

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, MARZO DE 1952 — NUMERO 6

Continuación de «BOLETIN CLINICO» y de «ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA»

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

Organo de la Facultad y la Academia de Medicina y de la Asociación Médica Antioqueña.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

CONSEJO DE REDACCION

Prof. Alfredo Correa Henao, M. D.
Director.

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad de Medicina
de la U. de A.

Prof. Eugenio Villa Haeusler
Presidente de la Academia de Medicina
de Medellín.

Dr. Gabriel Zapata L.
Presidente de la A. M. A.

Dr. Alonso Restrepo

Dr. Marco A. Barrientos M.

Dr. Oriol Arango

Dr. Julio Tobón

Sres. Pelayo Correa V. y

William Rojas M., Estudiantes de Medicina.

Margarita Hernández B.,
Administrador.

«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.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38

SUMARIO:

EDITORIAL

Página

Discurso del Sr. Decano en la inauguración del Curso de Tisiología 377

Discurso del Dr. Rafael J. Mejía en la inauguración del Curso de Tisiología 378

TRABAJOS ORIGINALES

Las Tiroiditis Dr. Aristides García Torres 382

Historia de la Medicina en Manizales Dr. Alfonso Bonilla Naar 387

RESUMEN DE CONJUNTO

Ictericias Dr. Tomás Quevedo G. . 392

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Nueva Mesa Directiva para el año de 1.952 405

Alocución del Dr. A. Correa Henao al tomar posesión de la Presidencia de la Academia para el año de 1.952 405

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 13 407

Cátedra de Tisiología 413

Alumnos de la Facultad de Medicina graduados en 1.951 419

NOTICIAS

El Senado de la República honra la memoria del Dr. Gil J. Gil 422

El Senado de la República señala «Día Panamericano del Médico», la fecha natalicia del Dr. Carlos Finlay 423

Decreto por el cual se crea la Liga Colombiana contra el Cáncer. 424

Proyecto de ley por la cual se reglamenta el ejercicio de la medicina y cirugía en el país 425

Aspiraciones del estudiantado colombiano 436

Conferencia Internacional sobre Enseñanza Médica 437

Escuela de Médicos Legistas en Colombia 438

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN Y
DE LA ASOCIACION MEDICA ANTIOQUEÑA.

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, MARZO DE 1952. — NUMERO 6.

EDITORIAL

DISCURSO DEL SR. DECANO EN LA INAUGURACION DEL CURSO DE FISIOLOGIA

Señores:

Esta modesta ceremonia que hoy nos congrega, es de un profundo significado para la Medicina Colombiana, y representa un peldaño más que la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, conquista dentro del ambicioso ritmo ascensional que la anima, gracias al decidido apoyo brindado por el Gobierno Departamental.

Convencidos de nuestra "mayoría de edad", no sólo en organización sino en personal Docente, y material de enseñanza, iniciamos hoy el primer curso de especialización Médica que se dicta en la historia de Antioquia, y posiblemente del país. Por ello esta fecha del 18 de febrero de 1952 hace parte ya de nuestra historia.

El éxito que hemos logrado con este curso no nos deja satisfechos, y por el contrario sólo hace estimular nuestra ambición y animarnos a iniciarlos en otras especialidades. Ojalá podamos anunciar dentro de poco los cursos de Pediatría, para continuar luego con los de Obstetricia, Medicina Interna, etc.

Cree la Universidad que es así como se hace patria. Siendo Colombia un país Tropical, y habiendo la Medicina conquistado la completa redención para sus tierras haciendo de ellas con excelente higiene, un ambiente no solamente igual sino superior a las zonas templadas, para el desarrollo de las razas humanas. Por eso la elevación de nuestro país hacia niveles de alta cultura tiene necesariamente que ser orientada y dirigida por la Medicina, y por ello siempre he creído que el futuro de Colombia descansa en las nuevas generaciones Médicas.

La tuberculosis por ejemplo es en la actualidad una enfermedad doblegada por la ciencia, y si en Colombia causa estragos tan aterra-

dores es por nuestra culpa. Corresponde a vosotros, futuros Tisiólogos, redimir nuestro pueblo de su dominación, y quizás darle a mal tan asolador la derrota final.

Al declarar oficialmente instalado este curso de Tisiología, rindo en nombre de la Universidad de Antioquia público agradecimiento al distinguido Profesor Dr. Rafael J. Mejía, y a sus distinguidos colaboradores; presento mi efusivo saludo a todos mis colegas-estudiantes que tienen tan buena fortuna de iniciarse en tan bella especialidad con tan buenos augurios, y hago votos por el éxito del curso.

He dicho.

Medellín, febrero 18/52.

DISCURSO DEL DR. RAFAEL J. MEJIA EN LA INAUGURACION DEL CURSO TISIOLOGIA

Señor Secretario de Higiene Dptal.

Señor Rector de la Universidad de Antioquia,

Señor Decano de la Facultad de Medicina.

Distinguidos colegas y apreciados compañeros:

Fuerza es que esta primera conferencia con la cual iniciamos el Curso de Tisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, tenga las características de un discurso académico, ya que este hecho, por demás saliente en los anales de la Medicina antioqueña, ha querido ser sacado de los hechos comunes para darle la importancia que se merece.

Fué con ocasión de la 5a. Conferencia Nal. de la Tuberculosis, cuando el Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia resolvió crear la Cátedra de Tisiología y señaló para tan alto honor a quien en este momento cumple con el deber de iniciar esta Cátedra que, con el tiempo, habrá de ser memorable.—Honor ímmeritado que he aceptado con la mayor complacencia porque sé que con ello no se hace más que corresponder al esfuerzo tesonero que en todos los momentos de la vida hemos querido desarrollar en favor de los tuberculosos, con la ayuda entusiasta de eminentes tisiólogos que son hoy orgullo de la patria.— En este momento yo sólo soy un símbolo porque en mi persona se reflejan todos aquellos que en una forma o en otra han venido, conmigo, haciendo una labor meritoria.

Para este Hospital de La María es también un orgullo singular poder presentarse dignamente y con todas las comodidades necesarias para desarrollar científicamente el curso que hoy se inicia.

Para quienes hemos visto la trayectoria del Hospital de La Ma-

ría, desde aquella época en que sólo se recibían enfermos de la ciudad de Medellín y tenía un cupo de 80 camas, hasta ahora que lo vemos transformado en un hospital-sanitario al servicio de toda la República, con un cupo superior a 500 enfermos y con un equipo médico bien preparado, este hecho constituye una de las mayores satisfacciones que podamos experimentar en la vida.

Nuestro Hospital abre sus puertas, no sólo a los colegas de Antioquia, sino a todos los de Colombia, para que puedan venir a recibir una enseñanza científica en la rama de la Tisiología, que los capacite para cumplir el hermoso apostolado que corresponde a quienes hemos abrazado con dignidad esta rama de la medicina.

Nos proponemos desarrollar este curso en la siguiente forma:

El personal de médicos deberá asistir todos los días por la mañana al Hospital, o al Dispensario Antituberculoso Central, o a la Sección Epidemiológica, de acuerdo con distribución especial del trabajo; pero además de esta práctica diaria, habrá conferencias sobre diversos temas y de acuerdo con el programa elaborado y aprobado por el Decanato de la Facultad de Medicina, tres días en la semana —lunes, miércoles y viernes—.

Colaborarán en estas conferencias en su calidad de Profesores Agregados: El Dr. Alfonso Mejía Cálad, Sub-Jefe del Hospital de La María, el Dr. Luis C. Montoya, Médico Ayudante del mismo Hospital; el Dr. Eduardo Abad Mesa, Director del Dispensario Antituberculoso Central; el Dr. Edmundo Medina M., Director del Dispensario Infantil; el Dr. Luis C. Yepes, Médico del Hospital La María, y el Dr. Fabio Vélez, Jefe del Laboratorio de Exploración Funcional del Hospital La María. Además de este personal al servicio de la Campaña Antituberculosa, distinguidos especialistas, tales como los Dres. Bernardo Jiménez, Elkin Rodríguez, Antonio Rodríguez Pérez, Alfredo Correa Henao, Carlos Vásquez Cantillo, Gustavo Escobar Restrepo, Ernesto Bustamante, Ignacio Vélez, Jorge López de Mesa, Marcos Barrientos, Gabriel Jaime Villa y Alfonso Velásquez, desarrollarán temas en los cuales la tuberculosis se relaciona con sus distintas especialidades.

Nos proponemos crear un laudable intercambio con las demás Facultades de la República y en cuanto sea posible, del exterior.

Como recompensa al esfuerzo que hagan los médicos que hoy inician este curso, tenemos pensado dar a ellos las becas que nos fueron ofrecidas por los eminentes Tisiólogos suramericanos que asistieron a la 5a. Conferencia Nal. de la Tuberculosis: una beca en Lima, otra en Chile, dos en la Argentina y dos en Uruguay. Con ésto completaremos la formación científica del personal que ahora entra al ramo de la Tisiología.

Hemos querido agregar al Curso de Tisiología algunas tesis so-

bre enfermedades bronco-pulmonares no tuberculosas, con el ánimo de completar mejor la preparación del personal.

De acuerdo con el programa para este curso, me corresponde ahora disertar sobre la tuberculosis como enfermedad social:

No cabe duda que tan terrible mal es una enfermedad social no sólo en sus causas, sino también en sus efectos. Los fuertes difícilmente se enferman; es a los débiles, a los desnutridos, a aquellos que tienen un trabajo superior a sus fuerzas; a los que son víctimas de grandes preocupaciones y a quienes habitan en viviendas antihigiénicas, a quienes más fácil muerde el bacilo de Koch. En ellos el terreno es hábil a la procreación de tan terrible bacilo, y si agregamos a ésto las infecciones endógenas y exógenas, encontramos que siempre hay una causa de debilidad como predisponente al fácil desarrollo de la enfermedad.

Y si tenemos en cuenta los factores económicos, entonces sí que es cierto que la tuberculosis toma las mayores características de mal social, porque exige para su tratamiento sumas cuantiosas y porque, por razón misma del mal, es el reposo, como quien dice, la inacción, una de las condiciones indispensables para conseguir un éxito en el tratamiento. Cada tuberculoso es un problema social, y hasta tal punto llega en muchas ocasiones la magnitud de este hecho, que la parte científica llega a ser nada, para ser todo el papel social. Agreguemos a ésto la indiferencia y sobre todo el temor con que se mira a estos enfermos, aislándolos de todo contacto social y colocándolos en una situación de inferioridad ante los demás, que aniquila su espíritu más que lo que la peste blanca sus vísceras.

Quiero dar algunos datos interesantes sobre tuberculosis:

Tenemos que en 1.950 en la República de Colombia, de 234.324 personas vistas como nuevas, se encontraron 4.923 positivas, lo que da un porcentaje de 2,1.—Si consideramos que la población de Colombia es de 10.000.000 y tomamos el porcentaje anterior, podemos concluir que hay un número aproximado de 210.000 tuberculosos.

En Medellín, en 1.951 se examinaron 27.856 personas, con un total de 513 positivas, lo que da un porcentaje de 1,84%.

De las 84.540 tuberculino-reacciones hechas en 1.950, se encontraron 27.640 positivas, 49.560 negativas y 7.380 sin control, lo que da un porcentaje de un 37,20% de positivas, 58,6 negativas y 8,7 sin control.

Si consideramos que sólo hay en la República un número aproximado de 2.200 camas, ya podremos juzgar, con los datos anteriores, el número ingente de tuberculosos que carecen del beneficio del aislamiento, y si a ésto agregamos que por cada enfermo se considera que hay la posibilidad de la infección de 5 más, el problema toma proporciones descomunales.—Por éso insistimos sobre la necesidad apremiante de au-

mentar el cupo de camas, como el mejor aporte a la lucha antituberculosa.

Otro factor interesante a estudiar en el ramo de la epidemiología y como factor de lucha antituberculosa, es el de la vacunación.—Después de una larga discusión entre partidarios y opositores, fundados éstos en el desastre de Lubec, el Congreso de La Habana, en 1.947, colocó en su punto este interesante factor de la lucha antituberculosa y comprobó hasta la saciedad que no había peligro ninguno en su aplicación.—Convencidos nosotros también de la bondad de la vacunación por el BCG., nos dimos a la tarea de implantarla en Colombia, y nos cabe el honor de haber sido los primeros que la aplicamos, en colaboración con nuestro distinguido compañero, el Dr. Edmundo Medina, en el mes de octubre de 1.943. Hasta el 31 de diciembre de 1.951, la Sección Epidemiológica había vacunado 53.908 niños.

Ahora, valiéndome de la oportunidad de ser no sólo Jefe de la Campaña Antituberculosa en el Departamento, sino también Director Mpal. de Higiene, he querido implantar una vacunación en masa, no ya contra la tuberculosis solamente, sino también contra las demás enfermedades evitables por medio de la vacuna, como la tifoidea, la viruela, la tosferina, la difteria y el tétanos, y me place informar que alrededor de 300 niños están recibiendo semanalmente el beneficio de la vacunación por el BCG., sin contar entre ellos los que son vacunados en el Dispensario Infantil.

También es interesante que se sepa que hasta el año pasado se habían vacunado en Colombia alrededor de 18.000 niños, sin contar a Antioquia.

Antes de terminar, quiero dar algunos datos sobre la manera cómo está planificada la campaña antituberculosa en Colombia:

Es la Ley 27 de 1.947 la que organizó en forma definitiva las distintas ramas de la tuberculosis y creó la División que lleva el mismo nombre.—Al Dr. José Pablo Leyva, actual Jefe de la División de Tuberculosis, se debe la extensión de aquella magnífica legislación.

En Colombia existen actualmente 35 instituciones de diagnóstico, entre unidades móviles, dispensarios y centros epidemiológicos; existen, además, los Hospitales oficiales de Santa Clara en Bogotá, La María en Medellín y Santa Sofía en Manizales, este último inaugurado con motivo de las fiestas centenarias de aquella Capital, y los no oficiales de Amelia en Cúcuta y San Carlos en Bogotá, aunque el primero, según informes, ha sido entregado para la administración oficial.

Finalmente, quiero consagrar como algo especial, el nombre del Dr. Ignacio Vélez Escobar, actual Decano de la Facultad de Medicina, a cuyo dinamismo e inteligencia se debe la creación de esta Cátedra de Tisiología.

Debo agradecer sinceramente la presencia en este acto inaugu-

ral, de distinguidas personalidades de la ciencia médica, que han venido a prestigiar este hecho y a demostrar con ello su adhesión entusiasta y su apoyo a esta valiosa iniciativa, que viene a llenar uno de los grandes vacíos que había en la organización de nuestra Facultad de Medicina.

Contando primeramente con los favores de lo Alto, y con esa irrevocable decisión de trabajo que siempre me han demostrado mis compañeros de la Lucha Antituberculosa, tomo posesión de esta Cátedra, donde aspiro a ser, no sólo un maestro de la Tisiología, sino un ejemplo de dignidad y de decoro.

Medellín, febrero 18 de 1.952.

TRABAJOS ORIGINALES

LAS TIROIDITIS

DR. ARISTIDES GARCIA TORRES

Reina todavía una gran incertidumbre al tratar el problema quirúrgico de las Tiroiditis. Aún, en la última entrega de "Lewis'Practice of Surgery", vemos como William F. Rienhoff, Profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Johns Hopkins-Baltimore—, comete el error, no raro también en la América latina, por cierto, de llamar "struma lymphomatosa" al estruma de Riedel. Y otro tanto sucede con muchos catedráticos del mundo entero, que olvidando el pensamiento de Osler ("Así como es nuestra patología es nuestra práctica"), tienen una gran confusión de clasificación y terminología con respecto a este capítulo interesante de la Clínica quirúrgica.

Clasificación de las tiroiditis.

En cuanto a su evolución clínica, las tiroiditis se dividen en: subagudas y crónicas. E histológicamente en: específicas y b) no específicas.

Las agudas se dividen en: 1) no supuradas y 2) supuradas. La única subaguda aceptada, quirúrgicamente, y comprobada por los estudios histológicos, es la tiroiditis pseudo-tuberculosa o de células gigantes. Entre las tiroiditis crónicas tenemos: las específicas y las no-es-

pecíficas, histológicamente. Las tiroiditis crónicas específicas son: a) la de Hashimoto y b) la de Riedel. De las crónicas no específicas hay unas que pueden ser supuradas, que son verdaderos estados de fistulización crónica.

Tiroiditis agudas.

Puede tratarse del estado inflamatorio agudo de un tiroides anteriormente sano, o bien de un tiroides con coto. En este último caso, de acuerdo con la escuela francesa, deberíamos llamarlas estrumitis agudas.

Estas tiroiditis agudas pueden supurarse o no. La etiología no es definida, específica. Muchos factores infecciosos pueden concurrir en la desencadenación de los síntomas de la enfermedad. Entre otras cosas, de gran importancia los estados infecciosos de las vías respiratorias, principalmente las tonsilitis, gripes, etc.

Además, los estados reumtismales agudos, febriles; los focos sépticos dentarios . . . , enfermedades infecciosas generales, como la fiebre tifoidea, por ejemplo.

Generalmente las tiroiditis agudas se limitan a un solo lóbulo glandular, pero pueden también interesar todo el órgano. Existe anatómo-patológicamente un aumento de vascularización tiroideana, acompañado de infiltración linfocitaria, con hipertrofia e hiperplasia epitelial, hay pequeñas zonas foliculares que contienen una delgada cantidad de coloides y células de descamación epitelial.

Síntomas.—Existe fiebre, con calobrios y leucocitosis. En las formas leves, casi todo el curso de la enfermedad puede ser afebril. El dolor es generalizado al cuello, y no exclusivamente en el tiroides, inclusive puede irradiarse a la cara y región occipital, lo mismo que a los oídos. El dolor se aumenta con los movimientos de la cabeza y de la deglución. El lóbulo glandular afectado se pone duro, es doloroso y agrandado de volumen. A veces hay ronquera, como efecto de un edema laríngeo o parálisis recurrencial. La compresión glandular, por la inflamación, sobre la tráquea puede producir dispnea y tos. Puede haber algo de hipertiroidismo, que en ocasiones persiste por algún tiempo a la inflamación. Cuando se abceda la tiroiditis aguda, y no se abre hacia adelante, el absceso puede vaciarse en el mediastino o en la tráquea, con sus consiguientes consecuencias fatales.

Tratamiento.—Se usarán los antibióticos, chequeando el hemograma blanco y la sedimentación globular. Si hay hipertiroidismo, se usará el propiltiouracilo, el lugol, yodo irradiado, radioterapia, etc. Si es una estrumitis, se practicará en frío la tiroidectomía. En los abscesos, se hará el drenaje.

Tiroiditis subagudas.—Su duración es de semanas o meses: más o menos, tres semanas a 11 meses. Posiblemente es una infección por

virus. Hay un estado febril moderado.

Edad: de los 30 a los 50 años. Sexo, principalmente el femenino.

Anatomía patológica.—Presencia de células gigantes. Invasión difusa del tiroides por un proceso subagudo. Degeneración coloide de algunos folículos. Agrandamiento glandular moderado. Al corte, la glándula es blanca, avascular. Hay infiltración leucocitaria. Existen pocas adherencias glandulares a los órganos vecinos. Nunca se han encontrado bacilos tuberculosos.

Síntomas.—Estado febril. Glándula dolorosa y agradada moderadamente. No hay adherencias a los órganos vecinos (como la traquea, etc.), ni disfonía, disfagia, dispnea.

No hay hipertiroidismo. Evoluciona durante pocas semanas. Se trata comunmente de mujeres. No hay coto (importantísimo de tener en cuenta), por lo tanto no será una estrumitis. Es una infección subaguda, con sedimentación globular casi normal, que tiende a la mejoría espontánea, o cuya curación se acelera con los rayos X. No debe tampoco olvidarse que nunca se absceda.

Tratamiento.—Radioterapia. En ciertos casos sirve el propiltiuracilo, por la degeneración coloide de los folículos. No hace falta el tratamiento quirúrgico. Sólo se ha verificado como biopsia o por equivocación. Cuando se ha realizado, se han presentado casos de hipotiroidismo, teniendo que hacer opoterapia. Las tiroidectomias parciales no son mortales, pero no deben hacerse, ya que es una enfermedad que cede fácilmente a los rayos X.

Tiroiditis crónicas. . .

Tiroiditis de Hashimoto.—Muchos son todavía quienes confunden esta tiroiditis con la de Riedel, o la creen un estado previo de ella, así como no faltan quienes aún dicen que la tiroiditis subaguda es un estado previo a estas dos afecciones. Errores todos estos que son debidos a la falta de conocimiento de la histopatología de dichas enfermedades. La tiroiditis de Hashimoto tampoco es una estrumitis, porque no hay coto previo. En cambio, como veremos, la tiroiditis de Siedel si es generalmente una estrumitis, porque existen antecedentes de adenoma tiroideoano, comunmente.

Es una enfermedad progresiva del tiroides, acompañada de trastornos linfáticos generales. Es una afección que puede compararse a la enfermedad de Mikulicz de las glándulas salivares, por la infiltración linfocitaria.

En 1912 fué descrita por Hashimoto, Williamson y Pearce la denominan impropriamente "bocio linfadenoidé", cuando, como ya dijimos, no hay coto.

Anatomía patológica.—Hay extensa degeneración acidófila de

los elementos epiteliales, y sustitución por tejido linfoide y fibroso, lo cual puede llevar al hipotiroidismo irreversible. El tiroides está agrandado, en general. El proceso inflamatorio está limitado al órgano, no tiene tendencia a salirse, e invadir los órganos vecinos, como en la estrumitis de Riedel. Por lo tanto, no hay casi adherencias, o si las hay son laxas. El tiroides es casi avascular, linfomatoso. El cuadro microscópico es el de un ganglio linfático.

Síntomas.—Ataca generalmente a las mujeres. Promedio de duración, unos dos años.

Hay un estado febril moderado. Poco dolor. No hay dispnea, disfagia, ni dosfonía. Existe tendencia al hipotiroidismo, por la degeneración acidófila del epitelio.

Es una enfermedad sistemática, o sea acompañada de otros trastornos generales, como desnutrición, hipovitaminosis, anemia perniciosiforme, etc. Edad: de los 30 a los 40 años.

Tratamiento.—Radioterapia. El tratamiento quirúrgico es peligroso, por cuanto aumentará el hipotiroidismo, generalmente irreversible, por los motivos expuestos. Hay que mejorar el estado general de los pacientes.

Tiroiditis de Riedel.—Generalmente es una estrumitis, aunque existen casos en los cuales no se ha comprobado previamente el coto, pero son pocos.

Fué en 1896 cuando Riedel describió esta afección como una inflamación de dureza férrea ("iron-hard tumor", según sus palabras textuales).

Es el estado inflamatorio tiroideano que más se confunde con el carcinoma. Muchas veces es la biopsia la que da la última palabra.

Anatomía patológica.—Se trata de una inflamación crónica tiroideana, de apariencia fibrosa. Se puede comparar con una "cebolla de cabeza", en la cual el bulbo o núcleo está representado por el adenoma o coto y los fascículos externos por el tejido fibroso, que se confunde con las estructuras circunvecinas de ahí el peligro al operar estas tiroiditis, pues hay que tratar de enuclear el nódulo adenomatoso.

Dice Boyd que en ocasiones al ver las piezas anatomo-patológicas le ha dado la sensación de que habían sido fijadas en formol, lo cual da una idea de como es la dureza de tales tiroides en esta inflamación. Se trata de una dureza férrea.

Hay degeneración parenquimatosa, al paso que aumenta el tejido fibroso.

Las adherencias a los órganos circunvecinos ocasionan dipnea (por la comprensión tráqueal), grandes dolores cervicales, a veces trastornos de la voz (ronquera)-por comprensión del recurrente.

Puede decirse que en esta tiroiditis casi todo el cuello trata de volverse fibroso, duro, leñoso.

Síntomas.—Como sabemos, se trata de una inflamación crónica del tiroides, en un individuo, generalmente del sexo femenino, que tenía—previamente—un coto. Edad: menos de 40 años. Duración de la afección: de 3 meses a 7 años, de acuerdo con las estadísticas de Crile. Temperatura, moderadamente alta. Metabolismo basal, trata de bajar a medida que aumenta la fibrosis, por la degeneración parenquimatosa. Al principio puede haber hipertiroidismo, por el adenoma; pero, posteriormente, puede aparecer un ligero hipotiroidismo. Se trata de una inflamación unilateral, que se generaliza por su fibrosis en el cuello. Pero, a diferencia de la tiroiditis de Hashimoto, es localizada al principio de la enfermedad, por tratarse de una estrumitis, (pues anteriormente existía un coto).

Tratamiento.—Enucleación del adenoma, evitando lesionar los tejidos circunvecinos, inclusive dejando algo del tejido fibroso tiroideo perinodular. Hay que tratar el hipotiroidismo postoperatorio con opoterapia, porque se presenta con mucha frecuencia.

Resumen:

- 1) Se presenta un trabajo práctico sobre las Tiroiditis.
- 2) Se hace la diferenciación entre Estrumitis y Tiroiditis en general.
- 3) Se clasifican las Tiroiditis, clínica y anatomo-patológicamente.
- 4) Al hablar de cada una de las Tiroiditis se precisa el tratamiento que debe seguirse.

Bibliografía:

- 1.—Boyd William.—SURGICAL PATHOLOGY.—6a. edición. Saunders. Copia de 1951.—Págs. 199 a 201.
- 2.—Calvet J. P.—NOUVEAU PRECIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE.—Masson.—1947.—Págs. 518 a 524.
- 3.—Christopher Frederick.—A. TEXTBOOK OF SURGERY by American Authors.—Saunders.—1946.—John del J. Pemberton y Haines.—Págs. 274-298.
- 4.—Crile George.—PRACTICAL ASPECTS OF THYROID DISEASE.—Saunders.—1949.—Págs. 307-332.
- 5.—Rienhoff William F.—LEWIS' PRACTICE OF SURGERY.—IV, I.—1951.

Barranquilla, novbre./51.

HISTORIA DE LA MEDICINA EN MANIZALES

4 Médicos »Colonizadores»

DR. ALFONSO BONILLA NAAR

No es nuestro propósito escribir un estudio a fondo de la medicina en Manizales. Sería ardua tarea. Sólo queremos trazar a grandes rasgos, hechos sobresalientes, desconocidos, y mostrar que a los 57 años de su fundación, en 1905, en esta pujante ciudad la medicina estaba a la altura de Bogotá y Medellín, centros universitarios de reconocida competencia, y que aún más, eran capaces de dar normas y estímulo en el terreno de la investigación médica y quirúrgica.

Como es natural, no nos ocuparemos de la medicina aborígen, del "Mohán" y el "Jaibaná" de las tribus autóctonas de la grande Antioquia. Ni haremos mención de la época de oscurantismo de la Colonia, pues esto se encuentra muy bien descrito en la obra de Emilio Robledo sobre la Historia de la Medicina en los Departamentos Antioqueños, una obra que dicho sea, debe ser reimpresa y nadie mejor que el actual Decano de la Facultad de Medicina de Medellín, doctor Ignacio Vélez Escobar, para llevar a efecto esta justa labor. La obra de los "Precursores" es lamentablemente desconocida y Antioquia tiene mucho que decir.

Del doctor Robledo hemos entresacado, en paciente búsqueda, los nombres de aquellos médicos que ejercieron los primeros años en la capital de Caldas, hoy centenaria. Igualmente, señalaremos aquellos colegas que colaboraron en lo que pudiéramos llamar *la edad de oro* de su medicina, cuando antioqueños y caldenses lanzaron más allá de sus fronteras el éxito de sus inquietudes, tanto en cirugía como en medicina, lo que demuestra el alto nivel por ellos alcanzado, y que en ocasiones, como se verá, fueron primicias en nuestra medicina patria.

En 1868 contestaban a la lista en la Facultad de Medellín, entre otros, Juan de Dios Uribe Gómez y Atanasio Restrepo. Este último, según Robledo, ejerció en Manizales y Pereira, "poblaciones en donde aún es grato su recuerdo". (Escribía en 1922). Señala igualmente al doctor Francisco Velásquez, "uno de los primeros médicos de nuestra escuela, quien ha ejercido en Manizales".

Un médico importante que trabajó en Manizales para esta época fue el doctor Francisco A. Uribe, graduado en Bogotá, quien mereció por sus apostólicos servicios a la sociedad y su cariño al estudiantado, el honroso título de "Maestro de la Juventud". Cierra Robledo la información, un poco anacrónica por cierto, de los médicos que ejercieron en Manizales por ese entonces con el nombre del doctor Ricardo Escobar R., para señalar aparte el gran pionero de esa medicina y en especial

de la cirugía, el doctor José Tomás Henao. Del doctor Escobar dice que “dejó los más gratos recuerdos por su espíritu público y su caridad” y que ejerció en socio de don Dionisio Uribe U. quien carecía de títulos. El doctor Escobar se dio a la tarea de llevar hasta cerca de Manizales las aguas termales sulfurosas de “El Ruiz”. Su grande obra fue la fundación del Hospital Militar, el cual prestó invaluable servicios en aquella época luctuosa para el sur de la grande Antioquia.

Este valioso colega volvió a Medellín, en donde se consagró a la Sociedad de San Vicente, y organizó la casa de mendigos. Murió el 17 de septiembre de 1898, cuando había sido señalado para la gobernación del departamento.

Entre los cuatro “colonizadores” de la ciencia médica en Manizales, la figura preeminente es la del doctor José Tomás Henao. Brillante en Santa Inés, estudió en París. Se graduó en Bogotá. Alcanzó a ejercer en el Ecuador, y después de regentar la cátedra de patología interna de la Facultad de Bogotá, se radicó en Manizales en 1881, en donde no tuvo rival su sagacidad clínica ni sus arrestos quirúrgicos. Ligó la arteria iliaca en 1887. Su nombre, unido al de Ramón Arango, de tan grata memoria en los anales de la cirugía en Antioquia, formó el binomio que en ese gran departamento rompió el eslabón que unía la cirugía a la sumisión ineludible y terrífica de las bacterias, al implantar la antisepsia en 1883.

Sus más brillantes contribuciones fueron los estudios sobre los abscesos hepáticos y su tratamiento por las grandes incisiones. Estos trabajos lo hicieron descollar en el Primer Congreso Médico Nacional reunido en Bogotá en 1893. Su primera publicación, según nuestras búsquedas bibliográficas, data de 1883, intitulada: “Abscesos del hígado y su tratamiento según el uso de los médicos de Shanghai”. En la misma revista, órgano de la Academia Nacional, hay varios ensayos suyos sobre el mismo tema.

Fue el doctor Henao el primer presidente de la Sociedad de Medicina de Manizales, fundada el 1º de octubre de 1905, y en el “Boletín de Medicina”, órgano de la Sociedad, publicó: “Dos casos de septicemia puerperal” y “La Gripe. Epidemia de 1907”. Una de sus más sobresalientes contribuciones fue el trabajo que presentó en octubre de 1907 en socio de Emilio Robledo. Se trata de tres casos de fiebre recurrente, comprobados por el microscopio. Anotan los autores que, “aunque parece ser que el doctor Franco, de Bogotá, ya se ha ocupado del tema, la literatura médica del país es absolutamente muda en este asunto”. En verdad, el trabajo del profesor Roberto Franco se publicó después y aunque hay pruebas de su prioridad intelectual, como lo reconocen los autores mencionados, la primacía en la publicación le corresponde a Manizales.

Al lado de José Tomás Henao, dice Robledo, ejercieron, entre otros, Juan A. Toro, Nicolás Restrepo, Juan B. Gutiérrez, Luciano Botero, Gregorio Gómez Henao y Daniel Gutiérrez y Arango, famoso éste por haber realizado la primera operación laríngea en Colombia, como veremos en seguida, y uno de los "colonizadores" de la ciencia médica.

Emilio Robledo Correa. Salamina, 22 de agosto de 1875. Aún tenemos la dicha de verle vivir, con mente avizora, pegado a la historia como su más fiel compañera. Mentalidad proteiforme, fue el segundo gran "colonizador". En su casa de Manizales y por su iniciativa, se fundó la Sociedad de Medicina. Fue su primer secretario y en asocio de Luis Zea Uribe y Gutiérrez y Arango, regentó el "Boletín de Medicina". El tercero en el país en hallar la Espiroqueta o Borrelia que produce la fiebre recurrente, una enfermedad que produce accesos febriles tremendos, cada cinco a siete días. El segundo, y también en Manizales, fue el doctor Zea Uribe.

Robledo ha publicado muchos artículos y obras de grande aliento. Su primer estudio en el Boletín fue sobre el Edema de Quincke. También sobre la fiebre recurrente. Entre sus obras, figuran: La Uncinariasis en Colombia (1908). Geografía Médica y Nosología del Departamento de Caldas (1916). La Universidad de Antioquia (1822-1922); La Medicina en los Departamentos Antioqueños (1924), tal vez su más brillante estudio médico; Papeletas Lexicográficas (1934); Lecciones de Botánica (dos volúmenes, 1940), etc. Baste citar, entre muchas, las distinciones de que ha sido objeto para formarnos una idea de su pasmosa personalidad. Si José Tomás Henao fue el más sobresaliente en Manizales, Robledo es de los más altos en la medicina nacional. Fue premiado por la Universidad de Antioquia por su Historia de la Institución (1922); en su honor se creó un nuevo género de hongo, *Robledia*; profesor honorario de parasitología de la Universidad de Antioquia, y profesor honorario de la Universidad Nacional. Fue, además, condecorado con la máxima distinción de la Federación Médica Colombiana: la Cruz de Esculapio.

Hagamos caso omiso de las múltiples posiciones ocupadas por el doctor Robledo, y sólo digamos que ha servido al país, como probo parlamentario, habiendo sido senador en cuatro períodos, y en dos ocasiones Presidente del Senado. Fue también gobernador de Caldas (1912-1914); nombrado ministro de instrucción en la administración de Pedro Nel Ospina (quien, entre paréntesis, estudió medicina en asocio de Vespasiano Peláez, en Medellín). En dos períodos fue rector de la Universidad de Antioquia; como se ve, su nombre está íntimamente ligado a la evolución histórica de los departamentos de Antioquia y Caldas.

Dos valiosas contribuciones de Robledo a la cirugía en Manizales fueron: la construcción de una adecuada sala de cirugía, en 1907, pues,

hasta 1906, se "operaba en un corredor, sin más resguardo para cirujanos y enfermos que unos biombo mal acondicionados". Igualmente, su intervención de la extirpación del maxilar inferior, de alta cirugía. Esta intervención coloca a Manizales en segundo lugar en el país, y que sólo se había realizado en 1879 en Bogotá, por los doctores José V. Uribe y Juan David Herrera.

Luis Zea Uribe ocupa un lugar destacado entre los "colonizadores" de la ciencia médica, tanto en el ramo de la medicina como en el de la cirugía. Ya vimos su contribución a la medicina tropical con el hallazgo de la fiebre recurrente, comprobada por el microscopio. Nacido en Tiritibí, se graduó en la Nacional en 1898. Tres años en Europa le dieron una sólida preparación médica y humanística. Se radica en Manizales; y allí presenta en 1906 su trabajo de ingreso a la Sociedad de Medicina, que es una pieza meritoria en nuestra cirugía. Se titula "Apuntes para la Cirugía de Manizales". Las intervenciones realizadas, casi todas en 1905, son índice del nivel alcanzado por el autor y hablan claro del medio quirúrgico de Manizales: "Histerectomía abdominal (extracción de la matriz); Hidropesía de los ovarios, Apendicectomía, Hernia inguinal, Talla vaginal (con extracción de una voluminosa "piedra" de la vejiga); Talla hipogástrica por cáncer de la vejiga e hidronefrosis". El éxito obtenido en casi todas las operaciones se explica claramente al transcribir una parte de su trabajo: "Se ha tenido más cuenta de la asepsia que de la antisepsia. Estamos ciertos de que vale más prevenir la entrada de los gérmenes que matarlos en el organismo, una vez que han penetrado". Es interesante anotar que fue su asistente quirúrgico el doctor Juan Antonio Toro, tan cuidadoso como su maestro, y que su anestesia la daba el señor Marco M. Tirado, quien al decir de Zea "Sabe salir de apuros con serenidad y sangre fría". El concepto del doctor F. Velásquez, de la comisión de estudio del trabajo, es interesante: "denota en él conciencia absoluta y conocimiento perfecto en los casos en que ha intervenido". Se trata de una labor quirúrgica digna de ser mencionada y de figurar en nuestros anales profesionales.

Si queremos formarnos un concepto de la recia y atrayente personalidad del profesor Zea Uribe, escritor prolífico también, quien desafortunadamente para nuestra cirugía se orientó, al final, por campos de lo infinitamente pequeño; las bacterias, y para solaz de los que escuchaban su conversación, siempre seductora, por los campos de lo infinitamente desconocido, los de la espiritualidad más allá de lo viviente. Oigamos a sus biógrafos más autorizados y afortunados: Armando Solano y Emilio Robledo:

"La labor de su inteligencia, siempre renovada por el estudio y siempre humanizada por el sentimiento" "Igualmente incapaz de soportar una opresión moral, que de imponerla" "Y si la historia patria no es

pobre en tales figuras, es evidente que una de las más claras es la de Luis Zea Uribe” “Ingresa por derecho propio en la inmortalidad, en la cual creyó y esperó toda su vida”.

Robledo es igualmente categórico: “En nuestro concepto, este ilustre compatriota es uno de los cerebros más aventajados del país”.

Otro gran valor manizaleño, el doctor Daniel Gutiérrez y Arango, es digno de mención entre los grandes. Tuvo intervenciones de grande audacia y las realizó con éxito. Su gran contribución, como lo dijimos, fue la extirpación de un pólipo de la laringe, en 1907. Lo extrajo con una guillotina, que como dato curioso la fabricó el mismo paciente con una “cuerda de tiple”. En 1907, realizó una operación complicada de pie chapín con la técnica de Huard, seguramente una de las primeras en el país, y realizó con éxito un “masaje” del árbol biliar con el fin de expulsar cálculos. Igualmente, extrajo un gran cálculo de la vejiga urinaria. De él dijo Robledo, después de comentar sus labores parlamentarias que “era laborioso y de vasta ilustración”.

No queremos terminar esta reseña de los primeros en la medicina de Manizales, sin citar a un gran médico, el doctor Alfonso Castro, espíritu inquieto y de grandes proyecciones, quien colaboró con ellos en la Sociedad de Medicina y fue el pionero de la cirugía en Pereira y zonas del Quindío, en asocio de Aquilino Soto, Santiago Londoño y Alejandro Londoño B.; Castro, mente de selección, natural de Medellín, graduado en 1903 con tesis sobre asepsia y antisepsia, fue el primero en hablar sobre los cálculos del colédoco y las enfermedades producidas por hongos. Su denso estudio sobre las apendicectomías en Antioquia, le dio nombre y lustre; sus intervenciones sobre la hipertrofia del píloro en los niños, las primeras realizadas en el país, así como aquellas que sobre vías biliares y vesícula realizara en asocio del profesor Gil J. Gil, colocan su nombre en sitio de preeminencia en la cirugía patria. Muestras de su perenne entusiasmo por la medicina son la fundación de una “Revista Clínica” en asocio de Toro Villa y Gil, en 1916, así como la fundación de la Clínica de La Merced, una de las primera en Medellín. Su temperamento inquieto lo llevó a escribir su leída novela “Clínica y Espíritu”, así como ensayos y polémicas sobre la tan discutida degeneración de nuestra raza.

Es nuestro deseo que, removidos estos apasionantes episodios de la medicina en Manizales, desconocidos la mayoría, se encienda de nuevo la inquietud de los viejos moradores en las personas de su brillante cuerpo médico, y de ahora en adelante, todos los primeros lunes, a las 7 p. m., como reza en el reglamento, se reúnan los actuales a deliberar sobre medicina. Como es natural, el Boletín de la Sociedad vestirá sus mejores galas y se enorgullecerá con las nuevas contribuciones. No ha-

brá mejor regalo para la mente aún brillante de Emilio Robledo, ni mejor testimonio de reconocimiento a los "colonizadores de la ciencia" desaparecidos en la materia, y cada día más presentes en el espíritu. Los nombres de José Tomás Henao, Luis Zea Uribe, Daniel Gutiérrez y Arango, Alfonso Castro y Emilio Robledo, como una lámpara votiva de estímulo presidirán sus sesiones y alentarán sus nobles propósitos.

RESUMEN DE CONJUNTO

ICTERICIAS

DR. TOMAS QUEVEDO G.
Prof. Auxiliar de Clínica Semi-
lógica.
Académico Correspondiente.

Como el tema es supremamente extenso y complejo me limitaré a tratar nociones generales, solamente, sin entrar en detalles de poco interés para el médico general.

La Ictericia no es una enfermedad, es un síntoma de muchas, no todas del sistema hepato-biliar. Se puede definir como una hiperbilirrubinemia, siendo la bilirrubinemia normal de 0.50 a 0.80 mgs. ‰.

La Bilirrubina es un pigmento, producto de la desintegración de la hemoglobina, se forma a merced de la acción fagocitaria de las células reticuloendoteliales de todo el organismo, pero especialmente por las de la médula ósea, el bazo y en menor grado por las células de Kupffer del mismo hígado. Las células hepáticas propiamente dichas no la producen pero la excretan a la bilis, modificándola. Esta modificación se aprecia por medio de la reacción de Van den Bergh, la bilirrubina que no ha pasado por el hígado (bilirrubinglobina) da reacción indirecta y la que ya lo ha hecho (bilirrubina libre) da reacción directa.

Si las vías biliares no están obstruidas, la bilirrubina pasa al intestino y después de transformarse en urobilinógeno es eliminado en gran parte por las heces como sustancia colorante de ellas. Otra parte es absorbido por la sangre de la circulación porta y va al hígado,

(*) Conferencia dictada en el ICSS de Medellín el 8 de febrero /52.

que destruye una porción, excreta otra por la bilis, y otra muy pequeña parte pasa a la circulación y se elimina por la orina.

Por consiguiente un trastorno en cualquiera de las tres etapas de formación, excreción y eliminación de la bilirrubina, puede causar ictericia.

Las antiguas clasificaciones, obstructiva y no obstructiva; mecánica y adinámica (Van den Bergh); por retención y por regurgitación (Rich); obstructiva, hepato-celular o toxinfeciosa y hemolítica (Mc Nee) han sido en la actualidad reemplazadas por la de Ducci, más sencilla y racional. Es la siguiente:

- | | | |
|---|---------------|------------------------|
| 1 | Prehepáticas | Hemolíticas |
| | | No hemolíticas |
| 2 | Hepáticas | Hepatocelular |
| | | Hepatocanalicular |
| 3 | Posthepáticas | Obstrucción completa |
| | | Obstrucción incompleta |

Ictericias prehepáticas.

Son usualmente debidas a un aumento en la destrucción sanguínea y no hay ordinariamente lesión hepática demostrable. Existe la **ictericia familiar no hemolítica**, afección rara y benigna que se asocia o no con síntomas de anemia y en que no hay evidencia de aumento de la destrucción sanguínea, hay hiperbilirrubinemia indirecta, pero no aumento del urobilinógeno urinario y el hígado es histológicamente normal.

Pero las formas principales son las ictericias **hemolíticas** caracterizadas por: 1o. Grados variables de anemia, que puede estar ausente. 2o. Por aumento de la bilirrubinemia total y ligero aumento o normalidad en la bilirrubina directa. 3o. Aumento de la bilirrubina urinaria y 4o. Aumento del urobilinógeno fecal y urinario.

En ausencia de complicaciones las pruebas hepáticas son normales. En las formas crónicas asociadas con hipoxia prolongada puede ocurrir lesión hepática y naturalmente se necesita un más cuidadoso estudio para llegar a un diagnóstico.

Debe sospecharse ictericia prehepática en individuos ictericos, anémicos y con urobilinógeno fecal alto. Es necesario recordar que algunos agentes pueden producir ictericias hemolíticas y lesión hepática a la vez, y también que pueden coexistir una ictericia hemolítica y otra por litiasis consecucional, o puede también sobreagregarse una hepatitis infecciosa o a suero homólogo postransfusional.

La anemia, la reticulocitosis, la esferocitosis y la esplenomegalia son hechos asociados que dependen en parte de si la anemia hemolítica es crónica o aguda y están de acuerdo con la naturaleza del trastorno. De esto mismo depende que los síntomas pueden ser pocos o muy pronunciados, la disnea, los calofríos, la fiebre, la raquialgia, los disturbios vasculares etc., la leucocitosis y el aumento en la serie mieloide en los casos agudos y en algunos crónicos, la leucopenia en los demás, la hiperplaquetemia etc. El bazo está ordinariamente aumentado de volumen y sólo en el 30% de los casos no es palpable. El tamaño no está en relación directa con la gravedad de la afección, se reduce con la inyección de adrenalina, pero no con Rayos X. Durante las crisis hemolíticas agudas aumenta rápidamente y pueden aparecer signos de periesplenitis.

En la ictericia hemolítica crónica se presentan frecuentemente dolores en el hipocondrio derecho que pueden llegar al cólico hepático. En un 60% de los casos (Mayo) ocurre formación de cálculos biliares pigmentarios. Pueden aparecer también ulceraciones de las piernas y psoriasis que sólo desaparecen con la esplenectomía. Aunque el hígado puede estar aumentado de tamaño, en los casos no complicados es normal. Existe también en las formas crónicas familiares trastornos endocrinos, infantilismo, turricefalia, nariz aplanada, maxilares salientes, alteraciones óseas, persistencia de la membrana pupilar, exoftalmía, heterocromías del Iris, ambliopía congénita, deformaciones del paladar y de los dientes, persistencia de los dientes deciduales en los adultos, polidactilia, mamilas aberrantes, anomalías del pabellón de la oreja etc.

Debe recordarse que en los casos agudos o en las crisis hemolíticas de los casos crónicos pueden presentarse dolores abdominales generalizados con resistencia muscular que puede hacer sospechar un abdomen agudo, máxime que puede haber fiebre, calofrío e hiperleucocitosis. Estas crisis agudas pueden ser desencadenadas por enfermedades intercurrentes, vacunaciones, embarazos, menstruación.

Para el estudio del paciente y ayuda diagnóstica pueden necesitarse los siguientes exámenes de Laboratorio:

- 1o.— Prueba de fragilidad globular. Normalmente la hemólisis comienza en 0.42 y es completa en 0.38. Generalmente está aumentada, pero en un 10% de los casos es normal.
- 2o.— Pruebas serológicas para investigar hemolísimas (frías, calientes y ácidas) y Wasserman, el cual es frecuentemente positivo en ausencia de sífilis.
- 3o.— Hemograma: Se encuentra anemia, microesferocitosis, poiquilocitosis, anisocitosis, policromatofilia, reticulocito-

sis periférica (10 a 30%), volumen globular normal generalmente, en ocasiones macrocitosiis, valor globular normal leucopenia en casos crónicos, leucocitosiis con mielocitosiis en casos agudos.

- 40.—Examen de fecales: Aumento de urobilinógeno fecal y sobre-coloración.
- 50.—Orina: Aumento de urobilinógeno urinario, ausencia de bilirrubina (el riñón sólo filtra la directa) y de sales biliares.
- 60.—Medulograma: Aumento de normablastos (40 a 60%). A la vez sirve para hacer el diagnóstico diferencial con las enfermedades de Gaucher, Nieman-Pick, y Shuller-Crhistan-Hand que también presentan ictericia.
- 70.—Pruebas hepáticas: Que salvo la bilirrubina son normales en ausencia de complicaciones.

La ictericia prehepática está presente en todas las anemias hemolíticas en mayor o menor grado y predomina como síntoma en unas como en la ictericia hemolítica familiar, mientras en otras es un síntoma secundario y muchas veces oscurecido por los demás.

Los desórdenes hemolíticos pueden ser clasificados así: (Harrison):

I Causas extracorpúsculares (Adquiridas)

- a) Anemias hemolíticas agudas, debidas a reacción de inmunidad.
 - 1 — Isoaglutininas anti A, anti B, (racciones transfusionales).
 - 2 — Isoaglutininas anti Rh, Anti Hr. (Enfermedad hemolítica del recién nacido, reacciones transfusionales intragrupo).
- b) Anemia hemolítica idiopática sin hemolisinas ni aglutininas demostrables.
- c) Anemias hemolíticas secundarias y sintomáticas:
 - 1 — Hodgkin.
 - 2 — Leucemia.
 - 3 — Linfosarcoma.
 - 4 — Metastásis carcinomatosas.
 - 5 — Quistes dermoides.
 - 6 — Lesiones hepáticas.
- d) Anemias hemolíticas por agentes infecciosos:
 - 1 — Paludismo.

- 2 — Bartonellosis.
- 3 — Septicemias (*Clostridium welchii*, estrept. piogenes, *S. mitis*, *S. Coli*, neumococo, estafilococo).

e) Anemias hemolíticas por agentes químicos:

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1 — Fenilhidrazina. | 10 — Hidrógeno arseniado. |
| 2 — Alil-propil-disulfide. | 11 — Trinitrotolueno. |
| 3 — Saponina. | 12 — Dinitrobenceno. |
| 4 — Lisolecitina. | 13 — Anilina. |
| 5 — Cloruro de metilo. | 14 — Fenol y compuestos fenólicos. |
| 6 — Benceno. | 15 — Acetanilida. |
| 7 — Tolueno. | 16 — Sulfamidados. |
| 8 — Plomo. | 17 — Quinina. |
| 9 — Plata coloidal. | |

f) Anemias hemolíticas por agentes físicos:

- 1 — Quemaduras.
- 2 — Calor.

g) Anemias hemolíticas por venenos vegetales y animales:

- 1 — Vegetales (ricino, vicia faba).
- 2 — Animales (venenos de serpiente).

II Defectos intracorpúsculares:

- a) Ictericia hemolítica familiar o congénita.
- b) Anemia de células falciformes.
- c) Hemoglobinuria nocturna paroxística.
- d) Anemia Mediterránea.
- e) Anemias hemolíticas atípicas.

El pronóstico y el tratamiento dependen de la naturaleza y la causa del desorden hemolítico. Son necesarios el reposo en cama en los casos agudos, el mantenimiento del balance hídrico, la supresión del dolor, y el tratamiento específico en caso de afecciones parasitarias o tóxicas. La transfusión sanguínea es peligrosa si la causa de la hemólisis es extracorpúscular (ver cuadro) porque la sangre introducida, también puede ser hemolisada. Sin embargo es a veces necesario usarla con precauciones, cuando la hemólisis es tan aguda que se presenta hemoglobinuria y hemoglobinemia y se teme la muerte por colapso circulatorio. Como ejemplos del valor de la transfusión está la ictericia hemolítica del recién nacido. La esplenectomía es el único tratamiento y muy efectivo de la ictericia hemolítica familiar y produce muy buenos resultados en algunos casos de ictericia hemolítica adquirida y en casos atípicos

especialmente crónicos. No sirve para la anemia de células falciformes, la anemia mediterránea y la hemoglobinuria nocturna paroxística.

En los ataques agudos de ictericia hemolítica familiar o adquirida, dan magníficos resultados el A.C.T.H. y la cortisona que hacen regresar la enfermedad rápidamente haciendo posible la esplenectomía en mejores condiciones.

Estos enfermos **deben ser operados siempre** para evitar las complicaciones (Litiasis biliar, crisis hemolíticas mortales, úlceras de las piernas etc).

Ictericias hepáticas.

Las ictericias hepáticas se caracterizan por los siguientes hechos: 1o. Lesión de la célula hepática, 2o. Lesión o reacción del sistema reticuloendotelial del hígado; 3o. Lesión, obstrucción o ambas de los pequeños canaliculos biliares intra-hepáticos; 4o. Lesión vascular hepática y congestión; 5o. Infiltración y reacción inflamatoria celular; 6o. Infiltración de células extrañas o de materiales, con agresión química o tóxica; 7o. Proliferación del tejido conectivo; 8o. Regeneración del tejido hepático en localizaciones anormales y con relaciones anatómicas y funcionales anormales con los conductos biliares y el sistema vascular.

Es claro que estos factores solos o combinados pueden producir lesión parenquimatosa y obstructiva biliar o ambas, y de ahí la subdivisión en hepatocelular y hepato-canalicular. Las infecciones a virus son las causas más comunes de ictericia hepática, pero esta puede ser producida por gran variedad de agentes capaces de lesionar las células hepáticas. A saber:

I Agentes infecciosos

- a) **Virus.** Hepatitis infecciosa y a suero homólogo, fiebre amarilla, monucleosis infecciosa, influenza.
- b) **Protozoarios.** Enfermedad de Weil, amibiasis, paludismo, kalaazar, fiebre recurrente, sífilis.
- c) **Infecciones diversas.** A estreptococo hemolítico, tifoidea, paratifoidea, neumonía neumocócica, salmonelosis e intoxicaciones alimenticias,

II Tóxicos químicos.

- a) **Derivados del arsenobenzol** (Salvarsan, neosolvarsan, arsfenamina, triparsamida etc).

- b) **Derivados de la Quinolina** Cincófeno, neocincófeno, atofánovotofán, atofanil etc.).
- c) **Compuestos orgánicos** (Alcohol, éter, éter bietílico, bisulfito de carbono, cloroformo, tetracloruro de carbono, cloretona, cloruro de etilo, tribomoetanol, quenopodio etc.).
- d) **Compuestos aromáticos** (Toluilenediamina, trinitrotolueno, dinitrobenzol, dinitrofenol, nitrobenzol, ácido pícrico, acriflavina, fenilhidrazona).
- e) **Sulfas.**
- f) **Thioderivados.**
- g) **Compuestos inorgánicos** (Fósforo, arsénico, plomo, oro bismuto, cobre, mercurio).

Sustancias biológicas.

- a) Envenenamiento por hongos.
- b) Veneno de serpientes.
- c) Extracto hepático
- d) Estrógenos.

IV

Agentes diversos.

- a) Cirrosis portal, toxemias del embarazo, hipertiroidismo, acidosis de los vómitos recurrentes en los niños, uremia.
- b) Mercurocromo, ácido tánico, paraldehído, sintalina.

Como se ve muchos de estos factores producen también hemólisis y de ambas maneras influyen en la producción de la Ictericia.

Para la producción de las Ictericias hepáticas contribuyen además factores predisponentes que actúan simultáneamente como son: la desnutrición, especialmente en lo que se refiere a la hipoglicemia, hipoproteinemia y deficiencia de complejo B; la anoxemia (insuficiencia cardíaca, infarto cardíaco, anemia etc.); la presencia de una afección generalizada crónica del hígado (cirrosis, toxemia gravídica, etc.); el hipertiroidismo; la alergia etc .

Ictericia hepatocelular. — Los signos y síntomas de la ictericia hepática están de acuerdo con la causa y dependen del estado de la afección. Las hepatitis infecciosas (antiguamente llamadas ictericias catarrales) comienzan con anorexia, lasitud, fatiga, náuseas y vómitos y en este estado la bilis puede ser demostrada en la orina antes de que la bilirrubinemia pase de un miligramo (prueba del azul de metileno). Cuando el proceso avanza la orina llega a ser oscura y las fecales acólicas. En la hepatitis cuando la bilis está pasando en poca cantidad al duodeno,

el urobilinógeno urinario está aumentado, posiblemente porque la pequeña cantidad formada en el intestino no puede ser reexcretada por la célula hepática. En general después del período prodrómico de dos a siete días, en ocasiones febril, la ictericia se instala definitivamente y llega a su acmé en tres o cuatro semanas. La hepatomegalia dolorosa a la palpación y en veces espontáneamente, es bastante frecuente. Puede presentarse esplenomegalia. La evolución de la enfermedad en la gran mayoría de los casos se hace hacia la mejoría, pero hay un porcentaje de mortalidad variable, según se trate de endemias, epidemias o brotes epidémicos. En ocasiones, ya por tratamiento deficiente o por la intensidad de la afección quedan lesiones hepáticas irreversibles que pueden terminar en cirrosis biliar con relativa frecuencia.

Los datos típicos de Laboratorio que desafortunadamente pueden tener algunas variaciones, son: 1o. Hiperbilirrubinemia directa; 2o. Pruebas de floculación positivas, salvo en hepatitis arsenicales y alhólicas en que el Hanger es negativo; 3o. Colesterol total normal y ésteres bajos; 4o. Fosfatasas alcalinas por debajo de diez u.B.; 5o. Seroalbúmina baja con o sin alza de seroglobulinas. La combinación de estos hechos, nunca uno solo, en ausencia de colangitis hace pensar en una hepatitis.

Durante algunos períodos de este tipo de ictericia se presentan fenómenos de ictericia por obstrucción. Cuando avanza la lesión parenquimatosa ésta puede ser tan extensa que cambie la arquitectura hepática y algunos canalículos biliares pueden quedar bloqueados y ocurrir la regurgitación biliar. Esta fase puede retroceder pero puede progresar hasta la atrofia hepática.

Ictericia hepatocanalicular. — Es rara (cuatro a cinco por ciento de las ictericias hepáticas) puede ser secuela de la hepatitis infecciosa o consecencial al uso terapéutico de arsenicales, o thioderivados. Su curso es crónico y la ictericia de larga duración, las cirrosis biliares pueden clasificarse en este grupo.

Los datos de Laboratorio son: Urobilinógeno urinario normal, pero la orina contiene pigmentos y sales biliares; hiperbilirrubinemia directa; pruebas de floculación generalmente normales; el colesterol total y las fosfatasas alcalinas están aumentadas; la biopsia hepática revela infiltración periportal, células parenquimatosas conservadas y no hay evidencia de retención biliar.

Profilaxia. — Al hablar de profilaxia me refiero únicamente a la hepatitis a virus (virus S. H. y H. I.) ya que constituyen la mayor parte de las ictericias hepáticas entre nosotros. Se sabe que la vía de infección para las ictericias por suero homó-

logo es la parenteral, ya sea por instrumental de inyecciones incompletamente esterilizado (la esterilización debe hacerse en calor seco a ciento veinte grados por quince minutos), o por aplicaciones de sangre total o plasma que contengan el virus. Por consiguiente sólo debe aplicarse plasma previamente irradiado (aunque parece no ser suficiente la irradiación) y tener el cuidado del caso con los dadores sanguíneos lo mismo que esterilizar suficientemente el instrumental de inyecciones.

En cuanto a la hepatitis infecciosa el contagio se hace por vía oral y requiere por consiguiente las mismas medidas profilácticas generales para todas las afecciones cuyo contagio se hace por esta vía. Debe tenerse especial cuidado con el vómito y la exoneración de estos enfermos. Parece que la hepatitis del cerdo puede ser transmitida al hombre con la carne no completamente cocida.

Tratamiento. — La ictericia hepática es de tratamiento médico (sólo en casos muy excepcionales puede llegar a ser quirúrgica). El diagnóstico debe ser hecho correctamente, hasta donde sea posible, ya que es muy grave operar una ictericia hepática o no operar una post-hepática, aunque es menos peligroso esperar un poco en esta última si hay alguna duda diagnóstica que acelerar la operación en la primera.

Existe un tratamiento específico para algunos casos (como es el caso de la Penicilina para la enfermedad de Weil), el cual se debe instalar de acuerdo con la etiología. El tratamiento general debe comprender.

1o. **Reposo** absoluto en cama, la sola posición vertical produce efectos nocivos sobre la circulación sanguínea y disminuye la oxigenación y nutrición de la célula hepática. Este reposo debe continuarse hasta después de diez días de la bilirrubinemia normal, hasta que no haya sino subjetivos y el hígado no sea doloroso a la percusión. Después de levantado el enfermo debe seguir en vigilancia.

2o. **Dieta:** un adecuado régimen nutritivo, asociado al reposo es el mejor remedio conocido hoy en día para estimular la regeneración hepática. La dieta debe ser hipercalórica, hipervitáminica, hipoclorurada, alta en proteínas (cien gramos) y en hidratos de carbono (trescientos gramos) y moderada en grasas (setenta gramos).

Cuando hay vómito debe usarse la vía venosa, aplicando uno o dos litros de glucosa al diez por ciento en agua, a los cuales se le agregan vitaminas (tiamina, riboflavina, ácido nicotínico, ácido fólico, ácido ascórbico). Puede agregarse también aminoácidos por la misma vía.

Tan pronto como las condiciones lo permitan se puede alimentar por sonda duodenal, o pasar a dietas de pequeñas y frecuentes ali-

mentaciones orales, o a dietas semisólidas de las cuales hay multitud de tipos.

Cuando desaparezcan el vómito y la inapetencia, o si no los hay, se instala una alimentación amplia a base de carne de res pulpa, huevos, leche, leche de soya, azúcar, gelatina, queso, legumbres, harinas, frutas etc. Debe agregarse vitaminas, especialmente el Complejo B y la vitamina C, por vía oral o parenteral y la vitamina K si es necesaria.

3o. **Drogas.** Debe proibirse el uso de: alcohol, morfina, sulfas, arsenicales, insulina (salvo en diabéticos), barbitúricos de acción rápida, pentotal, óxido nitroso, cloroformo.

Deben usarse los factores lipotrópicos tipo colina, metionina (dos a cuatro gramos día). Una forma práctica y económica de suministrarlos es en forma de soya.

Pueden usarse **con precauciones** los extractos hepáticos en especial los preparados para uso intravenoso (Intraheptol).

La desoxicorticosterona se usa con resultados bastante satisfactorios. En cuanto a los aminoácidos su uso está bastante generalizado por vía oral y venoso. Parece que esta última, según algunos, puede tener inconvenientes y recarga el trabajo del hígado al obligarlo a sintetizar proteínas a partir de ellos, especialmente en los casos muy graves y avanzados, en los que por la misma lesión hepática existe una hiperaminoacidemia. Personalmente soy partidario de su uso, ya que en la práctica los resultados me han parecido bastante satisfactorios.

Los antibióticos, tipo aureomicina, para las hepatitis a virus están en periodo experimental; lo mismo el A.C.T.H.

Ictericias post-hepáticas.

Se deben a una obstrucción de las vías biliares extra-hepáticas (canales hepáticos, colédoco, esfínter de Oddi) y constituyen el cincuenta por ciento de las ictericias. Puede ser la obstrucción completa o incompleta y ser provocada por gran diversidad de causas:

I Obstrucción de la luz de los conductos biliares.

- a) Cálculos biliares.
- b) Exudados inflamatorios (colangitis, coledocitis etc.).
- c) Parásitos (áscaris, tenias, anquilostomas etc).
- d) Neoplasmas primarios o secundarios.

II Alteraciones de la pared de los conductos.

- a) Estrecheces (congénitas, inflamatorias o post-operatorias).

- b) Alteraciones inflamatorias (colangitis coledocitis etc).
- c) Neoplasmas primarios o secundarios.
- d) Espasmos del colédoco o del esfinter de Oddi.

III Compresión extrínseca de los canales biliares.

- a) Lesiones pancreáticas (neoplasmas o quistes, pancreatitis agudas o crónicas).
- b) Lesiones hepáticas (neoplasmas, abscesos, gomas, etc.).
- c) Adenopatias (neoplásicas, tuberculosas, inflamatorias, enfermedad de Hodking etc).
- d) Lesiones duodenales (Úlcera, tumores).
- e) Lesiones gástricas (neoplasmas, úlcera).
- f) Adherencias intraabdominales del hígado, vesícula biliar, riñones, intestinos etc).

Algunas de estas afecciones son escasas y usualmente la causa más común de obstrucción incompleta es la litiasis biliar y la de obstrucción completa el neo de la cabeza del páncreas.

En los períodos iniciales, desde que no exista ninguna complicación (colangitis, metástasis hepáticas, supuración etc.), la lesión hepática es mínima.

Los datos de Laboratorio típicos de la ictericia obstructiva **no complicada**, son: 1o. Bilirrubinemia inmediata directa; 2o. Pruebas de floculación negativas; 3o. Fosfatasas alcalinas altas; 4o. Colesterol total y esterificado altos con relación normal; 5o. Proteínas y relación normales; 6o. Pigmentos y sales biliares positivos en la orina y urobilinógeno negativo. Estos hechos cambian naturalmente al persistir la ictericia y aparecer las lesiones de la célula hepática, en el sentido de hacerse positivas las pruebas de floculación, invertirse la relación serina-globulina, descender el colesterol esterificado y aun disminuir las fosfatasas alcalinas. Por consiguiente es muy importante hacer **precoz y seriamente** estas pruebas para poder hacer relativamente fácil el diagnóstico del tipo de ictericia. Desgraciadamente el problema puede complicarse por la **frecuente ocurrencia de lesión hepática difusa anterior** en algunos casos, donde hay obstrucción de los pequeños canalículos biliares intra-hepáticos, la cual es idéntica a la obstrucción post-hepática. En algunos de estos es necesaria la cirugía para definir la situación.

Los datos clínicos dependen de la causa de la obstrucción, pero hay algunos comunes a este tipo de ictericia pst-hepática que son: 1o. **Tinte icterico** cuya rapidez de aparición depende del grado de obstruc-

ción, el punto de ésta y de la capacidad funcional de la vesícula. Este tinte puede hacerse notorio dentro de las veinticuatro horas que siguen a la obstrucción completa, a medida que ésta persiste se va haciendo más pronunciado hasta llegar al tinte verde oliváceo o aun a la ictericia melánica; 2o. **Acolia y coluria.** Intermitentes en general en los casos de obstrucción incompleta y permanentes y progresivas en los casos de obstrucción completa. La disminución de ambas es el primer síntoma de mejoría; 3o. **Prurito.** Este puede presentarse en todas las ictericias, menos en las prehepáticas, pero en general es más frecuente, intenso y precoz, en la obstructiva, especialmente en la producida por neoplasma; 4o. **Bradycardia.** Que es un síntoma no específico y sin importancia diagnóstica; 5o. **Hepatomegalia,** es de valor relativamente escaso ya que puede ser debida a afección del hígado a obstrucción biliar benigna o maligna. Sin embargo si esta hepatomegalia es precoz hace pensar en ictericia hepática; 6o. **Dolor.** El dolor sordo a nivel de la región hepática está en general ausente en este tipo de ictericias; los cólicos hepáticos son de una gran frecuencia en las ictericias por litiasis, pero no debe olvidarse que una gran mayoría de las ictericias por cálculos **no tienen** antecedentes de cólico; 7o. **Fiebre.** Esta no se presenta sino cuando aparecen las complicaciones, es decir después de un tiempo largo de ictericia; 8o. **Distensión de la vesícula biliar.** Este signo tiene gran valor en favor de una ictericia obstructiva, cuando está presente, pero su ausencia no tiene ninguno. La colecistografía no tiene ninguna contraindicación en los casos de ictericia. Si se logra visualizar la vesícula o cálculos se obtiene un dato muy importante para el diagnóstico. Aun en las hepatitis desde que la bilirrubina no pase de once miligramos por ciento y no haya lesión vesicular asociada, la visualización es posible en un 98% de los casos.

Tratamiento.—La ictericia post-hepática es siempre de **tratamiento quirúrgico.** Este consiste en eliminar la causa de la obstrucción cuando esto es posible, o verificar operaciones paliativas para obtener el paso de la bilis nuevamente al intestino. Como muchas veces el diagnóstico etiológico preciso sólo se hace a la intervención, nunca debe dejar de operarse un enfermo alegando la inutilidad en el caso de un posible neoplasma por ejemplo, ya que cuando menos se espera puede resultar a la laparotomía una lesión benigna fácil de mejorar con la cirugía.

La intervención **debe ser precoz** para evitar la lesión de la célula hepática y por consiguiente el aumento del riesgo operatorio. Naturalmente tanto en los casos simples como en los ya complicados, el hepatocito debe defenderse con las medidas generales de que hablamos en el tratamiento de las ictericias hepáticas, y que forman parte indispensable de la pre y de la post-operatoria de las icterias post-hepáticas. Es ingenuidad pensar que una ictericia obstructiva completa o incompleta,

va a regresar con tratamiento médico y por consiguiente no tiene ningún objeto esperar en estos casos, desde que el diagnóstico esté definido en el sentido de la obstrucción. Desgraciadamente es bastante frecuente ver enfermos que presentan estados muy avanzados de obstrucción a los cuales han llegado en manos de médicos que, o no están suficientemente informados de la gravedad que puede tener una ictericia o no han querido, por un mal entendido orgullo, llamar a un especialista que puede prestarles un servicio tanto a ellos como al enfermo, evitando así numerosos problemas.

La intervención naturalmente variará con la causa que produce la obstrucción, pero quiero recalcar sobre la importancia de la colangiografía operatoria para definir situaciones y orientar la conducta que debe seguirse en el acto quirúrgico y posteriormente.

Diagnóstico de las Ictericias.

He querido esquematizar lo más posible los síntomas y signos que caracterizan cada uno de los tres tipos de ictericia y creo que con estos datos es fácil orientarse hacia un diagnóstico.

Las pruebas hepáticas usuales en los diferentes casos de ictericia, poniendo de presente que no siempre estas formas están aisladas y que pueden entremezclarse son generalmente suficientes para establecer un diagnóstico. Al final se verá un cuadro que muestra las variaciones ordinarias. Es de advertir que deben hacerse todas las necesarias el mismo día para obtener una imagen de conjunto de la función hepática.

Existen otros medios de diagnóstico que sólo enumeraré, ya que se usan en casos muy determinados y son: 1o. Colecistografía; 2o. Dosificación de amilasas y lipasas sanguíneas; 3o. Estudio radiológico de abdomen y de tracto gastrointestinal; 4o. Sondeo duodenal y estudio microscópico de la bilis; 5o. Sangre oculta en las materias fecales; 6o. Peritoneoscopia, sola o con colecistografía o colangiografía directa; 7o. Biopsia hepática por punción; 8o. Laparotomía; 9o. Hemograma; 10o. Mielograma; 11o. L. C. R., etc.

Para terminar quiero simplemente recordar que la ictericia es un síntoma y no una enfermedad y que el diagnóstico etiológico que es de los más difíciles en medicina, en algunos casos, es en otros, gracias a los métodos actuales uno de los más sencillos. También quiero recalcar en el hecho de que no deben seguirse tratando empíricamente las ictericias, ya que es posible llegar a un diagnóstico y por consiguiente a un tratamiento patogénico.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

NUEVA MESA DIRECTIVA PARA EL AÑO DE 1952

En la reunión del 13 de febrero de 1952 la Academia de Medicina eligió la siguiente Mesa Directiva para el año de 1952.

Presidente,	Dr. Alfredo Correa Henao
Vicepresidente,	Dr. Edmundo Medina Mejía
Secretario,	Dr. Oriol Arango M.
Tesorero,	Dr. Miguel Martínez Echeverri

ALOCUCION DEL DR. A. CORREA HENAO AL TOMAR POSESION DE LA PRESIDENCIA DE LA ACADEMIA PARA EL AÑO DE 1952

Señores Académicos Honorarios, de Número y Correspondientes:

Con íntima emoción, que obligará siempre mi gratitud, inicio a dar cumplimiento a vuestro deseo benévolo, en el honroso cargo de Presidente de la Academia de Medicina de Medellín durante el año de 1952.

Desde que me incorporé a esta Academia hace ya, por esta época nueve años, siempre me han animado los más vivos deseos y el más firme entusiasmo por el progreso de ella, y como Secretario en varios períodos y como Vicepresidente, la he venido sirviendo lealmente, y ahora, en este señalado puesto, que sobrepasa a mis ambiciones, procuraré continuar con todo mi empeño, y contando con vuestra cooperación, en seguir la tradición que debe desarrollar en esta época, la más alta y antigua asociación científica que tenemos.

Al meditar en ocupar este sitio, honrado por ilustrísimos varones de ciencia y de virtud, me agobia recordarlos, porque sus nombres representan vidas de abnegación y porque nos han dejado una herencia espiritual de afecto a esta Academia, que es difícil igualar, y que, aún en nuestra debilidad, tenemos obligación perentoria de seguir sus huellas.

He querido que los académicos desaparecidos estén presentes en espíritu y en efígie en este salón magnífico, para cumplir una tradición que ellos mismos establecieron desde la fundación de la Corporación y quisiera invocarlos a todos pero no soy el llamado a hacer su elogio me-

recido, y sólo me permito citar al primer Presidente Dr. Manuel Uribe Angel, y a los que en sucesión continuaron en el cargo, Dres. Rafael Campuzano, Ramón Arango, Ricardo Rodríguez, Andrés Posada Arango, Rafael Pérez, Francisco A. Uribe Mejía, Tomás Bernal, Francisco Arango, Vespasiano Peláez, Juan B. Londoño, Eduardo Zuleta, Teodomiro Villa, Jorge Delgado, Jorge Tobón, Emiliano Henao, Gil J. Gil y José J. de la Roche. Todos estos ilustres desaparecidos brillan con luz propia en nuestro cielo médico y sus nombres despiertan gratos recuerdos, y se han transmitido en generaciones, y en este momento solemne es mi deber hacer un tributo de gratitud, de admiración y de honra a su memoria y a la de todos los académicos desaparecidos.

Entre los que aún por ventura nos acompañan como Miembros Honorarios o de Número y que han ocupado la Presidencia, figuran en orden los doctores Nicanor González Uribe, Miguel María Calle, Gabriel Toro Villa, Lázaro Uribe Cálad, Emilio Robledo, Dionisio Arango Ferrer, Gustavo Uribe Escobar, Alonso Restrepo, Ernesto Rodríguez, Jesús Peláez Botero, Martiniano Echeverri Duque, Pedro Nel Cardona, Gustavo González Ochoa, David Velásquez, Julio Ortiz Velásquez y Eugenio Villa Haeusler. El honor que hoy recibo se acrecienta por la gratitud al suceder a esta ilustre nómina, porque todos fueron mis maestros, excepto tres que son mis compañeros ilustres de profesorado.

Fundada esta Academia por el Gobernador del Departamento, por ese entonces, Dr. Marceliano Vélez, con el fin de formar una sociedad que a la vez que se ocupara en el adelanto de la ciencia médica, especialmente en sus aplicaciones al país, sirviera al gobierno de cuerpo consultivo para las numerosas cuestiones de higiene pública y de salubridad general, que con no poca frecuencia se le ofrecen, tal como dice textualmente en el acta de fundación, la Academia fiel a esta consigna siempre ha estado alerta en estas diferentes y complejas cuestiones que se le han presentado para resolver. Y en la época actual, que es la era de renacimiento en nuestra medicina y que es también la de los más grandes problemas sociales que incumben a la profesión médica, nuestra Academia está obligada por derecho a orientar convenientemente las soluciones de estos problemas que le competen por el fin indicado en su fundación.

La Escuela de Medicina ha sido el terreno de experimentación y que hoy, ya fecundo, rinde la cosecha soñada por sus fundadores. La Academia de Medicina tiene acción y decisión en este auge por la estrecha relación que existe, y debe existir, entre las dos entidades y porque es nuestro deber individual y colectivo propiciar todo adelanto que nos lleve a equilibrarnos con lo mejor, como ideal.

Es para mí un alivio en este alto cargo de la dirección, contar con la cooperación en la Mesa Directiva del Dr. Edmundo Medina Mejía,

de reconocido e inagotable tesón para mantener y acrecentar nuestros bienes; del Dr. Oriol Arango Mejía, gran espíritu académico desde su ingreso y del Dr. Miguel Martínez Echeverri, un sensato consejero.

Termino señores Académicos, porque nuestra Corporación heredera de una noble tradición y poseedora de una grande responsabilidad, cumpla en su sexagésimo quinto año de vida su misión en pro de la colectividad médica y del avance científico de la medicina, para el bien común.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 13

MES DE MARZO DE 1952

SÁBADO 1º.

- 8 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.
- 10 a. m. - *Extensión cultural:* Ponente Dr. J. de Garganta. *Tema:* EL CONCEPTO DE LA CULTURA. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.
Invitación: Se invita al cuerpo de Profesores y al personal de estudiantes de las Facultades de Medicina y Odontología, y de las Escuelas de Farmacia y de Enfermería.
- 11 a. m. - Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad.

LUNES 3.

Conferencia sobre Clínica Urológica. *Ponente:* Dr. Alberto Pérez Estrada. *Tema:* SINDROMES URINARIOS. HEMATURIA. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica del Hospital de San Vicente de Paúl.

MIÉRCOLES 5.

Conferencia sobre Clínica Ginecológica. *Ponente:* Dr. Pedro Nel Cardona C. *Tema:* HORMONAS EN GINECOLOGIA. *Lugar:* Aula de Ginecología.

JUEVES 6.

- 9 a 11 a. m. - R. C. T. Reunión de Clínica Tisiológica en el Hospital de "La María".
- 9 a 11 a. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

VIERNES 7.

8 a. m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

SÁBADO 8.

8 a. m. - Conferencia sobre Deontología Médica. *Ponente:* Ilustre señor Canónigo Dr. Alfonso Uribe Jaramillo. *Tema:* PSICOANALISIS. *Lugar:* Auditorio.

- 9 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio.
 10 a. m. - Concierto de música clásica comentada en el Auditorio de la Facultad.
 11 a. m. - R. C. T. C. Reunión del Consejo Técnico Cosultivo de la Facultad en el Decanato.

LUNES 10.

Conferencia sobre Clínica Urológica. *Ponente:* Dr. Pedro Restrepo.
Tema: PIURIA Y BACTERIURIA. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

MARTES 11.

- 6 p. m. - Conferencia sobre Ginecología. *Ponentes:* Dres. Darío Sierra L. y Samuel Misas R. *Tema:* ESPERMATO-BIOSCOPIA EN MEDIO VAGINAL. ESPERMATO-BIOSCOPIA ENDOCERVICAL. Las ponencias tendrán una duración de 45 minutos y habrá media hora de discusión. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.

Se invita al personal de Profesores de la Facultad, al Cuerpo Médico de Antioquia y al estudiantado en general a concurrir a esta importante reunión científica.

MIÉRCOLES 12.

Conferencia sobre Clínica Ginecológica. *Ponente:* Dr. Gustavo Isaza M. *Tema:* FLUJOS GENITALES. *Lugar:* Aula de Ginecología.

- 6 p. m. - Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. *Ponente:* Dr. Eduardo Vasco. *Tema:* COMENTARIOS SOBRE EL CONGRESO DE HIGIENE MENTAL DE MEXICO.

JUEVES 13.

- 9 a 11 a. m. - R. C. T. Reunión de Clínica Tisiológica en el Hospital de "La María".

- 6 p. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

VIERNES 14.

- 7 a 9 a. m. - R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

SÁBADO 15.

- 8 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio.

- 10 a. m. - *Extensión cultural.* *Ponente:* Profesor Abel García Valencia. *Tema:* HISTORIA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. *Lugar:* Auditorio.

- 11 a. m. - R. C. T. C. Reunión del Consejo Técnico Consultivo en el Decanato.

LUNES 17.

Conferencia sobre Clínica Urológica. *Ponente:* Dr. Gabriel Llano. *Tema:* RETENCION Y ANURIA. INCONTINENCIAS. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

MARTES 18.

Conferencia sobre Clínica Ginecológica. *Ponente:* Dr. René Díaz Correa. *Tema:* INFECCIONES EN GINECOLOGIA. *Lugar:* Aula de Ginecología.

MIÉRCOLES 19.

Receso con motivo de la fiesta religiosa de San José.

JUEVES 20.

- 9 a 11 a. m. - R. C. T. Reunión de Clínicas Tisiológicas en el Hospital de "La María".

- 9 a 11 a. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

VIERNES 21.

8 a. m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas. *Lugar:* Aula Braulio Mejía.

SÁBADO 22.

8 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio.

10 a. m. - *Extensión cultural.* Concierto de música clásica comentada. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.

11 a. m. - R. C. T. C. Reunión del Consejo Técnico Consultivo en el Decanato.

LUNES 24.

Conferencia sobre Clínica Urológica. *Ponente:* Dr. Gustavo Calle. *Tema:* PROSTATISMO: adenoma - cáncer - fibrosis. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

MARTES 25.

6 p. m. - Iniciación del importante ciclo de conferencias del Dr. Juan Antonio Montoya, Director de la 3ª Zona de Salud Mundial. *Tema:* LABORES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.

El Decano de la Facultad invita de manera especial a concurrir a estas interesantes conferencias.

MIÉRCOLES 26.

Conferencia sobre Clínica Ginecológica. *Ponente:* Dr. Armando Posada. *Tema:* ENDOMETRITIS.

6 p. m. - Ciclo de conferencias sobre Salud Mundial. *Ponente:* Dr. Juan A. Montoya. *Tema:* LABORES DE ESTAS ORGANIZACIONES EN LA 3ª ZONA DE CENTRO AMERICA. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.

JUEVES 27.

9 a 11 a. m. - R. C. T. Conferencia sobre Clínicas Tisiológicas en el Hospital de "La María".

6 p. m. - R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas (Staff).

6 p. m. - Ciclo de conferencias sobre Salud Mundial. *Ponente:* Dr. Juan A. Montoya. *Tema:* CONTROL DE INSECTOS DOMICILIARIOS.

VIERNES 28.

7 a. m. - R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

SÁBADO 29.

8 a. m. - Conferencia sobre Deontología Médica. *Ponente:* Dr. Miguel Mª Calle. *Tema:* Se avisará oportunamente. *Lugar:* Auditorio de la Facultad.

9 a. m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. *Lugar:* Auditorio.

10 a. m. - R. C. B. Reunión de Ciencias Básicas. Información bibliográfica de actualidad. *Lugar:* Auditorio.

11 a. m. - R. C. T. C. Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad en el Decanato.

LUNES 31.

Conferencia sobre Clínica Urológica. *Ponente:* Dr. Alberto Pérez. *Tema:* URETRITIS, PERIURETRITIS, ABSCESOS, ETC. *Lugar:* Aula de Clínica Quirúrgica.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

1. Se han incorporado al cuerpo de Profesores de la Facultad de Medicina, los siguientes Profesionales:
 - a) El Dr. Emilio Bojanini, como Profesor Agregado de tiempo completo en Anatomía Patológica, a partir del mes de julio de 1952 en adelante.
 - b) El Dr. Ernesto Peña Quevedo, como Profesor Auxiliar de Clínica Quirúrgica.
 - c) El Dr. Jorge Franco, como Profesor de Clínica Tropical, en reemplazo del Dr. Luis Carlos Uribe Botero, quien pasó a Clínica Interna.
2. Fueron nombrados Preparadores, los siguientes estudiantes:
De *Anatomía Patológica*: Jesús Botero, Julio Blair y Humberto Gómez.
De *Histología*: Simón Calle, Darío Restrepo, Salvador Castro, William Rojas (ad-honorem) y Jaime Arango G. de Histología en Embriología.
De *Neuroanatomía*: Jaime García.
3. Como Jefe del Laboratorio de Fotografía Clínica fue nombrado el Sr. Ricardo Sánchez. (Véanse informaciones del Decanato).
4. El Decano de la Facultad de Medicina en uso de las atribuciones que le confiere el Reglamento y obrando de acuerdo con el Consejo Técnico Consultivo de la Facultad, ha abierto los siguientes concursos que se efectuarán entre el 24 de marzo y el 29 del mismo, sin que haya interferencia con la clase correspondiente:
 - a) Para 2 Jefes de Clínica Semiológica.
 - b) Para 2 Jefes de Clínica Tropical.
 - c) Para 2 Jefes de Clínica Interna.
 - d) Para 1 Jefe de Clínica Interna en Gastroenterología.
 - e) Para 2 Jefes de Clínica Psiquiátrica.
 - f) Para 2 Jefes de Clínica Ginecológica.
 - g) Para 2 Jefes de Clínica Quirúrgica.
 - h) Para 1 Jefe de Clínica Obstétrica.
 - i) Para 2 Jefes de Clínica de Urgencias. (Para Traumatología y Ortopedia).
 - j) Para 1 Jefe de Clínica de Organos de los Sentidos.
 - k) Para un Jefe de Clínica Dermatológica.

Para estos concursos está abierta la inscripción en la Secretaría de la Facultad desde el 26 de febrero y dura hasta el 22 de marzo.

El Jurado estará integrado por los tres (3) Profesores de más alto escalafón en cada asignatura.

Las normas para estos concursos están fijadas en el Reglamento de la Facultad, así:

Artículo 239: "Para este concurso podrán inscribirse todos los médicos graduados que no hayan ocupado anteriormente el puesto en la Clínica respectiva. Si el postulado ha desempeñado el puesto por nombramiento directo y por un período no mayor de un año, podrá ser admitido a concurso".

Artículo 240: "Las pruebas para estos concursos serán las siguientes:

- a) Prueba escrita sobre un tema referente a la Clínica correspondiente.
- b) Prueba clínica que consistirá en el examen de un enfermo y una exposición oral sobre el caso.

c) Prueba práctica quirúrgica, la cual sólo tendrá lugar en los concursos para Jefes de clínicas quirúrgicas”.

5. En el presente año ha conferido la Universidad de Antioquia el título de Doctor en Medicina y Cirugía a los siguientes señores:

<i>Nombres:</i>	<i>Fecha:</i>	<i>Título de la Tesis:</i>
Jorge Radi Deridou	Fbro. 8.	Informe sobre la lucha antileprosa en el Departamento de Antioquia.
Ayén Henríquez C. . . .	Fbro. 15.	Monografía del Municipio de Itagüí.
Guillermo Vélez Rojas . .	Fbro. 15.	Monografía del Municipio de Maceo.
Hernando Penagos Estrada	Fbro. 16.	Monografía del Municipio de Sonsón.
Jaime Moreno Velásquez .	Fbro. 18.	Estudio Médico-Social del Municipio de Ebéjico.
Alberto Betancourt Arango	Fbro. 18.	Campañas realizadas en el Municipio de Abejorral sobre Medicatura Rural.
Alvaro Toro Mejía	Fbro. 28.	Estudio Médico-Social del Municipio de La Ceja.

6. Se ha iniciado el Departamento de Fotografía Clínica, anexo al Instituto de Anatomía Patológica, y como Jefe de él se ha nombrado al Sr. Ricardo Sánchez, Fotógrafo profesional. El Departamento funcionará durante dos (2) horas diarias, de 10 a 12 m. y se pueden ordenar toda clase de trabajos de fotografía médica, para colecciones de piezas anatómicas, microfotografías, fotos de proyecciones, reducciones de fotografías, etc. Se harán trabajos en blanco y negro y trabajos en colores. Para muy pronto se efectuarán trabajos de cinematografía.

Se ruega a los interesados en el Departamento de Fotografía, enviar órdenes escritas de los trabajos, y ojalá ponerse en comunicación con el Sr. Sánchez en las horas dichas en el citado Departamento, que queda en el edificio del Instituto de Anatomía Patológica, primer piso.

7. Está en poder del Dr. Bernardo Jiménez (Laboratorio de Microbiología) el último pedido de microscopios que se hizo hace pocos días. Los estudiantes y Profesores que aún no los han reclamado, pueden hacerlo al Dr. Jiménez.
8. El lunes 25 de febrero se inició el año lectivo del 2º Curso de la Escuela de Enfermería con el grupo de alumnas que dieron el rendimiento reglamentario. En la misma fecha principió labores el primer Curso con un personal de sesenta (60) alumnas: cuarenta (40) externas y veinte (20) internas costeadas de un todo, según se informó en el Boletín N° 12 del mes de febrero.

La Escuela de Enfermería, como dependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, ha venido funcionando con éxito sorprendente y la preparación que reciben las alumnas está sometida a la técnica moderna y a las necesidades actuales.

Este Decanato se permite felicitar a las alumnas que por su preparación se hicieron dignas de ingresar al 2º Curso de la Escuela de Enfermería, y espera que continúen cultivando éxitos en sus estudios.

9. La IV Convención de Gastroenterología se efectuará en Cartagena durante los días 13, 14 y 15 de marzo del presente año. El tema central que se desarrollará en dicha Convención es ULCERA PEPTICA. — Este Decanato se

- permite invitar al cuerpo médico de Antioquia a tomar participación en las reuniones y en las prácticas científicas que se llevarán a cabo.
10. De la misma manera que en los años anteriores se hará en el presente año una tanda de Ejercicios Espirituales en la semana anterior a la Semana Santa, o sea entre el 14 y el 19 de abril. Durante esta semana continuarán todas las actividades normales de la Facultad y las clases se dictarán hasta el día 19. La asistencia a los Ejercicios Espirituales es voluntaria. En el presente año se realizarán en el Auditorio de la Facultad. Se invita a concurrir y a disfrutar de ellos a todos los Profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina.
 11. La II Semana de Información Médica de la AMA se llevará a cabo entre el 29 de septiembre y el 4 de octubre. A ella concurrirán todos los Profesionales que lo deseen, no sólo de Medellín y del Departamento sino de toda la República. La Comisión Organizadora está integrada por los Dres. Gabriel Toro Villa, Eliseo Velásquez Mejía e Ignacio Vélez Escobar. Esta Comisión está interesada en oír sugerencias acerca de los temas que deben tratarse y sobre las actividades que es preciso realizar, y en tal sentido las solicita del cuerpo Médico.
 12. La Academia de Medicina de Medellín designó como Mesa Directiva para el período de 1952, al Dr. Alfredo Correa Henao, Presidente; Dr. Edmundo Medina M., Vicepresidente; Dr. Oriol Arango Mejía, Secretario; y Dr. Miguel Martínez Echeverri, como Tesorero.
 12. El suscrito Decano de la Facultad de Medicina agradece al Dr. Juan A. Montoya la gentil colaboración durante las actividades del mes de marzo, y anuncia a los estudiantes que están cursando Higiene, que la asistencia a estas conferencias es obligatoria. Para los demás estudiantes es voluntaria y se les invita a concurrir a ellas, lo mismo que al personal de Profesores y al cuerpo médico de la ciudad.
 13. Se ha iniciado la inscripción de los estudiantes que aspiran a ingresar al Curso Preparatorio de las Facultades de Medicina y Odontología, en la Secretaría de la Facultad de Medicina. Los interesados pueden hacerse inscribir.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

PROGRAMA PARA EL CURSO DE TISIOLOGÍA

Cátedra de Tisiología.

Programa para el Curso de Tisiología y Enfermedades bronco-pulmonares no tuberculosas.

I

Iniciación del curso con una disertación sobre la tuberculosis como enfermedad social. Mortalidad y morbilidad tuberculosas. Datos sobre la campaña en Colombia.

Dr. Rafael J. Mejía C.

II

Bacilo de Koch.—Morfología. Coloración, aislamiento, cultivo. Tipos. Caracteres biológicos. Tuberculinas. Toxinas. Acción patógena experimental. Fenómeno de Koch. Ultravirus tuberculoso. Ciclo evolutivo.

Dres. Bernardo Jiménez y
Fabio Vélez.

III

Tuberculosis y herencia.—Generalidades. Herencia del germen: Herencia bacilar e infección transplacentaria por el ultravirus tuberculoso. Herencia del terreno: Heredopredisposición, heredo-resistencia y heredodistrofia tuberculosas.

Dr. Rafael J. Mejía C.

IV

Contagio de la tuberculosis.—Generalidades. Fuentes humanas y animales. Formas del contagio: directas e indirectas. Medios en donde se realiza: Familiar y extrafamiliar.

Dr. Rafael J. Mejía C.

V

Puertas de entrada de la infección tuberculosa humana.—Generalidades. Vías: pulmonar, digestiva, bucofaringea, cutánea, conjuntival y genital.

Dr. Rafael J. Mejía C.

VI

Alergia y anergia tuberculínicas.—Tuberculino-reacciones. Tuberculosis infección y tuberculosis enfermedad. Vacunación antituberculosa. Inmunidad tuberculosa.

Dr. Edmundo Medina

VII

Histo-Patología general de la Tuberculosis.

Dr. Antonio P. Rodríguez Pérez
y Dr. Alfredo Correa Henao.

VIII

Período prealérgico de Debré y Jacquet.—Generalidades. Duración.
Sintomatología.

Dr. Rafael J. Mejía C.

IX

Período primario de Ranke.—Generalidades. Características del período primario. Primo-infección tuberculosa. Sus formas clínicas, evolución, diagnóstico y pronóstico.

Dr. Rafael J. Mejía C.

X

Complejo primario tuberculoso pulmonar.—Generalidades. Anatomía patológica. Evolución. Sintomatología. Formas clínicas. Radiología.

Dr. Edmundo Medina

XI

Complejos primarios tuberculosos extrapulmonares.—Generalidades. Primoinfecciones tuberculosas de localización digestiva (bucofaringea y gastrointestinal), cutánea, genital y conjuntival.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XII

Diseminaciones hemáticas tuberculosas.—Generalidades. Condiciones que deben cumplirse para que las diseminaciones hemáticas tengan lugar: Bacilemia tuberculosa y factores generales y locales. Lugar de procedencia del mycobacterium (focos primarios y de reinfección). Mecanismos de llegada del germen al torrente circulatorio. Distintos criterios para clasificar a las diseminaciones hemáticas (difusión de las lesiones, precocidad, modalidades clínicas y anatomoclínicas y aspecto radiológico).

Tifobacilosis de Landouzy.—Generalidades. Patogenia. Sintomatología. Formas clínicas. Pronóstico. Sepsis tuberculosa acutísima.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XIII

Tuberculosis miliar generalizada aguda.—Generalidades. Epoca de aparición en relación con el ci-

clo de la infección tuberculosa (generalizaciones ultraprecoces, precoces, tardías y terminales). Factores que condicionan su aparición. Patogenia. Anatomía patológica. Sintomatología. Formas clínicas. Radiología. Evolución y pronóstico.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XIV

Tuberculosis hematogena generalizada crónica.—Generalidades. Patogenia. Sintomatología. Formas clínicas. Pronóstico.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XV

Diseminaciones hemáticas tuberculosas intrapulmonares.—Generalidades. Momento de su aparición (precoces y tardías). Sintomatología: asintomáticas (latentes) y manifiestas (larvadas, atenuadas y típicas). Síntomas generales, pulmonares y extrapulmonares. Radiología. Formas clínico-radiológicas. Evolución: regresiva y progresiva. Pronóstico y tratamiento.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XVI

Tisis pulmonares hematogenas.—Generalidades. Características anatomopatológicas generales. Sintomatología: general, pulmonar y extrapulmonar. Radiología. Evolución. Formas clínicas. Tuberculosis pulmonar hematogena con evolución tisiogena. Tisis ulcerofibrosa. Tisis fibrosis densa y tisis fibrosa difusa con enfisema.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XVII

Interpretación radiológica de las distintas formas de tuberculosis.—Clasificación Americana (Internacional).

Dr. Luis Carlos Montoya R.

XVIII

Pleuresías tuberculosas.—Generalidades. Pleuresía serofibrinosa primitiva: Patogenia, época de aparición, anatomía patológica, sintomatología, radiología y pronóstico. Pleuresía tuberculosa purulenta. Tratamiento de las pleuresías.

Dr. Alfonso Mejía C.

XIX

Tuberculosis peritoneal.—Generalidades. Patogenia. Anatomía patológica. Sintomatología. Complicaciones. Pronóstico. Tratamiento.

Dr. Rafael J. Mejía C. y
Luis Carlos Yepes

X X

Tuberculosis laríngea.—Generalidades. Patogenia, Sintomatología. Aspecto laringoscópico. Formas clínicas. Complicaciones. Diagnóstico diferencial. Tratamiento. **Tuberculosis del nasofarín.**—Generalidades. Tuberculosis nasal, Tuberculosis faríngea.

Dr. Carlos Vásquez C.

X X I

Tuberculosis ganglionar periférica.—Generalidades. Tuberculosis ganglionar cervical. Patogenia, formas clínicas, pronóstico y tratamiento.

Dr. Rafael J. Mejía C.

X X I I

Tuberculosis ósteoarticular.—Generalidades. Patogenia, Lesiones tuberculosas sinoviales: generalidades, anatomía patológica, sintomatología, formas clínicas, radiología y evolución. Lesiones tuberculosas óseas: generalidades, anatomía patológica, sintomatología, formas clínicas, radiología y evolución. Osteoartritis tuberculosas: generalidades, anatomía patológica, sintomatología, formas clínicas, radiología y evolución. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las tuberculosis ósteoarticulares.

Dr. Rafael J. Mejía C.

X X I I I

Principales tuberculosis ósteoarticulares.—Mal de Pott. Sacrocoxalgia. Coxalgia y tumor blanco de rodilla.

Dr. Rafael J. Mejía C.

X X I V

Tuberculosis urogenital.—Generalidades. Tuberculosis renal: patogenia, anatomía patológica, sintomatología, radiología, evolución, pronóstico y tratamiento. Tuberculosis vesical. Tuberculosis del aparato genital femenino.

Dr. Gustavo Escobar R.

X X V

Tuberculosis del sistema nervioso.—Generalidades. Meningitis tuberculosa: patogenia, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Tuberculoma encefálico.

Dr. Ernesto Bustamante

X X V I

Tuberculosis del aparato digestivo.—Generalidades. Tuberculosis bucal, del esófago y del estómago.

Tuberculosis intestinal: patogenia, anatomía patológica, sintomatología, formas anatomoclínicas, radiología, coprología, complicaciones, pronóstico y tratamiento. Tuberculosis del apéndice. Tuberculosis ano-rectal Tuberculosis hepática.

Dr. Ignacio Vélez E.

XXVII

Tuberculosis cutánea.—Generalidades. Patogenia. Tuberculosis cutáneas propiamente dichas (lupus vulgar, úlcera tuberculosa, gomas tuberculosas, tuberculosis verrugosa, tuberculosis fungosa y eritema nudoso tuberculoso). Tuberculides (Papulonecrótica y lupus eritematoso). Tratamiento.

Dr. Jorge López de Mesa

XXVIII

Tuberculosis del aparato de la visión.—Generalidades. Tuberculosis de los anexos. Tuberculosis del globo ocular: túnica externa (córnea y esclerótica), túnica media (tractus uveal) y túnica interna (retina y vasos retinianos). Neuritis óptica tuberculosa.

Dr. Marcos Barrientos

XXIX

Tuberculosis cardiovascular.

Dr. Gabriel Jaime Villa

XXX

Tuberculosis de las glándulas endocrínicas.

Dr. Alfonso Velásquez

XXXI

Formas miliares.

Formas neumónicas (infiltrados redondos-lóbitis-neumonía caseosa)-Bronconeumonías-Formas fibrosas y fibrocaseosas.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XXXII

Tuberculosis traqueobronquial y exploración brónquica.

Dr. Eduardo Abad Mesa

XXXIII

Investigaciones de Laboratorio.—Generalidades. Expectoración: obtención del material, pesquisa del mycobacterium de Koch (examen bacterioscópico, cultivo e inoculación al cobayo), lavado bronquial-Determinación de su tipo e investigación de las fibras elásticas, Sangre: recuento globular, fórmula leucocitaria, índice de Arneth, hemograma de Schilling, índice de Vélez, índice de Crawford, eritrosedimentación, reacciones de Vernes, Besredka y Ma-

tefy, hemocultivo y colesterolemia. Exudados, Orina, Líquido cefaloraquídeo.

Dres. Bernardo Jiménez y
Fabio Vélez.

X X X I V

Tratamiento general de la tuberculosis: Régimen higiénico-dietético. Antibióticos.

Dr. Luis Carlos Montoya R.
y Dr. Luis Carlos Yepes

X X X V

Colapsoterapia pulmonar-gaseosa.

Dr. Luis Carlos Montoya R.

X X X V I

Las adherencias pleurales y su tratamiento.

Dr. Rafael J. Mejía C.

X X X V I I

Colapsoterapia pulmonar quirúrgica.—Intervenciones sobre el nervio frénico: generalidades, indicaciones, elección del tipo de intervención, complicaciones y resultados. Toracoplastias: generalidades, indicaciones, elección del tipo de toracoplastia, las toracoplastias más empleadas y resultados. Plombaje o taponamiento pleuropulmonar. Neurolisis intercostal bilateral. Neumotórax terapéutico extrapleural. Aspiración endocavitaria de Monaldi.

Dr. Alfonso Mejía C.

X X X V I I I

Intervenciones radicales.

Dr. Alfonso Mejía C.

X X X I X

Bronquitis no tuberculosas.

Dr. Eduardo Abad Mesa

X L

Asma.

Dr. Elkin Rodríguez A.

X L I

Bronquiectasias.

Dr. Rafael J. Mejía C.

X L I I

Abscesos pulmonares.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XLIII

Enfisema y esclerosis pulmonares.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XLIV

Neumonías.

Dr. Rafael J. Mejía C.

XLV

Sífilis pulmonar-Micosis pulmonar.

Dr. Eduardo Abad Mesa

XLVI

Neumoconiosis.

Dr. Luis Carlos Yepes

XLVII

Cáncer del pulmón.

Dr. Edmundo Medina

XLVIII

Exploración cardio-pulmonar.

Dr. Fabio Vélez A.

ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA GRADUADOS EN 1951

Nº	Nombres:	Fecha:	Acta Nº	Título de la Tesis:
1	Múnera Angel Jaime	Febrero 9.	659	Informe obstétrico Médico-Rural.
2	Calle Vélez Gonzalo	Marzo 16.	660	El D. D. T. en el control de las enfermedades transmisibles.
3	González Londoño Cástulo	Marzo 16.	661	Consideraciones sobre la hemorragia del alumbramiento.
4	Alvarez Sanín Guillermo	Marzo 16.	662	Labores en la Dirección Municipal de Chaparral
5	Arbeláez Isaza Ricardo	Abril 30.	663	Beneficios prestados por la Medicina Rural. Labores desarrolladas en el Centro de Salud de Yarumal - 1950.
6	Chica Molina Bernardo	Mayo 14.	664	Estudio Médico Social de la población de El Retiro.
7	Giraldo Gómez Javier	Mayo 21.	665	Síntesis de Medicatura Rural y Patología regional de

Nº	Nombres:	Fecha:	Acta Nº	Título de la Tesis:
8	Correa Arroyave Alberto	Mayo 25.	666	El Carmen (Chocó) Medicatura Rural en Mom- pox (Bolívar).
9	Arango Velásquez Rafael	Mayo 28.	667	Plan de la campaña antirrá- bica en Medellín.
10	García Ramírez Luis Mario	Mayo 28.	668	Higiene en el Municipio de Istmina. - Informe de la- bores.
11	Salazar Cartagena Diego	Junio 1º.	669	Tos ferina. Diagnóstico y tratamiento con cloramfe- nicol.
12	Muñoz Moreno Jorge	Junio 1º.	670	Algunas anotaciones sobre cardiovalvulopatías crónicas.
13	Crespo Rodríguez Ma- nuel	Junio 4.	671	La convulsioterapia como tratamiento prevalente en la confusión mental. (Tesis con mención honorífica).
14	Jiménez Z. Jaime A.	Junio 18.	672	Labores de salubridad desa- rrolladas en el Mpio. de San Rafael (Antioquia).
15	Villa Escobar Julio	Junio 22.	673	Monografía de Betulia.
16	Burgos Franco Oscar	Junio 22.	674	Anotaciones sobre úlceras de las extremidades infe- riores.
17	Aristizábal Naranjo Raúl	Junio 28.	675	Índice tuberculínico en al- gunas regiones del Mpio. de Támesis.
18	Alvarez García Gabriel	Julio 13.	676	Labores de Medicatura Ru- ral en el Centro del Muni- cipio de Cisneros.
19	Tobón Uribe Mario	Julio 13.	677	Aspecto Médico-Social del Municipio de Nariño.
20	Villa Uribe Guillermo	Julio 13.	678	Informe de Medicatura Ru- ral del Mpio. de Versalles (Valle). Algunos conceptos personales.
21	Restrepo Orta Hugo	Julio 16.	679	Campañas de salubridad en el Chocó en 1950.
22	Zuluaga Arboleda José María	Julio 16.	680	Estudio Médico y social del Mpio. de Betania (Ant.).
23	Torrente Llano Carlos	Julio 19.	681	Consideraciones acerca de un estudio sobre hepatitis aguda-virósica en el Depto. de Antioquia.
24	Torres Santamaría José	Julio 19.	682	Cáncer del intestino grueso.
25	Gutiérrez Martínez Ro- berto	Agosto 27.	683	Hernia inguinal en el niño y algunos datos estadísticos

Nº	Nombres:	Fecha:	Acta Nº	Título de la Tesis:
				de la Clínica Noel de Medellín.
26	Sacco C. Waldemaro	Agosto 20.	684	Reseña sobre la organización sanitaria en el Mpio. de Gómez Plata (Ant.).
27	Carmona Marín Francisco L.	Agosto 24.	685	Eritema nudoso y tuberculosis.
28	Pérez Jorge Enrique	Sepbre. 22	686	Monografía del Municipio de Cáchira.
29	Vélez Restrepo Francisco	Sepbre. 24.	687	Estudio clínico y epidemiológico de la tos ferina y su terapia con terramicina.
30	Puerta Santamaría Juan E.	Sepbre. 28.	688	Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la hipertensión arterial esencial.
31	Sierra Lince Jairo	Sepbre. 28.	689	Higiene del Mpio. de Puerto Berrío. Sanidad epidemiológica y parasitismo intestinal.
32	Gutiérrez Zapata Rafael	Octubre 1º.	690	Monografía de Victoria (Valle)
33	Gartner Nicholls Efraín	Octubre 1º.	691	Monografía de Santo Domingo.
34	Rave Soto Leonel	Novbre. 5.	692	Panorama Geográfico-Higiénico del Mpio. de San Luis (Ant.).
35	Velásquez Restrepo Guillermo	Novbre. 9.	693	Patologías y campañas de salubridad en la ciudad de Quibdó.
36	Arango Vélez Roberto	Novbre. 12.	694	La uretrografía y sus aplicaciones.
37	Rivera Cañas Samuel	Novbre. 23.	695	Formas radiológicas de infección tuberculosa infantil. Imágenes radiológicas más comunes en nuestro medio.
38	Habib Habib Antonio	Novbre. 29.	696	Monografía del Mpio. de Sabanalarga (Atlántico).
39	Henríquez C. Víctor	Novbre. 26.	697	Neumectomías y lobectomías en Medellín.
40	Roldán Fernández Rafael	Dbre. 1º.	698	Banco de huesos.

EL SENADO DE LA REPUBLICA HONRA LA MEMORIA DEL
DR. GIL J. GIL.

Senado de la República
Secretaría

Bogotá, diciembre 10 de 1951.

Señor Rector de la

Medellín.

Academia Nacional de Medicina.

Tengo el honor de transcribir a usted la siguiente proposición aprobada por el H. Senado en su sesión del 7 de los corrientes:

“El Senado de la República Considerando: Que viene de cumplirse el tercer aniversario del fallecimiento del doctor Gil J. Gil; Que el doctor Gil J. Gil fue médico eminente, educador desvelado y profesor de excepcionales conocimientos y capacidades, méritos insignes que lo llevaron a ocupar el Decanato de la Facultad de Medicina y la Rectoría de la Universidad de Antioquia; Que el doctor Gil se distinguió en todas sus actividades de la vida ciudadana por su acendrado patriotismo, su desinteresada voluntad de servicio a las clases necesitadas, su ejemplar espíritu público y su entusiasmo por el progreso moral y material del pueblo colombiano, virtudes éstas que le merecieron el aprecio y respeto de sus conciudadanos, Resuelve: El Senado de la República honra y exalta la memoria del eminente ciudadano doctor Gil J. Gil y presenta su vida como ejemplo de virtudes sobresalientes al pueblo colombiano y en particular a la juventud universitaria. Transcríbase al Alcalde de Medellín, a la Universidad y a la Academia de Medicina de Antioquia y a los familiares del ilustre extinto”.

Soy de usted servidor muy atento,

Alcides Zuluaga Gómez, Secretario del Senado.

EL SENADO DE LA REPUBLICA SEÑALA «DIA PANAMERICANO DEL MEDICO» LA FECHA NATALICIA DEL DR. CARLOS FINLAY

El Senado de la República considerando:

Que el día tres de diciembre, fecha natalicia de una de las mayores glorias médicas de América, el doctor Carlos Finlay, ha sido señalado como "día panamericano del médico" y consagrado a recordar la labor que en pro de la humanidad, con sus descubrimientos y con sus cuidados de tiempo inmemorial vienen llevando a cabo los descendientes de Esculapio:

Que en Colombia, no por callada y desinteresada, la labor del gremio médico ha sido constante y benéfica contribuyendo con sus estudios y cuidados, tanto a mejorar las condiciones sanitarias del suelo patrio, como a combatir endemias que hasta no ha mucho constituían un verdadero azote del pueblo colombiano, paudismo, fiebre amarilla, anemia tropical, sífilis, carate, fiebre tifoidea, tifo, etc., para no citar sino algunas de las más corrientes enfermedades y las que en mayor grado, han diezclado la raza y que es un deber de las corporaciones de representación popular reconocer los servicios de los buenos ciudadanos:

Resuelve:

A nombre del pueblo colombiano consagrar en el día de hoy un recuerdo de agradecimiento y estímulo para tan desvelados centinelas de la salud pública y perennes luchadores en el conflicto del dolor contra el bienestar, de la enfermedad contra la salud, de la muerte contra la vida.

Copia de esta proposición en nota de estilo será pasada a la Academia Nacional de Medicina de Bogotá, a la Academia de Medicina de Antioquia, a la Federación Médica Colombiana, como entidades representativas del cuerpo médico nacional".

**DECRETO POR EL CUAL SE CREA LA LIGA COLOMBIANA CONTRA EL
CANCER**

DECRETO NUMERO 1911 DE 1951

(septiembre 13)

por el cual se crea la Liga Colombiana contra el Cáncer

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades legales,

Decreta:

Artículo Primero. Créase como anexa a la Cruz Roja Nacional y con el nombre de Liga Colombiana contra el Cáncer; una Institución de Beneficencia Social constituida por señoras, a la que servirá como órgano de acción y de orientación el Instituto Nacional de Radium, dependiente del Ministerio de Higiene.

Artículo Segundo. La Liga Colombiana contra el Cáncer, propenderá por el auxilio domiciliario de los enfermos que carezcan de medios necesarios para su tratamiento y para el sostenimiento de sus familias durante la enfermedad, mediante la provisión de alimentos, alojamientos adecuados, ropas, etc., por el mejoramiento de la vida de los cancerosos; por la difusión de las nociones de higiene general indispensables para la vida según las normas dictadas por la gerontología y por la difusión de los medios reconocidos universalmente como eficaces en la lucha contra aquel.

Artículo Tercero. La Liga Colombiana Contra el Cáncer, someterá a la consideración del Ministerio de Higiene para la aprobación del Gobierno, los estatutos y reglamentos que deben regir su propio funcionamiento en los cuales se determinará lo necesario para la creación de Ligas Departamentales y Municipales, que aseguren la eficacia de las labores de la Liga en toda la Nación.

Artículo Cuarto. La Liga Colombiana contra el cáncer, será dirigida por una Junta General de seis (6) señoras nombradas; cuatro (4) por el Ministerio de Higiene y dos (2) por el Comité Central de la Cruz Roja.

Artículo Quinto. La Liga Colombiana contra el Cáncer, como Organismo integrante de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja, disfrutará de las exenciones y prerrogativas concedidas a ésta última por la Ley 142 de 1937.

Comuníquese y publíquese.

Dado en Bogotá a 13 de septiembre de 1951.

(Fdo.) Laureano Gómez

El Ministro de Higiene,

(Fdo.) Alfonso Carvajal Peralta

(Fdo.) Arturo Salazar Herrera

Jefe de Negocios Generales, Personal y Correspondencia.

Es fiel copia.

PROYECTO DE LEY POR LA CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y CIRUGIA EN EL PAIS

(98) PROYECTO DE LEY

por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina y cirugía en el país, y se dictan otras disposiciones conexas.

El Congreso de Colombia
decreta:

Artículo 1o. El ejercicio de la profesión de médico y cirujano constituye una función social y humanitaria; las autoridades, por tanto, deben prestar toda clase de protección y defensa al ejercicio legal de la misma. Los profesionales médicos serán responsables civil y penalmente no sólo por sus actos sino también por sus omisiones voluntarias en el ejercicio de su profesión.

Artículo 2o. El ejercicio de la medicina se regirá por las disposiciones de la presente ley.

Artículo 3o. Para los efectos legales, se entiende por ejercicio de la medicina: examinar, diagnosticar, instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar operaciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física, y en general la otorgación de servicios destinados o aplicados a la profilaxis, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ya sea que ellos se presten directamente, bien por intermedio de instituciones públicas o privadas, tanto de carácter asistencial como sanitario.

Artículo 4o. A partir de la vigencia de la presente ley sólo podrán ejercer la medicina y la cirugía en Colombia los médicos graduados, entendiéndose por tales, para los efectos de la presente ley, los que a continuación se expresan, siempre que sus títulos hayan sido aceptados por la Junta de Títulos Médicos, de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia:

a) Los que tengan título de médico cirujano o de doctor en ciencias otorgado por una Universidad colombiana, reconocida por el Estado, de acuerdo con las leyes que rijan en la materia.

b) Los colombianos que hayan cursado estudios de medicina y cirugía y obtenido el título de idoneidad correspondiente en una Universidad extranjera, de reconocida seriedad y nombre, a juicio de la Junta Central de Títulos Médicos, previa revisión y aprobación por la misma Junta del diploma y demás documentos complementarios. En ningún caso la Junta de que se habla podrá aceptar diplomas o títulos expedidos por facultades extranjeras cuyos planes de estudios sean inferiores a los de la Universidad Nacional.

c) Los médicos colombianos que hayan obtenido sus títulos en

países que tengan celebrados tratados o convenios sobre validez de títulos académicos con Colombia, en los términos de dichos tratados o convenios.

d) Los médicos extranjeros titulados en países que tengan celebrados tratados o convenios sobre validez de títulos académicos con Colombia, siempre que sean naturales por nacimiento de dichos países, y en los términos de esos tratados o convenios con la obligación de presentar además del título original y todos los documentos complementarios debidamente autenticados y legalizados, un certificado del colegio, asociación o federación médica reconocida oficialmente del país que expidió el título, en el cual conste su buena conducta moral y su ética profesional.

e) Los médicos extranjeros cuando sean naturales de países donde los colombianos pueden ejercer y gocen de idéntica prerrogativa, debiendo llenar, para poder ejercer, todos los requisitos que se exigen a los colombianos en sus países de origen para el ejercicio de la profesión. Para expedir la correspondiente licencia la Junta Central de Títulos Médicos se atenderá a una rigurosa compensación numérica. La Junta establecerá esta compensación mediante informaciones de Cancillería, presentadas por el peticionario.

f) Los médicos extranjeros que presenten y sean aprobados en el examen previsto por la Ley 67 de 1935, y decretos que la reglamentación.

g) Los profesionales extranjeros que, a juicio de la Academia Nacional de Medicina, sean acreedores a esta gracia, en razón de sus méritos y renombre científicos, lo cual deberán acreditar ante ella, al igual que su identidad, por medio de documentos debidamente autenticados y legalizados. La anterior excepción debe ser diligenciada a través de la Junta Central de Títulos Médicos, la que en último término será la encargada de extender el correspondiente permiso.

Artículo 5o. No podrán ejercer la medicina en Colombia los profesionales o técnicos extranjeros que hayan sido contratados por la Nación, los Departamentos, Municipios o las Universidades, Facultades, escuelas oficiales o particulares para funciones docentes, de investigación o sanitarias, mientras dure su respectivo contrato. Los profesionales que vengan al país en visitas científicas, docentes o investigativas quedan asimismo sometidos a todas las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 6o. A partir de la vigencia de la presente ley, ninguna autoridad podrá conceder licencias para ejercer la medicina por el sistema alopático. El ejercicio de la medicina y cirugía sólo se permitirá a los profesionales titulados, y en la forma prescrita por la ley. Por

cuanto a la medicina homeopática, su ejercicio sólo será permitido a quienes presenten título de una Escuela Nacional de Medicina Homeopática que acredite su funcionamiento, programas de estudios, etc., y que esté reconocida por el Estado, o de una facultad extranjera, de reconocida competencia.

Parágrafo. Las personas que con anterioridad a la presente ley hubieren obtenido licencia para el ejercicio de la medicina expedida por autoridad distinta a la Junta Central de Títulos Médicos, deberán revalidar ésta en la mencionada Junta, dentro de un plazo improrrogable de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 7o. Es prohibido a todo médico anunciarse en la prensa periódica diaria, hablada o escrita, y en cualquier semanario o revista de interés distinto al interés médico.

Capítulo II

De la medicatura rural y de las licencias para ejercer.

Artículo 8o. En lo sucesivo, la Junta Central de Títulos Médicos sólo podrá expedir licencias para el ejercicio de la medicina a las personas que habiendo terminado los estudios reglamentarios en facultades oficiales o reconocidas por el Estado hayan prestado sus servicios durante un año cuando menos en una zona rural determinada por el Ministro de Higiene, de conformidad con el Decreto-ley 3842 de 1949. En consecuencia, para la obtención de tales licencias los interesados deberán presentar a la Junta correspondiente, además de los documentos que al respecto exige la Ley 67 de 1935, y su decreto reglamentario una certificación del Ministerio de Higiene en que conste haber llenado las disposiciones del presente artículo.

Artículo 9o. Los extranjeros graduados en medicina y cirugía de una universidad extranjera que posteriormente obtengan carta de naturalización en Colombia, no podrán ejercer en el país sin que previamente se haya establecido ante la Junta Central de Títulos Médicos la autoridad de la universidad que otorga el correspondiente diploma y, una vez establecida ésta, si previamente no han prestado, durante un año cuando menos, sus servicios profesionales en alguna de las zonas rurales que determine el Ministerio de Higiene, de conformidad con el Decreto 3842 de 1949.

Artículo 10. Los nacionales de países con los cuales Colombia tenga celebrados Convenios o Tratados de intercambio de títulos profesionales y que busquen ejercer la Medicina en el país, deberán llenar los mismos requisitos especiales o complementarios que a los colombianos con títulos colombianos se exige para ejercer la medicina en su país de origen. Es también requisito previo para ellos el hacer el año de Me-

dicina Rural, establecido por la Ley 67 de 1935, año que para el caso es considerado como un complemento a los estudios nosológicos nacionales.

Artículo 11. Los extranjeros que presenten y aprueben el examen médico al tenor de lo prescrito por la Ley 67 de 1935, únicamente podrán obtener licencia para ejercer la profesión cuando hayan prestado sus servicios profesionales en una zona rural determinada por el Ministerio de Higiene, durante un año, al menos.

Artículo 12. Las personas que en lo sucesivo, de conformidad con el Decreto extraordinario 3842 de 1949, sobre salubridad rural, habiendo llenado todos los requisitos exigidos en la presente ley, vayan a hacer la medicatura rural por el hecho mismo de haber tomado posesión del cargo automáticamente, estarán autorizados para ejercer la profesión dentro de la jurisdicción que les designe el Ministerio de Higiene. A la terminación de este servicio podrán continuar ejerciendo su profesión previa la correspondiente licencia de la Junta Central de Títulos Médicos.

Artículo 13. Derógase el artículo décimo primero del Decreto extraordinario 3842 de 1949.

Capítulo III.

De la Federación Médica Colombiana.

Artículo 14. La Federación Médica Colombiana, reconocida por el artículo 10 de la Ley 67 de 1935, tendrá entre sus fines, la vigilancia de la moral médica, la de los intereses de la colectividad o gremio médico, y los demás fines que señalan sus estatutos.

Artículo 15. En tal virtud la Federación Médica Colombiana actuará como organismo destinado a velar por la solaridad gremial, por la ética y decoro en el ejercicio de la profesión médica y por el establecimiento de medios de protección, prosperidad y auxilio mutuo para los federados. Servirá también de tribunal para los casos de infracción a la moral y ética profesionales, así como para el estudio de cualquier problema de índole profesional que le sometan las Autoridades, el Ministerio de Higiene y la Junta Central de Títulos Médicos.

Artículo 16. La Federación Médica Colombiana se regirá por los estatutos que dicten sus Directivas, de acuerdo con las normas legales.

Artículo 17. Cuando la Federación Médica Colombiana tuviese directa o indirectamente, conocimiento de infracción cualquiera a las disposiciones de esta ley, deberá informar a la Junta Central de Títulos Médicos y a las Autoridades Sanitarias y Judiciales correspondientes,

quienes en el término de 10 días, deberán abocar el estudio o iniciación del proceso pertinente.

Capítulo IV

De la inscripción de títulos.

Artículo 18. Una vez obtenida la correspondiente licencia, para ejercer la medicina en Colombia es necesario inscribir el título correspondiente, con anotación de número y fecha de la mencionada licencia, ante las Direcciones departamentales o municipales de Higiene, en donde se haya de ejercer la profesión, y en la Directiva Nacional de la Federación Médica Colombiana.

Parágrafo 1o. Las Direcciones Departamentales y Municipales de Higiene, así como la Directiva Nacional de la Federación Médica Colombiana, los Comités de los Colegios Médicos Departamentales, los Círculos Médicos Municipales y demás organismos de la Federación Médica, llevarán un libro de registro de matrículas pormenorizadas en cuanto se refiere a nombre del titular, fecha de grado, número del diploma, número de la licencia y dirección.

Parágrafo 2o. Concédese un plazo de seis meses, a partir de la vigencia de la presente ley, para la inscripción de todos los médicos en ejercicio en el territorio de la República y un término de treinta días para aquellos que llegados a una localidad, comenzaron por primera vez a ejercer la profesión.

Capítulo V.

Del ejercicio ilegal de la Medicina.

Artículo 19. Ejercen ilegalmente la Medicina:

a) Todas las personas que sin haber llenado las prescripciones de la presente ley practiquen cualquier acto reservado a los profesionales de la Medicina.

b) Las parteras, comadronas, enfermeras, enfermeros, auxiliares de enfermería, masajistas, hidroterapéutas, fisioterapéutas, optómetras, iridólogos, quiropedistas, naturalistas, fitorapéutas, los que pretenden curar por métodos de hipnotismo o de sugestión, cuando no tienen la licencia correspondiente. la que deberá ser expedida por una Facultad de Medicina o Escuela de Enfermeras, reconocidas por el Estado. De igual manera, los estudiantes de medicina que no hayan obtenido una licencia de la Junta Central de Títulos Médicos. Esta estará obligada a dársela a todo estudiante que haya terminado quinto o sexto año de medicina, hasta la duración de dos años para los primeros y uno para los segundos.

c) Los farmacéutas o vendedores de drogas o preparados medicinales que las recetaren, aunque sean de comercio libre, y los que practiquen cualquiera de los actos reservados a los profesionales de la Medicina.

d) Quienes teniendo título o no, pretenden "diagnosticar" y hacer "tratamientos" por recado o correspondencia.

e) Los médicos extranjeros que no hayan cumplido con los requisitos de la presente ley.

Capítulo VI.

Del anuncio y venta de especialidades farmacéuticas.

Artículo 20. Ninguna droga o medicina de patente, cósmetico o producto destinado a alimentación que se anuncie como especialidad, podrá ser dado a la venta sin que haya sido sometido al análisis y licencia expedida por el Laboratorio de Análisis de Drogas, Cosméticos y Alimentos del Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez, y a las disposiciones que fije dicho Laboratorio. La descripción de la fórmula o componentes, del producto, que las disposiciones del Laboratorio obliga a adherir al recipiente o envase que lo contiene, deberá ser correcta, sin que a ella se agregue o se quite ningún ingrediente activo y sin que los nombres clásicos de la farmacopea se sustituyan por nombres nuevos..

Las medicaciones de origen microbiano, biológico o radioactivo, deberán expresar su valor en unidades de actividad o potencia.

La infracción a las disposiciones serán sancionadas por la suspensión temporal o permanente a los agentes de la casa de la cual es originario el producto para ejercer su representación en el país.

Artículo 21 Es prohibida a toda casa o laboratorio productores de drogas, cosméticos y alimentos, y a sus respectivas agencias, anunciar producto ninguno de su fabricación en la prensa periódica hablada o escrita del país, o mediante anuncios en carteles o volantes o en la pantalla. Los periódicos, empresas de publicidad escrita, radial, cinematográfica, televisada o de tipografía en carteles o volantes, ajenos a la medicina, no podrán publicar avisos ni hacer anuncios de remedios patentados o de índole médica, sin el previo visto bueno de la Federación Médica Colombiana o las Asociaciones Médicas Departamentales reconocidas por el Estado. De dicha autorización deben ofrecer constancia original y las copias del texto del aviso o anuncio, bajo pena de incurrir en multa de \$ 500 moneda corriente por cada vez que el aviso o anuncio sea publicado. Las Directivas Departamentales de Higiene tendrán el encargo de hacer efectivas estas multas.

Capítulo VII

De las sanciones.

Artículo 22. Por atentar contra la salud de los asociados, el ejercicio ilegal de la medicina constituye un delito cuya sanción, por tanto, es del resorte del Código Penal.

Artículo 23. La denuncia será hecha ante la justicia ordinaria con el procedimiento señalado en el Código Penal. Esa denuncia se basará en declaraciones juramentadas ante autoridad competente, declaraciones que deben hacer relación específica al hecho de un paciente haber sido examinado y recetado por la persona a quien se responsabiliza. Las fórmulas firmadas por el responsable, así como sus avisos de propaganda, sus placas murales de anuncio profesional, sus locales o establecimientos de trabajo pertinente, constituyen también pruebas comprobatorias.

Artículo 24. Las autoridades que conozcan de una denuncia contra la presente ley, quedan obligadas a dar a ella curso inmediato y las que fueren renuentes serán castigadas en cada caso, con multas hasta de \$ 200 moneda corriente, las cuales serán impuestas por los Directores Departamentales de Higiene, quienes, en caso de reincidencia en el desconocimiento de esta obligación podrán pedir la destitución de los nombrados funcionarios a la respectiva autoridad jerárquica administrativa. Intendente, Gobernador, etc., petición que éstas estarán en la obligación de atender.

Artículo 25. Incurrirán en la pena de suspensión temporal del ejercicio de la profesión de medicina y cirugía, por un término de tres meses a dos años, los médicos o personas legalmente autorizados para ejercer la profesión que encubran o se asocien con quienes no lo están, y quienes fueren convictos de graves faltas a la ética y moral profesionales, según las normas contenidas en el Código de Deontología Médica.

Artículo 26. Reconócese como Código de Deontología Médica el Código aprobado por la Federación Médica Colombiana y actualmente en vigencia, dentro de la organización de esta institución.

Artículo 27. La suspensión de que habla el artículo 25 de la presente ley será solicitada por la Directiva Nacional de la Federación Médica ante la Junta Central de Títulos Médicos. La respectiva sentencia podrá subir en apelación o en subsidio a la Academia Nacional de Medicina, último tribunal en la materia.

Artículo 28. Las personas que en el territorio de la República ejerzan la profesión de la medicina, así como las parteras y enfermeras, están obligadas a renunciar ante las autoridades sanitarias o de poli-

cía, dentro de las primeras 24 horas, todo caso de enfermedad comunicable.

Artículo 29. La contravención a la anterior disposición será sancionada con multas de \$ 10 a \$ 200, impuesta por la autoridad sanitaria del lugar.

Parágrafo. La división de Bioestadística del Ministerio de Higiene determinará el grupo de enfermedades de declaración obligatoria y fijará y suministrará el modelo de tarjeta para la declaración de enfermedades contagiosas.

Artículo 30. Quedan derogadas todas las disposiciones legales que sean contrarias a la presente ley.

Artículo 31. Esta ley regirá desde su promulgación.

Dada, etc.

Jaime Jaramillo Arango, David Velásquez C., Guillermo de Angulo, José T. Parodi.

Senado de la República.

El anterior proyecto fue presentado el 11 de diciembre de 1951, y se repartió a la Comisión Quinta Permanente.

El Secretario,

Alcides Zuluaga G.

EXPOSICION DE MOTIVOS

del proyecto de ley "por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina y cirugía en el país y se dictan otras disposiciones conexas".

Honorables Senadores:

Incuestionablemente quizás uno de los pocos principios que en el orden de la organización de los pueblos ha encontrado aceptación universal es el de que uno de los deberes primordiales del Estado es el de velar por la salud de la comunidad, y ello no solo por que el Estado debe defender al ciudadano en el bien más precioso que posee, que es su bienestar corporal, sino por que el ciudadano representa en sí para toda nación en todos los órdenes, el mayor de sus valores, la más preciada de sus riquezas. El anterior concepto se fundamenta no sólo en lo que para todo pueblo representa el ciudadano como unidad humana, sino en que de él derivan todos los demás valores que le dan individualidad, sello y nombre a un país, ora en el campo económico, ya en el militar, así en lo material como en lo artístico, en lo material como en lo espiritual. Y si el anterior principio tiene fuerza de axioma

en donde las condiciones del medio unidas a la acción del Estado han desterrado prácticamente la enfermedad, qué no decir de un país en donde la mitad aproximadamente de sus municipios —poblados y zonas rurales que los forman— carecen de médico titulado que pueda prestar la correspondiente atención profesional a la población, de donde resulta el hecho angustioso de que en algunos Departamentos el índice de enfermos que mueren sin recibir asistencia médica se eleva a la exorbitante cifra del 75 por 100, porcentaje quizá no sobrepasado en ningún otro país civilizado, y Nación como la nuestra tan rudamente azotada por todas las enfermedades del trópico, factores que unidos a otras carencias y deficiencias —a la desnutrición crónica, que es su estado normal, a la intoxicación, también crónica, a que el Estado le somete, merced a la explotación del alcoholismo, como recurso rentístico y a la falta de una transfusión biológica, mediante el ejercicio de una política inmigratoria previsora y acertada, hacen que nuestro promedio de vida sea uno de los más bajos que existen, y que nuestros índices de mortalidad, ya infantil como adulta, sean igualmente unos de los más altos conocidos.

Pero la protección de la salud del pueblo no se refiere exclusivamente a la higiene y a la medicina preventiva, o a asegurar la prestación de los cuidados médicos debidos a la población enferma, sino que debe también propender a poner a ésta al amparo de la especulación de comerciantes y charlatanes que usando recursos de todo género, desde las pretendidas fuerzas ocultas hasta la simple mistificación de la superstición, y ofreciendo comúnmente eliseres de pretendidas propiedades mágicas", "cucharadas que pasman la erupción y secan el flujo", "extractos o comprimidos que son un alimento", "jarabes que son un vino tónico", etc., tratan de explotar al incauto, tarea tanto más fácil y lucrativa entre nosotros cuanto que se trata de un pueblo por su ascendencia aborigen crédulo y supersticioso y todavía en un grado alarmante de incultura para poder discernir entre la verdad y el engaño.

Las anteriores verdades, entre otras, son las razones para que algunos profesionales y entidades directivas médicas del país, preocupadas de tiempo atrás de ver cómo asegurar que toda la población colombiana reciba el beneficio de una adecuada asistencia médica y de conseguir una protección efectiva del ciudadano contra empíricos y charlatanes, mediante una ley que reglamenta el ejercicio de la medicina y el comercio de alimentos, específicos y drogas de patente, cuestiones apenas si reguladas entre nosotros por disposiciones diversas y en todo caso incoherentes e insuficientes.

Uno, entre los colombianos más patriotas y desinteresados, y para con quien tiene el país una mayor deuda de gratitud por su esfuerzo y desvelo permanente de muchos años por ver cambiar las condi-

ciones higiénicas de vida del pueblo colombiano y de asegurar a éste el beneficio de la salud, el Profesor Jorge Bejarano, como Ministro de Higiene de la Administración que presidiera el eximio mandatario que fue el doctor Mariano Ospina Pérez, en la legislatura del año de 1948, presentó al Congreso un proyecto de ley reglamentario del ejercicio de la medicina, el cual contemplaba, de una parte, el establecimiento en el país de la medicatura rural, haciendo legalmente compulsoria tal iniciativa, mediante la disposición de que facultad médica alguna nacional pudiera otorgar el diploma de médico y cirujano a quien no demostrara haber ejercido por período no menor de un año en una zona rural, por forma de ver llevarle asistencia médica a todo colombiano, y fijaba, de otra parte taxativamente, las condiciones requeridas, tanto para ejercer la medicina en el territorio colombiano, como para la venta en él de drogas y específicos, señalando al mismo tiempo un cuerpo encargado (la Federación Médica Colombiana) de velar por el cumplimiento de las disposiciones concernientes y de imponer las sanciones correspondientes, no solo a quienes intentaren infringir las disposiciones de dicha ley, sino también a los profesionales que faltaren a los altos deberes a que su augusta misión los ha llamado. Dicho proyecto de ley recibió su aprobación en primer debate el 16 de noviembre del año en mención, en comisión que presidieran otros dos nobles y distinguidos apóstoles de la salud del pueblo colombiano, los doctores Emilio Robledo y Antonio José Lemos Guzmán.

Otra de las disposiciones sabias que contemplaba el proyecto de ley a que nos referimos, era el referente a hacer efectiva al médico la denuncia de las enfermedades comunicables, así como la de los embarazos, nacimientos y abortos de que tengan conocimiento, única base efectiva para el establecimiento de una estadística sobre el movimiento vegetativo del país y por tanto de los cálculos de índole diversa, de orden no solamente demográfico sino administrativo y económico que en todo país moderno se levantan sobre sus índices de población. La estadística del crecimiento vegetativo de un país es a los cálculos de sus capacidades y disponibilidades lo que la contabilidad lo es a la marcha de toda empresa comercial.

El proyecto que hoy tenemos el honor de someter a vuestra consideración mantiene las sabias disposiciones anteriores y suma a aquellas algunas otras que hemos considerado de no menos valor. Hacemos mención especial a la disposición que establece que droga o medicina alguna de patente, cosmético o producto destinado a la alimentación que se anuncia como especialidad, no podrán ser dados a la venta sin que hayan sido sometidos al análisis y licencia expedida por el Laboratorio de Análisis de Drogas, Cosméticos y Alimentos del Instituto Nacional de Higiene Samper y Martínez, y a las disposiciones que fije dicho laboratorio. Bien conocido es que el temor y la credulidad son los mejo-

res aliados de teguas y charlatanes. Y así, mientras más incurable la enfermedad, mayor la inclinación del público ingenuo a dar crédito a las promesas engañosas y codiciosas de falsos descubridores y curanderos.

En el anhelo de revivir el estudio de estos importantes problemas la representación médica que hoy asiste al Congreso, en asocio de la Federación Médica Nacional y del Colegio Médico de Cundinamarca, hubo de celebrar una serie de reuniones, en las cuales el tema fue serena y ampliamente debatido, en orden a redactar un Código que contemple los diferentes aspectos relacionados con el ejercicio de la profesión.

Buscando de otra parte allegar el mayor número de luces al estudio de la cuestión, hubimos de consultar también el proyecto a la Asociación Médica Antioqueña; entidad que por el número de miembros que cobija, lo respetable de las unidades que la componen y el prestigio que le da el nombre de la Universidad en donde ellas se han formado y en la que muchos regentan cátedras con gran lucimiento, constituye una de las entidades médicas más prestigiosas y respetables del país, la cual ha dado su aprobación a las disposiciones en nuestro proyecto contemplados.

Como también hubimos de consultarlas con los directores de la prensa médica del país, profesionales también que, por razón de su estudio y de su elevada moral, son consejeros de la mayor autoridad.

Resultado de dichas deliberaciones y consultas, honorables Senadores, es el proyecto de ley que hoy tenemos el honor de someter a vuestra ilustrada consideración, y para el cual pedimos vuestra aprobación.

Señores Senadores.

Jaime Jaramillo Arango, David Velásquez C., Guillermo de Angulo, José T. Parodi.

ASPIRACIONES DEL ESTUDIANTADO COLOMBIANO

De un reportaje del Sr. Decano de la Universidad Nacional tomamos lo siguiente:

Cuáles son las facultades universitarias que tienen mayor demanda por el estudiantado?.

La mitad de los aspirantes desean ser médicos, la otra mitad se reparte en iguales proporciones entre odontología, arquitectura, ingeniería y derecho. Queda un escaso residuo para las facultades de agronomía de Medellín y Palmira y las de química, medicina veterinaria, farmacia, ciencias económicas y filosofía y letras. Se advierte, pues que la elección estudiantil es muy caprichosa y no parece obedecer a una tendencia vocacional propiamente dicha, sino a la creencia errada sobre la importancia lucrativa de las profesiones. Por este aspecto, la Universidad nada ha ganado con abrir posibilidades, empeño en el cual ha gastado varios millones de pesos, porque el estudiante colombiano sigue creyendo ingenuamente que su porvenir económico está en la medicina, sin que le demuestre lo contrario el hecho de que su comienzo profesional está frizado de dificultades. Las facultades de agronomía y medicina veterinaria, admirablemente dotadas, con la ayuda siempre vigilante de la Institución Rockefeller, no alcanzan a reunir sus primeros años un centenar de alumnos.

Se acaba de inaugurar la especialización de ingeniería florestal en la facultad de agronomía de Medellín con la ayuda de un grupo selecto de profesores americanos que vienen en desarrollo del convenio de asistencia técnica, y solo se dispone de media docena de alumnos que quieran hacer esta clase de estudios. Nadie aspira a cultivar la tierra, pues prefieren pasar a modestos empleos en lugar de contemplar la posibilidad de formarse una posición económica independiente.

Otras Facultades.

—Y qué diremos de las demás facultades, como farmacia, ciencias económicas, filosofía y letras y ciencias?

—Todos sus aspirantes reunidos no alcanzan a 100 alumnos tampoco. Farmacia que ofrece horizontes no sospechados aún por la juventud, puesto que de ellos dependerá pronto la industria de la fabricación de drogas, casi no tiene alumnos. Es curioso que el consenso general de que hablara hace un instante esté tan equivocado a este respecto, pues no hay alumno egresado de la facultad de Farmacia que no esté gozando de magníficos sueldos. En tanto que la multitud de médicos jóvenes, una vez que terminan su medicatura rural caen a puestos o posiciones de ínfimos sueldos, mientras se hacen a una clientela propia. Lo cual dura por muchos años.

En cuanto al cultivo de la ciencia pura es aún más desalentador el cuadro. El instituto de filosofía y letras comienza su vida de facultad con paso vacilante porque los alumnos que allí estudian no tienen más perspectiva que cultivar la ciencia por la ciencia, o el profesorado secundario que por estar aun reglamentado no ofrece mayores atractivos.

La Universidad está gastando dinero para estimular el aprendizaje de las altas matemáticas trayendo profesores y aun ayudando a otras universidades particulares que están empeñadas de difundir también esta ciencia fundamental. Se aspira a que la juventud logre desprenderse del prejuicio de las tres profesiones tradicionales y entre por los caminos variadísimos de las ciencias matemáticas y de la física y aun la astronomía.

Sobre todo la física que hoy presenta un porvenir muy interesante, ya que la industria no podría vivir sin un cuerpo de físicos que habrán de trabajar en equipo con los químicos y los ingenieros.

Es, pues, indispensable orientar a la juventud, también en la elección de su carrera, y para esto esperamos que el curso preparatorio sea el instrumento necesario. La población estudiantil podrá buscar allí con mayor conciencia de sus propias aptitudes, el camino que ha de seguir.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ENSEÑANZA MEDICA

La Quinta Asamblea General de la Asociación Médica Mundial autorizó la organización de una Conferencia Internacional sobre Enseñanza Médica para celebrarla en Londres a principios de septiembre de 1953.

Se ha invitado a la Organización Mundial de la Salud la ONUECC, el CCCICM y la Asociación Internacional de Universidades para que participen.

Se celebrará una reunión de organización preliminar en París, en enero de 1952. En esta reunión se decidirán varios detalles.

El bosquejo general de la Conferencia tal como se ha decidido en principio es como sigue:

Temas para Discusión.

- a — Cuál es el propósito de la enseñanza médica escolar?
- b — Cuáles deben ser los requisitos para ingresar en los estudios de medicina?

c — Qué porcentaje o prelación debe darse en la enseñanza médica a la Medicina Preventiva, a la Medicina Social, a la Medicina Clínica general, a la Especialización, y a la Medicina Psicosomática?

Se seleccionará una persona sobresaliente en el campo de la enseñanza como Presidente Honorario.

En realidad, un pedagogo médico sobresaliente presidirá la Conferencia. La Conferencia en sí celebrará reuniones de secciones y sesiones plenarias. Habrán tres secciones, cada una presidida por un Vice-Presidente.

Dentro de poco se enviarán invitaciones a todos los que están interesados en la enseñanza médica. Ya se han enviado cartas a las asociaciones nacionales miembros solicitando su cooperación.

La Asociación Médica Mundial es de la opinión de que esta Conferencia será la más importante de las que se han celebrado en el tema de la enseñanza médica. No sólo se buscará la opinión de los pedagogos médicos, sino que también la opinión de los médicos en ejercicio que pueden indicar lo que ellos creen ha sido deficiente en la enseñanza médica, de acuerdo con sus propias experiencias en cuanto a la práctica de la Medicina.

Se publicará una información adicional en el Boletín, para que nuestros lectores se mantengan al día en los progresos hechos en la organización de esta Conferencia.

Tomado de "World Medical Association Bulletin".

ESCUELA DE MEDICOS LEGISTAS EN COLOMBIA

El Gobierno Nacional aprobó la resolución del Consejo Académico por la cual se crea una escuela de médicos legistas que vendrá a llenar una necesidad que se hacía indispensable para el mejor desempeño de los médicos a quienes les toca actuar en algunos casos de investigación en todo el país, y que comprenderá un período de dos años, después de lo cual se dará el título a quien haya hecho el curso.

El Texto

El texto de la providencia es el siguiente:

El Consejo Directivo de la Universidad Nacional, en uso de sus facultades legales, acuerda:

Artículo único. Aprobar en todas sus partes el acuerdo número 2 del Consejo Académico que dice:

“Acuerdo número 2 de 1952 (enero 14). Acta número 1. - Por la cual se crea la escuela de médicos legistas dentro del Instituto de Medicina Legal.

El Consejo Académico de la Universidad Nacional, en uso de sus facultades legales, acuerda:

Artículo 1.—Crear la escuela de médicos legistas destinada a esta especialización, en desarrollo del artículo 10 de la Ley 42 de 1945, de 17 de diciembre. La enseñanza para obtener el título de médico legista se hará en dos años y comprenderá las siguientes materias:

Primer año. - Medicina legal un curso. Enseñanza teórica y práctica, un año. Clínica general psiquiátrica, un año. Toxicología (parte médica, sintomatología y tratamientos) 6 meses. Parte de laboratorio toxicológico, 6 meses. Laboratorio forense que comprende bacteriología, serología, balística, exámenes varios, un año. Traumatología forense (parte exclusivamente clínica) 6 meses. Parte de aplicación forense, 6 meses. Medicina del trabajo, un año.

Segundo año. - Medicina legal, 2 cursos. Enseñanza teórica y práctica, un año; Psiquiatría forense (teórica y práctica), un año. Criminología (parte jurídica), 6 meses; (parte médica), 6 meses. Derecho penal, 6 meses.

Artículo 2.—Los cursos se dictarán en el Instituto de Medicina Legal, el cual pondrá al servicio los anfiteatros, laboratorios y sala de conferencias.

Artículo 3.—El curso de clínica general psiquiátrica se dictará en los frenocomios oficiales y la parte clínica de traumatología se dictará en el hospital de San Juan de Dios.

Artículo 4.—Los cursos estarán bajo la dirección y control del profesor titular de medicina legal de la Facultad de Medicina y en su carácter de director del Instituto de Medicina Legal.

Artículo 5.—El profesorado se designará con lo que al respecto disponen la ley orgánica y los estatutos de la Universidad.

Artículo 6.—La escuela de médicos legistas dictará su reglamento sobre la organización de cursos. Este reglamento será sometido a la aprobación de los consejos académico y directivo de la Universidad.

Artículo 7.—Posteriormente fijará el Consejo Directivo de la Universidad los derechos de matrícula respectivos.

Artículo 8.—Sólo podrán matricularse en la escuela de médicos legistas los médicos que tengan título en alguna universidad nacional o

los médicos que hayan obtenido su título en alguna facultad extranjera y que sean reconocidos por el órgano ejecutivo.

Artículo 9.—Al final de cada año se practicarán los exámenes correspondientes del pénsum acordado y se les dará el diploma que acredita su título de médicos legistas en nombre de la Facultad de Medicina (de la Universidad y del Instituto de Medicina Legal).

Artículo 10.—Para el funcionamiento de la mencionada escuela se solicitará una contribución económica de los ministerios de educación, gobierno y justicia, independientemente de la apropiación presupuestal de la Universidad”.