 p.m.	Semestral
Clínica Obstétrica. (primera parte)	3 a 6 p.m.	Semestral

Los grupos se turnarán por semestres.

## SEXTO CURSO

### Mañana:

Clínica Quirúrgica ....	7 a 9 a.m.	Anual
Clínica Urológica ....	9 a 10 a.m.	Primer Semestre
Medicina Legal ....	10 a 11 a.m.	Primer Semestre
Deontología Médica ....	11 a 12 m.	Primer Semestre

### Tarde:

Clínica Obstétrica

Externado, turnos nocturnos, y una sesión académica semanal, según reglamentación especial. — **Primer Semestre.**

### Segundo Semestre:

Clínica Quirúrgica .... 7 a 9 a.m.

Se inicia el Internado, el cual deberá ser de 18 meses por alumno, con un período mínimo de seis (6) meses de internado en un Hospital Regional.



## OBSERVACIONES:

- En el Primer Año:** No hay cambio. Se reglamentan mejor las prácticas de Biología.
- En el Segundo Año:** No hay cambio.
- En el Tercer Año:** No hay cambio substancial. Para coordinar mejor el plan de Medicina Interna, de trabajo Hospitalario, se modifican un poco los horarios. Se añade un curso de dos (2) horas semanales de Psicopatología, —intermediario entre la Psicología Médica de Segundo y la Psiquiatría de Cuarto—. Se dará una conferencia semanal de Medicina Preventiva como introducción al curso en Cuarto Año.
- En Cuarto Año:** Al implantar el nuevo sistema de enseñanza de la Medicina Interna, de "Trabajo Hospitalario", se redistribuyen completamente los horarios, dividiendo el Curso en dos grupos: Un grupo que hace el nuevo programa de Medicina Interna, y el otro que hace el resto del programa del curso.
- En Quinto Año:** No hay cambio.
- En Sexto Año:** Se reinicia el estudio de la Medicina Legal, aplazada anteriormente para este curso. Se cursará la Deontología Médica. Se inicia el período de 18 meses de Internado.
-

# INDICE DE AUTORES

Año 1958.

“Antioquia Médica” Órgano de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina de Medellín.

## VOLUMEN 8

### A

Vol. No. Pág.

- Acosta R., Luzmila.—Ergoterapia. (Hospital Mental de Antioquia) ..... 8...9-10...370
- Arbeláez M., Luis Germán.—Estudio Clínico-Estadístico de las Meningitis en el Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín con especial referencia a la Meningitis Tuberculosa ..... 8.....2.....63

### B

- Botero Ramos, David.—Tratamiento de preferencia en las Parasitosis Intestinales comunes en Colombia ..... 8.....2.....78
- Botero Ramos, David.—Nutrición y Parasitismo Intestinal. (Extracto) ..... 8.....3.....132
- Botero Ramos, David.—Amibiasis y Parasitosis en el Hospital Mental de Antioquia ..... 8...9-10...431
- Botero R., Luis.—Estados Infratuberculínicos consecutivos a vacunaciones diversas. (Fenómeno de Medina). (Tesis de Grado) ..... 8.....7-8...305

### C

- Cano A., Hernán.—Dos Casos de Meninococcemia con Síndrome de Waterhouse-Friderichsen observados en el Hospital Mental de Antioquia .... 8...9-10...424
- Cano A., Hernán.—Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hospital Mental de Antioquia ..... 8...9-10...431
- Camacho Gamba, Jorge.—Discurso pronunciado en el 71 Aniversario de la Academia de Medicina de Medellín ..... 8...9-10...450



	Vol.	No.	Pág.
Constantine, David.—Internado para Médicos en Estados Unidos .....	8.....	5.....	241

## D

De la Llata, Manuel.—VIII Congreso Nal. de Tuberculosis y Silicosis (Noticias) .....	8.....	7-8.....	358
Díez, Augusto.—Ergoterapia. (Hospital Mental de Antioquia) .....	8.....	9-10.....	370
Dunlap Charles E.—Su Porvenir como Patólogo. (Extractos) .....	8.....	5.....	226

## E

Echeverri G., Ivar.—Queratoplastias. (Hosp. Mental de Antioquia) .....	8.....	9-10.....	421
--	--------	-----------	-----

## F

Frye, William W.—Nutrición y Parasitismo Intestinal (Extracto) .....	8.....	3.....	132
--	--------	--------	-----

## G

Gaitán Yanguas, Mario.—Cartas a la Dirección (Noticias) .....	8.....	9-10.....	480
Giraldo H., Mario.—Estados Infratuberculínicos consecutivos a vacunaciones diversas. (Fenómeno de Medina). (Tesis de Grado) .....	8.....	7-8.....	305
Guzmán A., Absalón.—Radioneumopelvigrafía en Ginecología y Obstetricia .....	8.....	6.....	247

## I

Isaza Mejía, Gustavo.—El Microscopio a contraste de fases en Ginecología .....	8.....	3.....	109
--	--------	--------	-----

## L

López, Federico.—Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hospital Mental de Antioquia .....	8.....	9-10.....	431
--	--------	-----------	-----

	Vol.	No.	Pág.
Latorre R., Guillermo.—Exámenes de Tipo Objetivo para Estudiantes de Medicina. (Editorial) ....	8.....	5.....	203
Londoño L., Rodrigo.—Las Epilepsias Originadas en el Lóbulo Temporal ....	8....	9-10....	408

### M

Mejía Cálad, Alfonso.—El Hospital Sanatorio "La María" en cifras ....	8.....	6.....	289
Morales Tobón, Alberto.—Cómo se gestó el Hospital Mental de Antioquia y quiénes fueron sus Gestores ....	8....	9-10....	367

### O

Ochoa Mejía, Marcos.—Mortalidad Perinatal. (Tesis de Grado).....	8.....	1.....	2
--	--------	--------	---

### P

Palacio del Valle, Gustavo.—Estudio Clínico-Estadístico de las Meningitis en el Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín con especial referencia a la Meningitis Tuberculosa ....	8.....	2.....	63
Pérez Upegui, Pablo.—Resumen del Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría ....	8....	9-10....	439
Posada G., Luis Carlos.—Informaciones generales sobre el Hospital Mental de Antioquia ....	8....	9-10....	359
Posada G., Luis Carlos.—Estudio Comparativo entre la Lobotomía Prefrontal Bilateral de Poppen y la Lobotomía Bimedial ....	8....	9-10....	397

### R

Restrepo, José Miguel.—Apuntes sobre Diabetes Senil o de los viejos ....	8.....	3.....	118
Restrepo, José Miguel.—Comentarios sobre Patología del Hambre ....	8.....	5.....	208
Restrepo Mesa, Alberto.—Observaciones sobre Paludismo y su Diagnóstico por el Método de la Concentración Fagocitosis. (Tesis de Grado) ....	8.....	4.....	149



	Vol.	No.	Pág.
Restrepo M., Horacio León.—Psicopatología general de Karl Jaspers .....	8...	9-10...	379
Robledo Restrepo, Oscar.—La Reserpina en 200 enfermas del Hospital Mental de Antioquia .....	8...	9-10...	402
Rodríguez R., Leonidas.—El Microscopio a Contraste de Fases en Ginecología .....	8.....	3.....	109

### T

Turó, Pedro.—La Función Aperceptiva del Lóbulo Temporal .....	8...	9-10...	414
---	------	---------	-----

### U

Uribe Cálad, Lázaro.—Casas para Alienados Mentales.	8...	9-10...	364
---	------	---------	-----

### V

Vélez Restrepo, Gabriel.—Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hospital Mental de Antioquia .....	8...	9-10...	431
--	------	---------	-----



## INDICE DE MATERIAS

**“Antioquia Médica”** Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina de Medellín.

### VOLUMEN 8

#### A

	Vol.	No.	Página
Academia de Medicina. - Dignatarios para 1958 .....	8.....	1.....	1
Academia de Medicina. - Resolución (Fenómeno Medicina) .....	8....	9-10....	450
Academia de Medicina - Discurso pronunciado en la sesión solemne del Aniversario de la Fundación de la Academia por el Dr. Jorge Camacho Gamba .....	8....	9-10....	450
Amibiasis y Parasitosis Infantil en el Hosp. Mental de Antioquia. (David Botero Ramos) .....	8....	9-10....	431
Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hosp. Mental de Antioqui. (Hernán Cano A.) .....	8....	9-10....	431
Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hosp. Mental de Antioquia. (Federico López) .....	8....	9-10....	431
Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hosp. Mental de Antioquia. (Gabriel Vélez R.) .....	8....	9-10....	431
Apuntes sobre Diabetes Senil o de los viejos (José Miguel Restrepo) .....	8.....	3.....	118

#### B

Boletín No. 66 (Activ. Facultad) .....	8.....	2.....	100
Boletín No. 67 (Activ. Facultad) .....	8.....	3.....	136
Boletín No. 68 (Activ. Facultad) .....	8.....	4.....	193
Boletín No. 69 (Activ. Facultad) .....	8.....	5.....	234
Boletín No. 71 (Activ. Facultad) .....	8....	9-10....	471
Boletín de la Secretaría de Higiene y Salud Pública ..	8.....	3.....	147

#### C

Casos de Meningococcemia con Síndrome de Waterhouse-Friderichsen observados en el Hosp. Mental de Antioquia, Dos. (Hernán Cano A.) .....	8....	9-10....	424
Cartas a la Dirección. (Noticias) (Mario Gaitan Y.) ...	8....	9-10....	480
Casas para Alienados Mentales. (Lázaro Uribe C.) ...	8....	9-10....	364



	Vol.	No.	Pág.
Comentarios sobre Patología del Hambre. (José Miguel Restrepo) .....	8	5	208
Cómo se gestó el Hospital Mental de Antioquia y quiénes fueron sus Gestores. (Alberto Morales Tobón) .....	8	9-10	367

## D

Discurso pronunciado en el 71 aniversario de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín. (Jorge Camacho Gamba) .....	8	9-10	450
Dos casos de Meninococemia con Síndrome de Waterhouse-Friderichsen observados en el Hosp. Mental de Antioquia). (Hernán Cano A.) .....	8	9-10	424

## E

Ergoterapia. (Hosp. Mental de Antioquia.) (Luzmila Acosta R). ....	8	9-10	370
Ergoterapia. (Hosp. Mental de Antioquia.) (Augusto Diez) .....	8	9-10	370
El Microscopio a contraste de fases en Ginecología (Gustavo Isaza Mejía) .....	8	3	109
El Microscopio a contraste de fases en Ginecología (Leonidas Rodríguez R.) .....	8	3	109
El Hospital Sanatorio. "La María" en cifras. (Alfonso Mejía Cálad) .....	8	6	289
Estudio Clínico-Estadístico de las Meningitis en el Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín con especial referencia a la Meningitis Tuberculosis. (Luis Germán Arbeláez M.) .....	8	2	63
Estudio Clínico-Estadístico de las Meningitis en el Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín con especial referencia a la Meningitis Tuberculosis. (Gustavo Palacio del Valle) .....	8	2	63
Estudio Comparativo entre la Labotomía Prefrontal Bilateral de Poppen y la Lobotomía Bimedial. (Luis Carlos Posada G.) .....	8	9-10	397

Estados Infratuberculínicos consecutivos a vacunaciones diversas. (Fenómeno de Medina). (Tesis de Grado) (Luis Botero R.)	8.....7-8.....305
Estados Infratuberculínicos consecutivos a vacunaciones diversas. (Fenómeno de Medina). (Tesis de Grado) (Mario Giraldo H.)	8.....7-8.....305
Exámenes de Tipo Objetivo para Estudiantes de Medicina. (Editorial). (Guillermo Latorre R.)	8.....5.....203

## I

Informe Estadístico del movimiento asistencial y los trabajos científicos ejecutados durante el año en el Hosp. San Vicente	8.....3.....144
Informaciones generales sobre el Hospital Mental de Antioquia. (Luis Carlos Posada G.)	8.....9-10.....359
Informe Especial. (Activ. Facultad)	8.....5.....233
Internado para Médicos en Estados Unidos. David Constantine	8.....5.....241

## L

La Reserpina en 200 enfermas del Hospital Mental de Antioquia. (Oscar Robledo Restrepo)	8.....9-10.....402
La función Aperceptiva del Lóbulo Temporal. (Pedro Turó)	8.....9-10.....414
Las Epilepsias Originadas en el Lóbulo Temporal. (Rodrigo Londoño L)	8.....9-10.....408

## M

Médicos graduados en la Facultad con sus fechas y temas de Tesis. (Activ. Facultad)	8.....2.....90
Mortalidad Perinatal. (Marcos Ochoa Mejía) (Tesis de Grado)	8.....1.....2

## N

Nutrición y Parasitismo Intestinal. (Extracto) (Frye William W.) (Traducción David Botero Ramos).	8.....3.....132
---	-----------------



O

Observaciones sobre Paludismo y su Diagnóstico por el método de la Concentración Fagocitosis. (Tesis de Grado). (Alberto Restrepo Mesa).	8.....4.....149
--	-----------------

P

Pénsum y Horario para 1958. (Activ. Facultad).	8.....2.....96
Psicopatología general de Karl Jaspers. (Horacio León Restrepo M.)	8....9-10....379
Programa para el primer semestre en Depto. de Medicina Preventiva	8.....1.....54

Q

Queratoplastias. (Hosp. Mental de Antioqu.) (Ivar Echeverri G.)	8....9-10....421
---	------------------

R

Radioneumopelvigrafía en Ginecología y Obstetricia. (Absalón Guzmán A.)	8.....6.....247
Resumen del Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría. (Pablo Pérez Upegui)	8....9-10....439

S

Su porvenir como Patólogo. (Extract.) (Charles E. Dunlap)	8.....5.....226
---	-----------------

T

Tratamiento de preferencia en las Parasitosis Intestinales comunes en Colombia. (David Botero Ramos)	8.....2.....78
--	----------------

V

VIII Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis (Noticias. (Manuel de la Llata)	8.....7-8....358
--	------------------