

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 3

— MEDELLIN, AGOSTO DE 1952

— NUMERO 1

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.
Presidente de la Academia de Medicina
Director.

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

Dr. Oriol Arango Mejía
Secretario de la Academia de Medicina

Dr. José Miguel Restrepo R.
Presidente de la A. M. A.

Dr. Alonso Restrepo

Dr. Marco A. Barrientos M.

Dr. Julio Tobón

Sres. Mario Robledo 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

Carta del Dr. George Humphreys II al Director del Hospital 1

TRABAJOS ORIGINALES

Soluciones Salinas en el Post-Operatorio, Uso y Abuso. - Dr. Aristides García Torres 3

Sal Yodada 10

Normas a los Médicos que Elaboran Tesis de Higiene Rural. - Dr. Miguel Gracián 21

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Resolución con motivo de la II Jornada Pediátrica Colombiana .. 28

Discurso del Dr. Alfredo Correa Henao 29

Discurso del Dr. Carlos Andrade Marín 30

ACTIVIDADES DE LA «AMA»

Programa para la Segunda Semana de Información Médica de AMA. 33

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 18 36

Laboratorio de Farmacología en la Facultad de Medicina. - Discurso Inaugural del Dr. Alfonso Mejía Isaza 40

Visita del Profesor Paul Hock al Manicomio Departamental 42

Distinción al Dr. A. P. Rodríguez Pérez 43

Distinción al Prof. A. Correa Henao 44

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 3

— MEDELLIN, AGOSTO DE 1952

— NUMERO 1

EDITORIAL

CARTA DEL DR. GEORGE HUMPHREYS II AL DIRECTOR DEL HOSPITAL

The Presbyterian Hospital in the City of New York
at
Columbia-Presbyterian Medical Center
622 West 168 TH Street
New York, 32, N. Y.

Sr. Dr. Antonio Osorio Isaza.
Hospital de San Vicente de Paúl.
Medellín, Colombia.

Estimado Dr. Osorio:

No di respuesta inmediata a su comunicación de julio 25 de 1952 porque me pareció muy difícil hacer una síntesis en una carta de mis impresiones de los muchísimos cambios que se han llevado a cabo en la Escuela Médica y el Hospital de San Vicente de Paúl, desde mi última visita a los mismos en 1948. Fue supremamente grato observar que las sugerencias hechas por la misión médica de 1948 fueron llevadas a cabo de muchas maneras. En particular el nuevo edificio de patología dirigido por el Dr. Correa debe dar a Ud. gran satisfacción, tanto como al Dr. Correa.

El nuevo departamento de consulta externa es en verdad un gran adelanto, aunque me temo que muy pronto deben ser aumentadas sus salas. Tal vez las áreas ahora en uso como salas de pediatría en los sótanos de los edificios adyacentes podrían ser usadas para ensanchar la consulta externa, después de que el nuevo edificio para pediatría haya sido construído.

El Banco de sangre y los laboratorios para diagnóstico son tam-

bién dos nuevos adelantos de los cuales Uds. pueden estar orgullosos. Ellos marchan en apariencia con toda comodidad, pero yo creo que muy pronto necesitarán mayor espacio.

En el campo quirúrgico, el adelanto en anestesia es especialmente notorio. La consecuencia del envío de médicos jóvenes para ser entrenados por el Dr. Volpitto es uno de los resultados obvios de la misión médica. Creo que sería muy ventajoso el envío de más médicos jóvenes a estudiar anestesia en los EE. UU. ya que la variedad de los problemas de anestesia en el Hospital de San Vicente es aún muy limitado para permitir un entrenamiento realmente adecuado para los médicos jóvenes en esa especialidad aun siendo la instrucción muy competente.

Mi estadía fue demasiado breve para darme cuenta de los cambios en equipo y personal de las salas de operaciones, pero no noté ninguna deficiencia notoria. Debido a que gran número de médicos-cirujanos vuelven de los EE. UU. a trabajar a ese Hospital creo que Ud. debería pensar en un crecimiento anticipado de las salas de cirugía, ya que estos médicos jóvenes desearán llevar a cabo una labor de grandes proporciones, la cual solamente sería posible con dicho crecimiento.

En general, por lo tanto, el mejoramiento de los servicios es actualmente muy notable y constituye un gran avance. Sus planes para futuras mejoras en pediatría, es el próximo gran paso a llevar a cabo y ciertamente es necesario. Para tomar toda la ventaja de estos avances es de gran interés hacer énfasis en un programa de adecuado entrenamiento del cuerpo médico y aumento de la ayuda técnica adicional (technician) para realzar la efectividad del profesorado actual. Dentro de este plan el cambio gradual de enfermeras no graduadas por las tituladas por la escuela de enfermería que ya está funcionando en la Facultad, es de gran importancia.

Estas impresiones son el resultado de una observación muy superficial. Para dar a Ud. otras sugerencias de más ayuda, sería necesario una visita más detallada y larga. Es mi esperanza que la oportunidad para tal estudio detallado pueda llegar en un futuro no distante.

Con sincero aprecio de su cooperación y con mis votos por su progreso efectivo, soy de Ud. muy sinceramente,

George H. Humphreys II, M. D.
Director, Surgical Service.

SOLUCIONES SALINAS EN EL POST-OPERATORIO, USO Y ABUSO.

Dr. Aristides García Torres
Barranquilla

Después de un acto operatorio, de cualquier magnitud que sea, y mientras más grande con mayor razón, existe un desequilibrio de líquidos y electrolitos en el organismo humano. En ello intervienen varios factores, comenzando por la misma operación (el shock quirúrgico, cualquiera que sea su forma), continuando con la pérdida de sangre, los agentes anestésicos, los drenajes, succiones, etc. El problema que tiene que resolver el cirujano consiste en la restitución de esos valores, lo cual principia en el mismo acto operatorio. Momento en que le presta su valiosa colaboración el anestesista, quien por medio del control de datos como la presión arterial, el pulso y la respiración, puede ir restituyendo al paciente dichos elementos, sea con transfusión de sangre total, soluciones salinas, dextrosadas, etc., a medida que avanza la operación. Y es en ello como muchos valoramos a un buen anestesista, pues no es éste el que sólo sabe manejar un aparato de gases o dar una anestesia potencializada, etc., sino nuestro colaborador en mantener la vida del enfermo durante el acto operatorio.

Pero ya salido el paciente del quirófano, es a nosotros y a nuestros auxiliares a quienes nos toca dicha labor. Y es en tal oportunidad cuando necesitamos conocer a fondo la mecánica del desequilibrio hídrico y electrolítico del operado. Debemos saber qué necesita el enfermo: si agua, Sodio, Cloro, Cloruro de Sodio o Potasio.

Durante las primeras 24 horas existe en toda operación una tendencia a la oliguria, más o menos marcada según la magnitud de la cirugía hecha. La disminución de la diuresis es mayor en las primeras 10 a 18 horas. Los electrolitos son así retenidos, y cualquiera que suministremos será retenido, con peligro para el enfermo. El Sodio será peligroso para el corazón. Y el Potasio para los riñones mismos. Durante esas primeras 24 horas nos limitaremos, salvo indicaciones especiales, a hidratar el operado. Lo cual podremos hacer con soluciones glucosadas al 5% **Pero nada de Sodio o Potasio**, a menos que haya signos evidentes de su carencia, y que se normalice la diuresis.

Tasa normal de electrolitos.

Lo contrario de lo que muchos creen, el Potasio existe dos veces más en el organismo que el Sodio. Lo cual se debe a que éste está casi todo en el medio extracelular, mientras que el Potasio se halla

en su mayor parte en el medio intracelular, (músculos, célula hepática, etc.). Y lo peor es que cuando disminuye el Potasio es reemplazado por el Sodio.

Para la determinación de los tres electrolitos básicos del post-operatorio se utilizan métodos químicos y fisico-químicos. Los primeros se usan en la determinación de la cloruremia, que en cualquiera de nuestros laboratorios pueden hacerla. No sucede así con la dosificación del Potasio, Sodio o Cloro en particular, para lo cual se necesita el "fotómetro de llama". Aparato que lo poseen pocos centros clínicos u hospitalarios. Muchas veces porque su costo no está al nivel de sus presupuestos. Cuando no tengamos dicho fotómetro podremos valernos de la cloruremia, del poder de combinación del CO₂ y del NNP (nitrógeno no proteico). Además dispondremos de la buena clínica, base fundamental de la buena cirugía, controlando la pérdida de líquidos: orina, sudor, respiración, drenajes, succión, etc.

Es costumbre de los laboratoristas suministrar el dato de las tasas electrolíticas en mili-equivalentes (mEq).

Qué es un mili-equivalente (mEq)?—El equivalente de un elemento es el peso atómico dividido por su valencia, y el mEq es la milésima parte de éste. En el caso de las sustancias se tomará en cuenta el peso molecular dividido por las valencias de los iones que la integran. Ejemplos: El Cloruro de Sodio (NaCl) tiene un peso molecular de 58.5. Sus iones tienen uno de valencia, luego su equivalente será 58,5, y su mEq igual a 58,5 mgrs. Pongamos ahora el ejemplo del Cloruro de Calcio (CaCl₂). Su peso molecular es igual a: 40 más 35,5 x 2: 111. El Eq. 111/2:55,5. El mEq: 55,5 mgrs.

Demos los mEq de los electrolitos:

K	:	39	mgrs.
Na	:	23	"
Cl	:	35,5	"
NaCl	:	58,5	"
KCl	:	74,5	"

Para cualquier cálculo que necesite hacer el cirujano requiere conocer estos datos, así como la correspondencia en mEq de cada gramo de electrolito, que es la siguiente:

1	gr.	de	K	:	25,6	mEq
"	"	"	Na	:	43,5	"
"	"	"	Cl	:	28,2	"
"	"	"	NaCl	:	17	"
"	"	"	KCl	:	13,4	"

Una persona normal tiene en la sangre:

5	mEq	por	litro	de	K
143	"	"	"	"	Na
103	"	"	"	"	Cl

Lo cual transformado en gramos (multiplicando por lo que representa en estos un mEq) da:

Potasio:	0,195	grs.	por	litro
Sodio :	3,289	"	"	"
Cloro :	3,656	"	"	"

El NaCl (Cloruro de Sodio) será la suma de los dos elementos, o sea unos 6,945 grs. por litro. Cifra que corresponde, más o menos, al dato que nos dá la cloruremia hecha por los laboratoristas.

El contenido en mEq por litro de algunos de los líquidos orgánicos que más interesan al cirujano es el siguiente:

	Na	K	Cl
Jugo gástrico	60,4	9,2	84
Líquido obtenido por succión con el tubo de Miller Abbott (intestino delgado)	82	2,3	43
Bilis, procedente de fistulas biliares o del drenaje de las coledocostomias	148,9	4,98	100,6
Trasudados	130	2,5	90
Orina	40-90	20-60	40-120

Deficiencia de Cloruro de Sodio en el postoperatorio.

Una persona consume de 4 a 10 grs. de sal diarios, de acuerdo con la diuresis y el sudor (el clima). Por los riñones se eliminan de 3 a 6 grs. en 24 horas. Por el sudor, de 1 a 2 grs. El Sodio se encuentra en mayor cantidad en el medio extracelular, por lo cual hay en el organismo más Potasio que Sodio, aunque en la sangre no sea lo mismo. La Natremia normal es de 143 mEq por litro. La cloruremia de unos 5 grs. por mil. Mientras que la Potasemia es de 5 mEq por mil. La oliguria hace retener el Cloruro de Sodio.

El lactante requiere unos 70 mgrs. En una persona de 70 kilos de peso hay 155 grs. de K (más que el Cloruro de Sodio). De estos 155 grs. hay 120 grs. en el tejido celular propiamente dicho —como en los músculos, célula hepática, etc—. En la sangre existen 5 mEq por litro. El excedente de K se excreta casi todo por la orina (90%). El Potasio tiene un umbral de eliminación renal: por debajo de 3,5 mEq por mil (14 mgrs%) no pasa más Potasio a la orina. La cortisona y el ACTH favorecen la eliminación del K, mientras que frenan la del Sodio y del Cloro. Cuando hay deficiencia supra-renal disminuye la eliminación del Potasio en la orina, al paso que aumenta la del Sodio y del Cloro.

No hay que olvidar que en la oclusión intestinal el Potasio aumenta considerablemente: hay hiperpotasemia. Por lo cual si se está haciendo succión con Miller-Abbott no debemos precipitarnos en suministrarle dicho electrolito al paciente. Lo mismo sucede en los estados urémicos. En la anestesia con éter baja la potasemia un 30%. Y en los diabéticos, cuando se aplican grandes dosis de insulina en el postoperatorio, hay grave peligro de hipopotasemia.

El aumento de la diuresis produce la disminución de la potasemia, por el incremento de la eliminación de dicho electrolito. La aplicación sin método de soluciones salinas y dextrosadas, al aumentar la diuresis exageradamente, llevan a la hipopotasemia. Error que debemos evitar.

En las primeras 24 horas no hay necesidad de aplicar Potasio parenteral, por la oliguria natural o fisiológica. Si el paciente se alimenta precozmente tampoco debemos darle K, parenteral. Pero si al segundo día no puede comer, habrá que hacer dicha terapia.

Síntomas de la hipopotasemia en el postoperatorio.—A menos que haya pérdidas anormales de líquidos (drenajes, vómitos, succión, etc.), no aparecerán sino después del primer día.

Cuando nos veamos en la necesidad de saber si un operado requiere K debemos ordenar una Potasemia, pero si no hay "fotómetro de llama" podemos recurrir a: 1. el poder de combinación del CO₂, que debe estar aumentado; 2o. el NNP, que también sube, y 3o. el electrocardiograma (ECG). Este es un examen indispensable. El ECG puede revelar desde una disminución de la amplitud de la onda T hasta una inversión de la misma, en los casos graves. Y siempre habrá un alargamiento del intervalo QT.

Los síntomas clínicos de la hipopotasemia son casi todos comunes con los de la carencia de NaCl. Sin embargo hay dos de ésta que generalmente no aparecen en aquélla, y son: la oliguria y el shock vascular.

Tratamiento de la hipopotasemia en el postoperatorio.—Se pueden usar el Cloruro o el Citrato de Potasio. Pero el más usado es el

primero. Se puede dar por vía oral o endovenosa. La dosis de mantenimiento diaria es de unos 3 grs. (40 mEq).

Se pueden usar dos métodos: 1o. el de las soluciones isotónicas, con 1,14 grs.‰ o 2o. el de Warren H. Cole et al, a base de soluciones concentradas estériles, del 30‰, que se guardan o almacenan para ser usadas en su debido momento, a razón de unos 3 a 6 grs. por litro de soluciones salinas o dextrosadas isotónicas. Pueden darse 2 a 3 grs. de K por hora. Es mejor que la concentración siempre esté cerca de la isotonía.

Contraindicaciones del uso del K.—1o. En los nefríticos. 2o. En los casos de deshidratación con oliguria. Debiendo entonces restablecerse primero el equilibrio hídrico y la diuresis.

Controles.—Deberán hacerse potasemias durante el suministro parenteral de K y el electrocardiogramas. Si no hay "fotómetro de llama", para las potasemias, ordenaremos: determinación del poder de combinación del CO₂ y NNP.

Déficit simultáneo de Cloruro de Sodio y Potasio.—En tales casos usaremos las cantidades necesarias de soluciones salinas fisiológicas, completando las tasas con preparaciones particulares de los electrolitos, según los métodos mencionados.

Ejemplos: Pongamos el caso de una gastrectomía subtotal. Si el paciente no puede alimentarse precozmente, con diuresis más o menos normal (cerca de 1 litro) y succión de un litro por día, debemos darle 3 grs. diarios de K.

En una coledoscotomía, con eliminación de 500 c.c. de bilis, daremos de 2 a 3 grs. Si la bilis sube a 1 litro, subiremos a 6 grs. de K por día. La restitución de alguna cantidad de bilis (de 100 a 200 c.c.) por vía rectal hará disminuir esa necesidad, además, de que hace desaparecer el meteorismo y el estreñimiento.

RESUMEN:

- 1) En las primeras 24 horas de un operado nada de sal ni K.
- 2) Podrán darse ese primer día si hay pérdidas anormales (vómitos, succión, drenajes, etc.), siempre y cuando que se normalice primero la diuresis.
- 3) La diuresis puede restablecerse por medio de soluciones dextrosadas isotónicas o hipertónicas.
- 4) No debe olvidarse que en todo operado hay una oliguria fisiológica el primer día.
- 5) Cuando el paciente comienza a comer puede suspenderse el suministro parenteral de electrolitos.
- 6) El ECG es indispensable para el control de la Potasemia en el postoperatorio.

Bibliografía:

- 1) Cole, Warren H. et al.—Surgical Clinics of N. A.—Feb. 1952.
- 2) Earle, David P. et al.—Journal of Medicine, X:4—468 (1951).
- 3) Danowski, T. S.—The American Journal of Medicine.—XI: 3—283 (1951).
- 4) Varela Fuentes.—Acidosis y Alcalosis en la Clínica.—2a. edic.—30—48—50—327 (1941).

Barranquilla.—Carrera 43 No. 45-68.

SAL YODADA

Con motivo del Artículo del Dr. Hernando Duque Maya publicado en el N° 9 de «Antioquia Médica», el Dr. Jorge Bejarano envió los siguientes Artículos para que fueran insertados en esta edición.

Bogotá, julio 28 de 1952.

Señor Profesor Alfredo Correa Henao,
Director de ANTIOQUIA MEDICA.
Medellín.

Distinguido colega y amigo:

En el número 9 de la Revista ANTIOQUIA MEDICA, correspondiente a junio y que acabo de leer, encuentro publicada, sin fecha ni año, una carta que en agosto del año pasado, tuvo la bondad de dirigirme desde Salamina, el distinguido colega doctor Hernando Duque Maya.

Por parecerme que su observación podía tener interés para la campaña contra el coto, que yo mismo inicié y promoví cuando fui director nacional de Salubridad, antes de la creación del Ministerio de Higiene en 1947, desde donde hube de continuarla, pasé la carta del doctor Duque al doctor Rogier, Director del Servicio Cooperativo de Salud Pública, para que el Instituto de Nutrición diera la respuesta que demandaba la sugerencia que hacía el colega de Caldas, cuya tesis, no respaldada por ninguna estadística ni estudio a fondo como lo exige la cuestión que él plantea, podía traer serios quebrantos a una campaña sanitaria de tal vastas proporciones y trascendencia para Colombia,

avergonzada y afligida todavía por una epidemia que ha sido combatida y desaparecida de todos los países donde existía.

Considero de extrema importancia que su autorizada Revista publique con esta carta mía, la respuesta que el Director del Instituto de Nutrición dio al doctor Duque Maya, así como el estudio de la encuesta realizada en Caldas sobre incidencia del coto, documentos que le acompaño.

De paso debo observar que sin negar a nadie libertad para comentar la bondad o inconveniencia de cualquier campaña sanitaria, sí es de conveniencia que nos guardemos de conceptos carentes de respaldo, máxime si como en el caso de la lucha contra el coto hay toda una experiencia en otros países que han usado el yodo sin anotar los fenómenos que aquí se le achacan sin verdadero fundamento.

Con mi cordial saludo me suscribo su colega y amigo,

Jorge Bejarano

República de Colombia - Ministerio de Higiene - Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública - Departamento de Nutrición. - Número 1.212.—Bogotá, octubre 16 de 1951.

Señor doctor Hernando Duque Maya.
Salamina (Caldas).

Estimado colega y amigo:

El Profesor Jorge Bejarano me ha referido su carta de agosto 29 para que trate de absolver algunas de las dudas que Ud. plantea en ella.

Permítame antes que nada felicitarle muy sinceramente por el interés que toma en los temas de la salud pública, en especial en lo referente al problema del coto simple y también por las atinadas y documentadas observaciones y reflexiones de su carta.

Me permito incluirle con la presente una separata del artículo que se publicó en la Revista del Ministerio de Higiene el año pasado y que contiene una historia sucinta de la trayectoria que ha seguido en el país la lucha contra el coto simple. También me permito incluirle una circular mimeografiada que explica por qué no se ha incrementado la distribución de la sal yodada.

En cuanto a los puntos concretos de su carta me permito informarle lo siguiente:

- 1 - La sal yodada procedente de los Hornos de Casa Blanca en Zipaquirá se está produciendo en la cantidad de unas 300 toneladas mensuales y se distribuye exclusivamente en el departamento de Caldas a través de las agencias de distribución del Banco de la República en Manizales, Aranzazu, Pácora, Salamina y Aguadas.
- 2 - Esta sal es yodada en la proporción de 5 miligramos de yodo por

100 gramos de sal, bajo el control técnico y analítico directo del Instituto Nal. de Nutrición.

- 3—La distribución de esta sal yodada en el departamento de Caldas se inició en el mes de julio de 1950.

En cuanto a sus observaciones, interesantísimas, sobre la mayor frecuencia de síndromes hipertiroidianos desde hace más o menos un año en la clientela de su consultorio de Salamina, poco es lo que yo podría decir.

Se me hace dudoso que la etiología de este síndrome sea el consumo de una sal yodada en las proporciones que le apunté, y ello por las consideraciones siguientes:

- 1^a—En Italia, Suiza, Francia y Estados Unidos el consumo de sal viene haciéndose desde hace 27 a 52 años, con una proporción de yodo en sal exactamente el doble de la que se está utilizando en Colombia, es decir, de 10 miligramos por 100 gramos de sal, sin que hasta la fecha se hayan presentado informes sobre un aumento de síndromes hipertiroidianos con excepción de un porcentaje que ha oscilado entre 2 y 5 por 10.000 en la población en que la tirotoxicosis ya presente sufrió un recrudescimiento.
- 2^a—En los países suramericanos, Brasil, Argentina, Perú y en pequeña escala Bolivia y el Ecuador, la experiencia en el consumo de la sal yodada aunque de corto tiempo tampoco señala trastornos de esta índole.
- 3^a—En Colombia desde 1946 se han tratado profilácticamente al rededor de 40.000 personas: 36.000 niños y unos 4.000 adultos, por medio de pastillas de yoduro de potasio de 10 miligramos cada una, con un suministro de 20 pastillas en días consecutivos y 6 meses después otras 20 pastillas.

Es decir, el consumo total de yoduro de potasio es de 400 miligramos en un año en dosis altas durante corto tiempo. Esta cantidad es más del doble de la cantidad que se ingiere en el año por el consumo de sal yodada (182 miligramos aproximadamente). Hasta la fecha no hemos recibido ningún informe en que se me describan trastornos de la función tiroidiana similares al que Ud. reporta en su carta.

- 4^a—Toda esta experiencia acumulada a través de los años en todos los países del mundo han hecho que las recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud en diversas conferencias, en especial en las conferencias regionales de nutrición para la América Latina de Montevideo, Río de Janeiro, especifiquen claramente que se debe dar al consumo una sal yodada en la proporción de 10 miligramos por 100 gramos de sal en todos los países en los que el coto simple constituye un problema de salud pública.

Por ello se me hace de extraordinario interés estas observaciones tan minuciosas así el del Dr. Rafael Marulanda Villegas y me permito sugerirle lo siguiente:

- 1 - Sería de gran importancia el que ustedes llevaran una estadística de tales casos con detalles acerca de la edad, fecha de la aparición de los síntomas, etc.
- 2 - En esos pacientes y en aquellos en quienes por poseer una constitución con tendencia al hipertiroidismo Uds. juzgaran adecuado hacerlo, supresión del consumo de la sal yodada. Esto es sumamente fácil de realizar puesto que la sal yodada es la repartida por el Banco de la República en sus Agencias oficiales y durante mi gira por el Departamento de Caldas pude apreciar que allá se expende sal de salados naturales vulgarmente llamada maiba de color ligeramente amarilloso y que analizada en el Instituto Nal. de Nutrición demostró no contener cantidades significativas de yodo. Es difícil por procedimientos caseros lograr la separación del yodo de la sal yodada. Sin embargo, voy a dirigirme al Banco de la República con el objeto de que suministre pequeñas cantidades de sal sin yodar a sus agencias de distribución en Caldas con el objeto de que ustedes puedan formular a sus pacientes el consumo de esta sal carente de yodo.

Me complace sobremanera la observación que hace Ud. de la disminución de la incidencia de coto simple desde que la sal yodada se está distribuyendo en ese Departamento. A finales de este año o a principios del entrante el Instituto de Nutrición se propone realizar una encuesta de incidencia del coto simple en esa región con el objeto de poder apreciar objetivamente las consecuencias del consumo de la sal yodada. Sería muy interesante comprobar en esa oportunidad la incidencia de estados hipertiroidiano de fecha reciente. Espero tener la colaboración del Instituto Nal. de Radium para esa encuesta ya que ellos van a disponer de yodo radio-activo lo que nos permitiría realizarla en condiciones de objetividad intachable.

Permítame una vez más felicitarlo y espero seguir recibiendo sus interesantes observaciones al respecto. También espero tener el placer de saludarlo cuando la encuesta a que me he referido se realice.

Con mi atento saludo, me suscribo, muy atto. y s. s.,

Por: *Jean F. Rogier, M. D.*, Director del SCISP.

José Góngora y López, M. D., Jefe del Instituto Nal. de Nutrición.

ESTUDIO ACTUAL DEL BOCIO SIMPLE Y LA DISTRIBUCION DE LA SAL YODADA EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS

En la fecha ha transcurrido un año y medio desde que el Instituto Nal. de Nutrición en cumplimiento del contrato celebrado entre el Gobierno Nacional y el Banco de la República en noviembre de 1949 y ratificado por el Consejo de Estado en marzo de 1950, comenzó la producción de unas 300 toneladas de sal técnicamente yodada en el Horno de Casablanca de Zipaquirá, propiedad del Banco de la República.

La distribución de esta sal yodada debe hacerse exclusivamente en una región correspondiente a la primera zona cotígena del país designada por la Resolución N° 300 de 1949, Abril 12, Ministerio de Higiene, con el propósito de poder obtener para sus habitantes los beneficios integrales del consumo exclusivo de sal yodada.

Esta distribución estaría naturalmente a cargo de la Sección de Salinas del Banco de la República. Consultando estos objetivos de distribución exclusiva de sal yodada y al mismo tiempo la facilidad de distribución de dicha dependencia del Banco de la República se convino por las partes interesadas, Ministerio de Higiene, Banco de la República y Sección de Salinas e Instituto Nacional de Nutrición, en seleccionar una zona del Depto. de Caldas comprendida entre Manizales y Aguadas.

En noviembre de 1950 se efectuó una visita a esta zona del Departamento para estudiar el efecto de las condiciones ambientales y de almacenamiento, empaque etc. de la sal yodada en sus lugares de consumo y la estabilidad del yodo en dichas circunstancias. También se controló la distribución exclusiva de sal yodada en el mismo Departamento. En ambos casos los resultados fueron satisfactorios con pequeñas deficiencias en la distribución de la sal que fueron subsanadas de inmediato mediante la cooperación de las direcciones de Higiene Departamental de Caldas y Municipal de Manizales.

En la fecha el Instituto Nal. de Nutrición resolvió controlar de nuevo las condiciones de la distribución de la sal yodada en el mismo Departamento, así como estudiar la posible disminución de bocio simple que hubiera podido efectuarse en el corto tiempo de año y medio de distribución "exclusiva de sal yodada". Los resultados de esta inspección fueron los siguientes:

Primero - Bocio simple e incidencia actual

Se trató de obtener información otra vez de cuatro fuentes que se especifican:

- a) — Examen directo realizado por el médico nutriólogo del Instituto Dr. Fernando Mejía Caicedo. - Se examinaron unos 400 escola-

res en los que se encontró un índice de positividad de 90%. También fueron examinados 300 adultos de la zona rural con índice de positividad de un 60%.

Comentario.—Porcentajes prácticamente idénticos a los encontrados en la encuesta nacional del bocio simple de 1945 a 1948.

b)—El médico escolar del Centro de Salubridad de Manizales anota los siguientes porcentajes de hipertrofia de la tiroides en niños examinados en ese Consultorio:

Año de 1944, examinados 2.890 con hipertrofia 161 - porcentaje 5,6.

Año de 1950, examinados 2.654 con hipertrofia 209 - porcentaje 7,9.

Año de 1951, examinados 3.521 con hipertrofia 352 - porcentaje 10.

Comentario.—Datos no concluyentes puesto que los niños acuden a esa consulta por enfermedades varias y no son representativos de la población escolar, según la misma opinión escrita del Dr. Montes. Hay una aparente tendencia al aumento de la positividad, de 5,9% a 10% lo que podrá explicarse por una de dos causas, de acuerdo con la opinión del mismo médico: la primera es el mayor cuidado con que se examinan los tiroides desde el año de 1950 en que comenzó la distribución de sal yodada; y segundo el hecho de que la población de la región no está consumiendo exclusivamente sal yodada y por lo tanto toda apreciación se dificulta.

c)—Estadísticas de bocio simple tomadas del distrito militar N^o 19 de Manizales:

Población	Fecha	Examinados	Positivos	Porcentajes
Aguadas	Junio 1948	174	14	8.05
"	Nov. 1948	245	33	13.5
"	Marzo 1950	231	19	8.15
"	Marzo 1951	170	3	1.77
"	Agosto 1951	99	1	1.01
Pácora	Junio 1948	165	45	27.3
"	Marzo 1950	195	14	7.2
"	Marzo 1951	109	1	0.92
"	Agosto 1951	899	0	0
Salamina	Junio 1948	193	43	22.4
"	Marzo 1950	251	25	9.9
"	Marzo 1951	157	7	4.46
"	Agosto 1951	181	2	1.01
Aranzazu	Marzo 1950	124	33	26.6
"	Marzo 1951	74	2	2.7
"	Agosto 1951	81	0	0

Población	Fecha	Examinados	Positivos	Porcentajes
Neira	Junio 1948	122	37	31.05
„	Marzo 1950	223	33	14.7
„	Marzo 1951	179	12	6.7
„	Agosto 1951	125	1	0.80

Comentario.—Como se puede observar, los anteriores datos, dados sus índices en extremo variables no permiten hacer un análisis estadístico que pueda calificarse de verdadero.

d) —Encuesta entre directores de higiene, médicos escolares, médicos de centros de salud y médicos particulares.

En once respuestas obtenidas, todas ellas coinciden en la alta incidencia del bocio simple y su aumento en los últimos años.

Segundo - Efectos de la distribución de la sal yodada

En el año y medio transcurrido desde que se comenzó la distribución de sal yodada en el Departamento de Caldas pueden esperarse dos tipos de resultados:

a) Disminución de la frecuencia del bocio simple.

Como es aparente en los datos expuestos en el punto primero, no parece que se haya producido una disminución apreciable de la incidencia, a pesar de que 5 de los 11 entrevistados estiman que sí ha habido una disminución del bocio simple computándola algunos de ellos en un 10% durante el lapso de distribución. Entre los que se expresan así se encuentra el Dr. Tulio Gómez Mejía, Secretario de Higiene Municipal de Manizales y el Dr. Jesús Montes, médico escolar de Manizales; los demás encuestados expresan que por llevar corto tiempo en la región no pueden dar opinión efectiva. Se encuentra que los tres entrevistados que no han apreciado disminución, trabajan todos en Pereira, región en la que la distribución de la sal yodada sólo ha sido hecha por iniciativa unilateral del Banco de la República en los últimos tres o cuatro meses.

En la imposibilidad de poder confiar en las estadísticas de la sanidad militar por las razones expuestas y por el hecho de no haberse cumplido la condición de distribuir exclusivamente sal yodada en la región en la que se pretende comprobar los resultados de la distribución de esa sal yodada, es suficientemente satisfactorio la unanimidad de pareceres expuesta por los médicos e higienistas encuestados sobre la disminución del bocio simple y por consiguiente sobre la efectividad de la yodización de la sal como medida preventiva y curativa de esta endemia.

b) Presunto aumento del hipertiroidismo.

Como en la prensa se habían hecho algunas publicaciones llama-

tivas sobre un presunto aumento de casos de hipertiroidismo en un lugar de la zona en que se estaba distribuyendo la sal yodada, se ha procedido a averiguar en la encuesta si ese fenómeno se producía en otros lugares o regiones. La respuesta unánime de los 11 entrevistados al respecto fue negativa. Hay que tener en cuenta que los entrevistados fueron médicos que por su dedicación a los asuntos de salud pública están suficientemente capacitados para conocer rápidamente sobre estos problemas de salud pública. La lista de los médicos encuestados es la siguiente: Dr. Tulio Gómez Mejía, Secretario Municipal de Higiene de Manizales; Dr. Jesús Montes, Médico Escolar de Manizales; Dr. Carlos Arturo Jaramillo, ex-Gobernador del Depto. de Caldas; Dr. Germán Hoyos, Gerente de la Flota Mercante Gran Colombiana en Manizales; Dr. Evelio Gómez Mejía, Director del Centro de Salud de Neira; Dr. Evelio Sosa Giraldo, Médico en Neira; Dr. Eduardo Mejía R., Director de Higiene en Aranzazu; Dr. César Toro Duque, Médico Rural de Calarcá; Dr. José Alberto Gutiérrez E., Director Municipal de Higiene de Pereira; Dr. Jaime Gutiérrez Mejía -Clínica de Urgencia-Pereira; Dr. Ricardo Mejía Isaza, Director del Dispensario Antituberculoso en Pereira. La respuesta a la pregunta "¿Se ha observado mayor incidencia de hipertiroidismo en su clientela o grupo con el cual trabaja en el último año y medio?" fue unánime y enteramente negativa.

En vista de ello el Dr. Fernando Mejía Caicedo, Médico Nutriólogo del Instituto Nal. de Nutrición se trasladó a Salamina y entrevistó al Dr. Rafael Marulanda Villegas, uno de los dos médicos de Salamina, únicos que han señalado en publicaciones periódicas un presunto aumento de hipertiroidismo coincidente con el lapso de distribución de la sal yodada. El Dr. Fernando Mejía C. tenía la intención de examinar a los pacientes, sus historias clínicas, las estadísticas, etc. pero desgraciadamente se le informó que *no existían historias clínicas, ni estadísticas y que los enfermos no podían ser examinados por vivir en zonas rurales y ser desconocidas sus direcciones. Tampoco se pudo obtener ni siquiera un dato aproximado sobre el número de tales presuntos enfermos.* Tales fueron las declaraciones textuales del Dr. Marulanda Villegas. Es por consiguiente totalmente inútil tratar de juzgar si el índice previsto universalmente sobre intolerancia al yodo en dos por diez mil, es mayor en nuestro pueblo, especialmente en Salamina, que en los demás lugares del mundo donde la experiencia de la administración de sal yodada tiene más de 50 años en su haber. Además, es de tremendo significado el hecho completamente comprobado de que, debido a la iniciativa unilateral del Banco de la República, como se explica en el punto tres, *la población de Salamina no recibe desde Noviembre de 1950 sal yodada y todo su consumo consiste en sal sin yo-*

dar. Es por consiguiente totalmente inútil seguir considerando este punto.

Tercero - Distribución de la sal yodada en el Departamento de Caldas

Como se dijo al principio, de acuerdo con la Resolución del Ministerio de Higiene N° 300 de Abril 12 de 1949, la sal yodada sería distribuida "con exclusividad en las regiones cotígenas que se seleccionarán de acuerdo con la capacidad de producción de esta sal". Como la producción inicial de unas 300 toneladas mensuales del Horno de Casa Blanca coincidía apreciablemente con las necesidades de consumo en la región de Caldas comprendida entre Manizales y Aguadas, fue seleccionada esta zona de común acuerdo entre la Sección de Salinas del Banco de la República y el Instituto Nal. de Nutrición; en esta selección también se tuvo en cuenta la facilidad de distribución. Se convino de una manera clara y precisa que en esa región se distribuiría sal yodada con excepción de la sal para ganado.

Sorprendentemente las informaciones obtenidas en la visita a Caldas concuerdan en que en esta región se está distribuyendo tanto sal yodada como sal sin yodar por parte de las agencias del Banco de la República y ello en proporción aproximada de 50% de cada una. También de un modo inconsulto, se ha procedido a la distribución de la sal yodada, desplazada por la sal sin yodar en esta región, en otros Municipios de Caldas como Pereira. Todo eso ha sido realizado sin previa consulta con el Instituto Nal. de Nutrición, ni con el Ministerio de Higiene.

No sólo esta distribución inconsulta elimina toda posibilidad de beneficiar al pueblo consumidor y de obtener los resultados que permitan apreciar la bondad de la campaña sino que, además, crea, como ya se había pensado, un problema económico de bastante consideración. En efecto, a cada una de las agencias les llega sal yodada a \$ 14.00 el bulto y sal común a \$ 12.50. Estas agencias distribuyen al comerciante las dos sales, para ser vendida la sin yodar a \$ 0.15 la libra, es decir, al mismo precio de la yodada. Por esta razón el pequeño comerciante solamente está interesado en comprar sal de \$ 12.50 que puede vender con una buena ganancia a \$ 0.15 y hasta \$ 0.20 como es el caso en algunas poblaciones.

Ahora, respecto a la sal yodada, a pesar de su precio de \$ 14.00 bulto, es casi totalmente comprada por los ganaderos que han encontrado que es excelente para el ganado pues lo engorda y no le permite el coto que es tan frecuente entre los terneros y el ganado mayor en Caldas.

Como podrá verse el problema es tremendo. Mientras existan dos tipos de sal, con esa diferencia de precios, siempre se correrá el peligro anotado. En nuestro medio ha habido tendencia a la especula-

ción, y con esta clase de ayuda, con más razón se hará. Es ayuda porque se presentan al mercado dos sales de aspecto idéntico, en que la única diferencia está en el empaque pero que una vez salida de éste no se puede diferenciar ni al gusto, ni al olfato, ni al tacto.

Las anteriores consideraciones hacen obvia una debilitación de los resultados de la campaña en que se habían fincado tantas esperanzas.

Necesidades de llevar a cabo los proyectos del Instituto Nacional de Nutrición sobre sal yodada

El Instituto Nacional de Nutrición había alcanzado que, al realizar una encuesta de sondeo en la zona del Departamento de Caldas, escogida para el suministro exclusivo de sal yodada, después de año y medio de haberse iniciado el consumo de esta sal, se encontraría una disminución en la incidencia del bocio simple, si no apreciable, al menos sensible.

Desafortunadamente, los datos tomados al respecto por el Dr. Mejía Caicedo, Médico Nutriólogo del Instituto Nal. de Nutrición, en el mes de noviembre de 1951 no permiten hacer una clara aseveración en este sentido, pero la causa no es precisamente la ineficacia de la sal yodada, sino la desordenada distribución de la misma. Para obtener cifras ciertas y concluyentes era indispensable que el Banco de la República hubiese distribuido exclusivamente sal yodada en esa zona y, francamente, el Instituto Nal. de Nutrición no se explica por qué se ha distribuido sal sin yodar en cantidad prácticamente igual a la yodada, al paso que una parte de la producción era distribuida en regiones distintas a la zona escogida, tales los casos de Pereira y Armenia.

De todas maneras, el problema del bocio subsiste y el Instituto Nal. de Nutrición del Ministerio de Higiene que es la entidad a quien corresponde afrontarlo, apela al concepto universal y al del cuerpo médico nacional para sustentar su programa de distribución de sal yodada en la totalidad del país como única solución para combatir esta endemia.

La parte fundamental de este programa es desde luego el aumento de la producción de sal yodada, para atender el cual, el Instituto Nal. de Nutrición ha elaborado proyectos completos para la producción de 3.000 toneladas mensuales de sal yodada en Zipaquirá (cantidad elevable a 6.000 toneladas mensuales con el doble efecto proyectado) y para la yodización de la sal extraída de las salinas marítimas de Galeirazamba.

Hace exactamente un año que el Instituto Nal. de Nutrición presentó el nuevo Proyecto de Zipaquirá, junto con los respectivos presupuestos a la consideración del Comité de Salinas del Banco de la República. Este Proyecto se elaboró y se presentó de acuerdo con las disposiciones del contrato firmado en noviembre de 1949 entre el Gobier-

no Nal. y el Banco de la República, según el cual la producción de sal yodada se iría aumentando a medida que lo permitieran las circunstancias obligándose a su vez la nación a prestar toda ayuda técnica para el proceso y su control por intermedio del Instituto Nal. de Nutrición y a suministrar al Banco de la República los reactivos necesarios a su precio de costo.

El Comité de Salinas del Banco de la República consideró que el costo del proyecto (\$ 240.000) no justificaba su realización pues se tenía ya proyectada la planta de elaboración y refinación de sal aleada a la planta de soda de Betania utilizando el vapor sobrante de esta última y que en dicha instalación se procedería a verificar la yodización de la sal.

El Instituto Nacional de Nutrición respeta este criterio pero no puede compartirlo por la sencilla razón de que no se sabe cuándo operará la planta de sal en Betania y las necesidades en el campo de la salud pública no admiten espera. Además, si a su presentación se hubiese aprobado el proyecto mencionado, haría 6 meses, por lo menos, que se estaría suministrando sal yodada a una gran parte (aproximadamente 35%) de la población colombiana. Además esa planta estaría hoy totalmente amortizada.

Ahora, si se quieren hacer algunas consideraciones económicas, se puede mencionar que el Banco de la República debe al Gobierno Nacional, Ministerio de Higiene, una suma del orden de \$ 100.000 procedente del aumento del precio de venta de la sal yodada autorizado por el Gobierno Nacional y que, además, la nación, mediante la Ley 44 de 1947, autorizó al Banco de la República para proveer con todos los recursos a la yodización de la sal, resarciéndose el Banco de los anticipos hechos, mediante el ingreso de \$ 0.01 adicional en la venta de cada libra de sal yodada. Al calcular los ingresos por concepto de este precio de venta se puede deducir que el costo del proyecto se amortiza en 6 meses de funcionamiento. Se debe tener también en cuenta que, el consumidor tendría en este caso un mayor desembolso de sólo \$ 0.10 anuales debido a que, en promedio, un ser humano consume 10 libras de sal al año.

De lo anterior se puede deducir que la sal yodada eliminaría uno de los principales problemas del país con un costo prácticamente despreciable y que no se justifica seguir posponiendo este proyecto, reclamado por la conciencia de salud pública del país, como no se justifica tampoco el intento de desvirtuar y anular la actual empresa de suministro de sal yodada a Caldas, burlando claras disposiciones ministeriales y solemnes contratos celebrados con el Gobierno Nacional.

NORMAS A LOS MEDICOS QUE ELABORAN TESIS DE HIGIENE RURAL

CONSIDERACIONES PREVIAS

Dr. Miguel Gracián
Prof. de Higiene

Para que las Tesis de Higiene rural llenen una finalidad útil y no sean la mera expresión del cumplimiento rutinario de una obligación académica, deben reunir ciertos requisitos, aunque se deje a cada autor la iniciativa en la manera de desarrollarlas. Sobre todo, que no se olvide un solo momento que estos trabajos deben ser una aportación a la mejora de la salud del pueblo colombiano, especialmente en el medio rural.

En consecuencia, téngase presente:

1o. Una Tesis sobre Higiene rural, no puede ser una simple rendición de cuentas de la labor realizada en el año por el Centro de Salud, como lo son los resúmenes administrativos anuales que reglamentariamente se remiten a las autoridades centrales para justificar la inversión de tiempo y dinero. Es necesario un estudio documentado de los problemas higiénico-sociales de la localidad.

2o. Es útil hacer una crítica razonada de las deficiencias observadas y de los obstáculos de todo orden que el médico rural encuentra en el desempeño de su labor preventiva y asistencial; pero a nada útil conduce el limitarse a lamentaciones estériles y fraseología sentimental, sin hacer al mismo tiempo un estudio objetivo de tales inconvenientes, valorarlos cuantitativamente y proponer soluciones concretas, si las hay. En este sentido pueden ser muy útiles estos trabajos para orientar a las autoridades sanitarias sobre campañas profilácticas.

3o. Como de todas las Tesis queda un ejemplar en la Biblioteca de la Facultad, que sirve de material de estudio a posteriores promociones médicas y de ejemplo e ilustración en la enseñanza de las respectivas Cátedras, debe ser cuidada la presentación, sobre todo en la parte gráfica y estadística; ya que sería preferible presentar en las lecciones de Cátedra, datos locales, departamentales y del país, en vez de datos extraños a falta de propios.

4o. De cada Tesis debe quedar una copia en el respectivo Centro de Salud, para documentar a los médicos que ocupen posteriormente el mismo puesto y evitar que en sucesivos trabajos vuelvan a ser repetidos los mismos temas; no hay por qué hablar en otra Tesis de Historia, Geografía, etc., que ya se trató; es más útil desarrollar, corregir o ampliar otros aspectos no agotados.

5o. No se olvide que muchos datos antropométricos y biométricos, estadísticas de nutrición, etc., etc., pueden lograrse sin necesidad de material especializado alguno; basta sobre todo buena voluntad y tiempo, que a veces sobra. Con un lápiz y papel, una báscula, una

cinta métrica y un pelvómetro, etc., pueden recogerse muchos datos útiles.

ESQUEMA GENERAL DEL TRABAJO

NOTA: No es necesario aplicar rígidamente este esquema, y hasta es aconsejable que no lo sea, para que las tesis no parezcan la contestación formularia a un cuestionario oficial; es sólo un esquema de orientación. Cada cual tiene sus preferencias y aptitudes, que le llevarán a desarrollar con predilección algunos puntos del mismo; también unas localidades se prestarán mejor que otras al estudio de ciertos aspectos que en este opúsculo se consideran.

Sí sería bueno ofrecer a los médicos rurales unos formularios y esqueletos para recoger datos estadísticos, que como tales deben ser uniformes; por esto sería deseable que tuviesen un carácter nacional, redactados de acuerdo con los organismos centrales de Higiene. A falta de ello, trataremos de ir suministrando a los médicos algunos de los más útiles.

Los asuntos que en general deben ser considerados en las Tesis son:

1. **HISTORIA:** Aparte del valor ilustrativo que todo estudio histórico tiene, puede ser útil al fin que la tesis persigue, si se le orienta hacia los problemas higiénico-sociales. Por esta razón será conveniente insistir sobre hechos históricos que explican tradiciones, costumbres, temperamentos, etc., que a su vez pueden influir en la salud; así como la historia de endemias y epidemias y del desarrollo de la Medicina, Hospitales y otras instituciones médicas en el transcurso del tiempo.

2. **GEOGRAFIA:** a) **Geografía física:** Situación, latitud, altitud, declives, suelo, corrientes de agua, etc.; todos estos factores hay que valorarlos en cuanto influyen sobre hábitos y enfermedades. **Climatología:** Temperaturas extremas y media. Lluvias: cantidad y distribución anual; nubosidad, vientos. Clasificación del clima o climas.

b) **Geografía política:** Sobre todo en relación con la organización sanitaria.

Estudio de la agricultura, industria y comercio locales. Vías de comunicación (terrestres, fluviales, marítimas y aéreas) y de los movimientos de población, sobre todo los de carácter periódico (ferias y fiestas).

Flora y fauna: Naturales y cultivadas; valiéndose de trabajos documentados anteriores o de datos recogidos directamente en la propia localidad.

3. **DEMOGRAFIA:** Datos del Censo: Recuento total y distribución de la población por edades, sexo, profesiones, raza y zonas (urbana y rural).

Comprobar si se trata de poblaciones demográficamente progresivas o regresivas, accesivas o secesivas (desarrollo vegetativo y migratorio respectivamente) y analizar las causas de estos fenómenos.

Natalidad: Cruda y específica. Índice vital. Índice de masculinidad (relación V/H).

Mortalidad: Cruda y por causas. Su evolución en el tiempo. Específica por edades, sexo, profesiones, raza, clases sociales.

Estudio social de la población: ¿Qué categorías sociales la integran? ¿Cuántos son económicamente independientes? ¿Cuántos viven al día de su jornal? ¿Cuántos profesionales hay? ¿Qué grado de cultura y cuánto analfabetismo?

4. ESTADISTICA SANITARIA:

a) **Vivienda:** Censo de viviendas. Clasificarlas según el tipo de construcción. Techos, suelos, ¿cuántas tienen suelos impermeabilizados? Alimañas y parásitos en las viviendas. Número de personas por vivienda, por pieza, por cama: Hacinamiento. Instalaciones sanitarias en la vivienda.

) **Agua potable:** ¿Hay acueducto? ¿Cómo funciona en cantidad y en calidad? ¿Cuántas viviendas se surten de él?

¿Cómo se suministran de agua las viviendas dispersas o la zona rural?

¿Hay enfermedades de origen hídrico y qué papel juegan las aguas de bebida?

c) **Aguas residuales:** ¿Hay alcantarillado? ¿En qué condiciones de construcción y conservación está? ¿A qué viviendas sirve? Acompañar planos.

¿Cuántas viviendas tienen letrinas higiénicas? Excusados de hoyo seco, tanque séptico, etc. ¿Qué uso hacen de ellas los habitantes y cómo las conservan y las cuidan?

d) **Basuras:** ¿Cómo se trata y resuelve este problema? ¿Hay algún servicio municipal?

¿Hay estercoleros higiénicos en las casas campesinas? ¿Cómo está la higiene de los establos y de los animales domésticos? ¿Hay estrecha convivencia de éstos con los hombres?

e) **Lavaderos de ropa:** Cómo se lavan las ropas: ¿En las casas, en las quebradas? ¿Hay algún lavadero público y cómo funciona? Dificultades para instalar uno.

¿Se toman precauciones con las ropas de tuberculosos e infecciosos en general?

5. ALIMENTACION Y NUTRICION: Estúdiese la nutrición de la población en general (investigando signos de desnutrición y de avitaminosis), pero especialmente en dos grupos: a) población escolar de distintos colegios y escuelas (comparativamente). b) Población obrera y campesina.

Estudio económico del problema: Relación entre jornales y costo de alimentos y de vida; qué tanto por cien dedican a alimentación. Al valorar los ingresos, téngase presente cualquier origen de los mismos aparte del jornal, la producción de huertas familiares, etc.

Aspecto cuantitativo (calorías) y cualitativo: Clases de alimentos que se consumen, cuáles con exclusivismo, y de cuáles no consumen siendo muy convenientes para fomentar la salud. Posibilidades que habría de producirlos localmente.

Consumo de alcohol: Consumo *per capita* de bebidas fermentadas y destiladas. Qué clase de personas hacen más consumo; parte del jornal que destinan a bebidas alcohólicas, y consecuencias higiénico-sociales.

Papel de la parasitosis en la desnutrición e influencia recíproca de la nutrición sobre las consecuencias del parasitismo.

Especial atención a la **Higiene de la leche**: Consumo por los niños y adultos: Origen, transporte, conservación.

Higiene de la carne. Matadero: Funcionamiento. Cantidad y calidad del ganado sacrificado.

Higiene en los mercados, expendios, cocinas.

6. **HIGIENE INFANTIL**: a) **Prenatal**: Estúdiense la organización de la familia: Ilegitimidad, Nupcialidad.

Problemas de consanguinidad.

Consultas prenatales: Cuántas mujeres acuden. Prejuicios en contra y de qué clase. Cuántos exámenes se hacen y en qué fecha a cada embarazada.

Sífilis congénita, heredosífilis, etc. Abortos y mortalidad.

b) **Asistencia obstétrica**: Cómo se realiza y quiénes la practican. Comadronas no calificadas. Prejuicios en las gentes. Si hay Clínica de maternidad y cómo funciona.

c) **Mortalidad infantil**:

Mortalidad neonatal (primer mes): Influencia que pueda tener la mala asistencia obstétrica.

Análisis de la mortalidad infantil (primer año) distribuida por trimestres de edad y por causas.

Análisis de las causas sociales de mortalidad infantil: a) Ignorancia y pobreza. b) Mala higiene. c) Abandono del niño por la madre (trabajo de la mujer, etc.).

7. **HIGIENE ESCOLAR**: Cuántas escuelas y de qué clase. Cuántos niños de edad escolar (6-14 años) asisten a ellas y en qué proporción.

Edificios escolares: Condiciones higiénicas y pedagógicas que reúnen. Instalaciones sanitarias (agua, retretes, etc.).

Maestros: ¿Qué cultura tienen? Si cooperan con el Centro de Salud. Importancia que dan a la Higiene en la enseñanza. ¿Maestros con enfermedades contagiosas?

Escolares: Si se hace reconocimiento médico a la entrada en la

escuela y periódicamente: Estado general, dentadura, órganos de los sentidos.

Aparte de los estudios sobre nutrición, pudiera utilizarse la población escolar para estudio de ciertos índices antropométricos y vitales. Se puede coordinar con los maestros que remitan los niños en pequeños grupos al Centro de salud.

Grado de instrucción alcanzado por los escolares. Educación en materia de higiene personal.

8. HIGIENE DEL TRABAJO: Industrias y ocupaciones locales. Estado de higiene y seguridad en que se encuentran los edificios e instalaciones. Estadística de accidentes, enfermedades e intoxicaciones profesionales. Asistencia médico-social a los trabajadores.

Empleo que hacen los trabajadores de sus ratos de ocio y descanso. Deportes, juegos, diversiones, espectáculos, que hay en el pueblo. ¿Cuántas viviendas tienen radio-receptores?

9. EPIDEMIOLOGIA: Problemas locales de endemias y epidemias. Parasitismo intestinal, fiebres tifoparatóxicas, disenterías, paludismo, fiebre amarilla, pian, lepra, etc.

Análisis de las causas de enfermedades infecciosas y su propagación. Medidas empleadas y otras que pudieran utilizarse.

Qué campañas de desinfección, desratización, dedetización se han hecho, se están haciendo o deben hacerse.

Asistencia y aislamiento de los enfermos infecciosos. Tratamiento de sus ropas, utensilios, excretas.

Estudio especial de las epidemias infantiles (sarampión, tos ferina, difteria, etc.).

Vacunación: Qué vacunaciones se practican y cómo. Qué dificultades hay.

Tuberculosis: ¿Qué mortalidad? Cuántos tuberculosos contagiantes y cuántas personas hay expuestas al contagio familiar o en el taller. Medidas antituberculosas que se toman y pueden tomarse. Vacunación BCG y condiciones en que se realiza.

Sífilis: Estudio estadístico del problema. Tratamientos que se hacen.

El problema de la prostitución oficial y clandestina. Cómo se lleva esta cuestión.

10. CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES: Si hay Hospital del Municipio o cómo se resuelve el problema de la hospitalización y traslado de enfermos y de la asistencia a accidentados.

Tanto del Hospital, si lo hay, como del Centro de Salud hágase la descripción de su funcionamiento, locales, número de camas y

servicios, movimiento de enfermos y asistidos, personal técnico y auxiliar, material, instalaciones.

Laboratorio: Medios con que cuenta, servicios que presta, su funcionamiento. Si hay que remitir ciertos productos al Laboratorio Departamental u otro, qué facilidades hay de transporte y enlace con estos servicios.

Rayos X: Análogos: consideraciones.

Consultas externas: Extensión que tienen y labor preventiva que realizan.

11. **PROBLEMAS VARIOS:** a) **Vestido:** Cómo se viste: cuidado de la ropa y su limpieza. **Calzado:** Clase de calzado que usan. Cuántas personas usan calzado. **Cama:** Qué ropa de cama usan. Cuántos duermen con la misma ropa que llevan durante el día.

b) **Hábitos personales de limpieza y aseo:** Uso de baños, duchas, etc.

d) **Toxicomanías:** Aparte del alcohol, ya citada en "Alimentación".

d) **Inválidos, ciegos, enfermos mentales:** Problemas que hay y cómo se solucionan. Mendicidad y Beneficencia.

e) **Animales venenosos:** Hay problema de ellos?

f) **Asistencia médica y servicio farmacéutico:** ¿Cuántas personas mueren sin asistencia médica? Teguas: Estudio del problema. — Farmacias y medicamentos.

g) **Registro Civil y Estadística:** Cómo funcionan estos servicios en general y sobre todo en lo que se refiere a la Medicina.

h) **Propaganda sanitaria:** Qué propaganda se ha hecho hasta ahora. Con qué medios auxiliares se cuenta (carteles, folletos, películas). Qué más pudiera hacerse en propaganda. ¿Se halla colaboración por parte de las autoridades locales, de la Iglesia, maestros, de los otros médicos de la localidad?

12. **PRESENTACION DE LA TESIS: ILUSTRACION GRAFICA, INDICE, BIBLIOGRAFIA:** Es muy conveniente acompañar la tesis de planos, mapas, cuadros estadísticos y de gráficos que expliquen o aclaren los cuadros numéricos. Debe cuidarse mucho la presentación, que tanto facilita un ulterior estudio.

Al expresar coeficientes estadísticos, debe añadirse, si es posible (si el tamaño de la muestra lo permite), su error probable.

Índice: Muy conveniente un índice por páginas, y hasta uno al-

fabético por materias si la Tesis fuera muy extensa, porque facilita la lectura a futuros consultantes.

Bibliografía: Se debe poner al final una bibliografía y obras utilizadas. Además de documentar científicamente el trabajo, facilita la labor de quienes tengan que elaborar análogas Tesis.

Medellín, julio de 1952.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

RESOLUCION CON MOTIVO DE LA II JORNADA PEDIATRICA COLOMBIANA.

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Considerando:

- 1o. — Que en el curso de la semana comprendida entre el 7 y 12 de julio se celebrará en la ciudad la II Jornada Pediátrica Colombiana.
- 2o. — Que es deber de la Academia de Medicina realzar la celebración de certámenes científicos como el proyectado que siempre significan un deseo de superación y estímulo.
- 3o. — Que la ciencia pediátrica en cuanto tiende a la preservación, conservación y restauración de la salud de la infancia tiene especial interés desde el punto de vista social y médico.

Resuelve:

- 1o. — Asociarse a la celebración de la II Jornada Pediátrica Colombiana.
- 2o. — Conceder el Diploma de Miembros Honorarios a los distinguidos invitados y Delegados Profesores Calixto Torres Umaña, María Luisa Saldún de Rodríguez, Florencio Escardó, Carlos Andrade Marín, Jorge Camacho Gamba, Napoleón Franco Pareja y Jorge Bejarano.

Medellín, 19 de junio de 1952.

El Presidente,

A. Correa Henao, M.D.

El Secretario,

Oriol Arango, M.D.

Señores Académicos Honorarios, de Número y Correspondientes,
Señoras, Señores:

La Academia de Medicina de Medellín celebra en esta fecha el sexagésimo quinto aniversario de su fundación con esta tradicional sesión solemne en que se honra la memoria de los fundadores y de los que que nos han precedido en estos sillones. Por una feliz coincidencia nuestra festividad corresponde con la cita en Medellín de los más distinguidos pediatras nacionales y de algunos ilustres extranjeros con motivo de la Segunda Jornada Pediátrica Colombiana.

Esta Academia, la más antigua del país, en su elevada misión de contribuir al progreso de la ciencia médica, siente un deber en asociarse a este certamen, porque él entraña un paso más hacia adelante en el arduo camino que la pediatría de nuestro país tiene que seguir en busca de un ideal aún tan remoto.

Además, es para la Academia un deber también anudar más estrechamente los lazos de unión entre los países Suramericanos y el nuestro y por esto ha tenido a bien discernir, por unanimidad, y a petición de los académicos Gustavo González Ochoa y Benjamín Mejía Cálad, el título de Académicos Honorarios a los Profesores Calixto Torres Umaña, María Luisa Saldún de Rodríguez, Florencio Escardó, Carlos Andrade Marín, Napoleón Franco Pareja, Jorge Bejarano y Jorge Camacho Gamba.

Al mismo tiempo la Academia brinda sus puertas para que los otros pediatras que actualmente se reúnen en esta Jornada se hagan Miembros de nuestra corporación.

Hay dos especialidades médicas entre nosotros, la fisiología y la pediatría, que se han nutrido ampliamente en las escuelas Argentina y Uruguay, hemos seguido de cerca sus avances y conocemos sus valiosas aportaciones a la ciencia, y es esta la razón por la cual un gran número de nuestros médicos buscan en estos países su formación que los capacite como especialistas y han hecho en nuestro país una derivación de esas escuelas.

Como testimonio de interés y de cordiales relaciones médicas y amistosas de nuestros países es la presencia en esta Jornada de los Profesores Saldún de Rodríguez, Escardó y Andrade Marín; ellos gentilmente han respondido a nuestra invitación y nosotros apreciamos en alto grado el significado que entraña su visita.

El conferir la Academia a los profesores nacionales y extranjeros el título honorario, es al mismo tiempo un gran honor para la Academia contarlos en su seno. Todos estos profesores han desempeñado una devota y benéfica misión científica y docente, y justamente en la

especialidad médica más vasta y de más sentido humano y cristiano, como es la pediatría.

Por mi voz la Academia de Medicina de Medellín formula los más cordiales deseos porque nuestras escuelas pediátricas sigan el derrotero de superación que se han trazado, por el buen éxito de esta Jornada que tan lucidamente se efectúa, por la ventura personal de sus asistentes, y a mí me es muy placentero hacer la entrega de estos diplomas a quienes tan justamente lo merecen.

Julio 9 de 1952.

DISCURSO DEL DR. CARLOS ANDRADE MARIN

Señor Presidente de la Academia de Medicina de Medellín,
Señores Académicos,

Señoras y señores:

El homenaje, cordial y afectuoso, que estamos recibiendo esta noche los médicos que hemos tenido la honrosa distinción de ser invitados a la Segunda Jornada Colombiana de Pediatría, colma, sobrepasando en mucho nuestras expectativas, la serie de delicadas atenciones que tan grata hace nuestra permanencia en esta tierra —ya conocida, querida y admirada—, aun por quienes acá hemos venido por primera vez.

Intencionalmente no quiero referirme a nosotros como delegados extranjeros, ya que no hay extraños en Latinoamérica. Somos gente fraterna, que viene del mismo limo español e indígena y que sólo por aquellas contradicciones de la historia, hemos puesto fronteras en la tierra, que no en los espíritus y en el pensamiento. Somos unos, con esa unidad que soñó Bolívar y que debió sellarse en el abrazo con San Martín en Guayaquil. Lastimosamente Bolívar murió viendo su ideal en apariencia destrozado y pensando que había arado en el mar. Washington y Lincoln pudieron, en cambio, en el Norte, afirmar completamente la unidad, dando lugar al nacimiento y desarrollo formidable de la nación más fuerte de la tierra, los Estados Unidos de América.

Pero el ideal Bolivariano se cumple en América por sobre todos los artificios y por sobre toda la gestión estatal o diplomática, muchas veces desconcertantemente equivocada e irreal, se cumple cuando podemos estar juntos los colombianos, los argentinos, los uruguayos y los

demás hombres indoamericanos y sobre todo cuando estamos unidos para algo tan básicamente humano como es la ciencia y la cultura. Y esta noche es oportunidad propicia para que estas frases suenen mejor al repercutir en el hogar colombiano, cálido y cariñoso, en el seno de una de sus más altas y doctas instituciones, la Academia de Medicina de Medellín, a la que se nos ha llamado para permitirnos ingresar en la, para nosotros, orgullosa calidad de Miembros Honorarios.

Mis dos compañeros me piden agradecer en su nombre esta distinción y ello, para mí, significa un compromiso honroso, en verdad; pero difícil, ya que mis palabras no pueden estar ni a la altura de la Institución que hoy nos acoge, ni a los méritos que, ellos dos, tienen para haber sido así distinguidos.

María Luisa Saldún de Rodríguez, profesora de Pediatría en la Patria de Artigas y Rodó, apóstol de la cruzada por el niño, quien ha tomado el arrollador impulso de Morquio y lo ha envuelto en su dulce corazón de mujer para hacer de esa cruzada algo que no puede fracasar, ya que tiene cualidades de ciencia y de amor, ideal al que quisiéramos llegar todos los pediatras para poder cumplir bien con nuestra profesión y nuestro destacado cometido social.

Y Florencio Escardó, de quien no vale la pena hablar ahora, cuando vosotros habéis tenido la suerte de escucharle todos estos días, poniendo cátedra de conocimiento y bien decir. Escardó, de clara estirpe intelectual, libre y amplia como el mar y la tierra, habla su verdad con sinceridad y aplomo y representa la verdadera orientación de la ciencia argentina, la auténtica cultura médica y humana de ese gran pueblo, hermano mayor y querido de todos los demás de América.

En mi caso personal yo tomo esta distinción como un benévolo gesto familiar de la Academia que, poniendo de lado méritos inexistentes, ha querido honrar también a un médico pediatra ecuatoriano, quien hoy, más que nunca, se siente grancolombiano de nacimiento y corazón y quiere con fervor patriótico afirmar una vez más, que así como tenemos los mismos colores en la bandera, tenemos también los mismos ideales y comprendemos que es la misma nuestra gloriosa trayectoria en el futuro.

Estamos pues, formando filas desde hoy en la Academia de Medicina de Medellín, entidad que durante sus sesenta y cinco años de vida ha mantenido joven y fresca su inquietud científica, reflejo de la pujanza de la raza antioqueña que después de haber arañado sus montañas en desesperado afán de arrancarles sus frutos agrícolas, ha creado, de la noche a la mañana, con la magia de la voluntad y la energía, las más grandes empresas industriales de Colombia, sin descuidar por ello de enseñar a sus generaciones de ayer y de hoy el camino de la cultura, única base de prosperidad sólida y definida.

En nuestra medicina, ciencia y arte de origen divino, la hermandad es obligada porque es el vínculo que une a los encargados de luchar contra el dolor y agotar el consuelo en el lecho de los que sufren y van a morir. En esta Academia de Medicina se ha ejercitado lo uno y lo otro, y entre los Médicos salidos de su Universidad abundan los ejemplos de ciencia y de humanidad. Desde los fundadores y precursores como Tomás J. Bernal, Ramón Arango, Heliodoro Rodríguez, Nepomuceno Jiménez, los grandes Lázaro Uribe y Tomás Quevedo, los realizadores como Miguel María Calle, el maestro Emilio Robledo, Gabriel Toro Villa y la generación de los Uribe, Arango, Posada, Delgado, Maldonado, Velásquez y cien más, todos ellos han sembrado la semilla que hoy fructifica en una Universidad que hace labor de investigación y prepara profesionales bien equipados en un Seguro Social Médico que está brindando servicios eficientes y bien organizados y levantando más aún el nivel científico de la Medicina, en fin en un Cuerpo Médico que trabaja en forma acorde con el siglo, con abnegación y honestidad.

Señor Presidente: Estos diplomas de Miembros Honorarios de la Academia de Medicina de Medellín, que con tanto acierto presidís, vamos a conservarlos con el respeto y estimación que merecen al proceder de tan distinguido origen institucional y de tan buenos amigos colombianos y el homenaje de esta noche lo aceptamos emocionados como una demostración de profundo y generoso espíritu americano de parte de quienes son, como queremos nosotros, médicos al servicio de la humanidad y de su parte más encantadora y prometedora: el niño:

ACTIVIDADES DE LA "AMA"

PROGRAMA PARA LA SEGUNDA SEMANA DE INFORMACION MEDICA DE A. M. A.

LUNES 29 DE SEPTIEMBRE A SABADO 4 DE OCTUBRE
(1952)

<i>Lunes 29 de septiembre . . .</i>	8 a 8¼	Palabras del presidente de la Asociación, Dr. José Miguel Restrepo.
Preside:	8½ a 9	Importancia del examen completo de los enfermos, Dr. Elkin Rodriguez.
Dr. G. Toro Villa	9¼ a 10	Colitis en general, Dr. Toro Ochoa.
Director responsable	10 a 10½	Amibiasis, Dr. Jaime Cano.
del día:	10½ a 11¼	Colitis espasmódicas, Dr. I. Vélez E.
Dr. Jorge Uribe V.	11½	Preguntas de los asistentes previamente inscritas en la Secretaría sobre los temas tratados.
	2 a 4	Películas y comentarios científicos (Según programa adicional).
Preside:	4 a 4¾	Cirugía de la mano, Dr. Alvaro Londoño M.
Dr. Miguel M. Calle.	4¾ a 5½	Hepatitis, Dr. Tomás Quevedo.
	5½ a 6¼	Diverticulosis y Diverticulitis, Dr. Gabriel Correa V.
	6¼	Preguntas
<i>Martes 30 de septiembre . . .</i>	7½ a 8	Demostraciones quirúrgicas en el Hospital de San Vicente.
Preside:	8 a 10	Auditorium. - Presentación de dos enfermos, por los Dres. David Velásquez y Fernando Toro Mejía.
Dr. Eugenio Villa H.	10 a 11	Infarto del Miocardio y Angina de pecho, Dr. Alfonso Aguirre.
Director responsable	11 a 11¾	Arritmias, Dr. Gabriel Jaime Villa.
del día:	11¾	Preguntas
Dr. Alfonso Aguirre C.	2 a 4	Mesa Redonda sobre Rayos X y Radioterapia, Dres. Martiniano Echeverri, Benjamín Pérez, Ovidio Betancur, y Guillermo Soto.
	4 a 4¾	Insuficiencia cardíaca, Dr. Antonio Escobar E.
Preside:	4¾ a 5½	Enfermedades Vasculares, Periféricas, Dr. Eduardo Calle.
Dr. Luis C. Uribe B.	5½ a 6¼	Anemias, Dr. Gonzalo Aristizábal.
	6¼	Preguntas
<i>Miércoles 1º de octubre . . .</i>	7½ a 10	Demostraciones quirúrgicas en el Hospital de San Vicente.
Preside:	8 a 10	Auditorium. - Presentación de dos casos

Dr. José Miguel Restrepo.		clínicos, Dres. Luis Carlos Uribe, Miguel Guzmán.
Director responsable del día:	10 a 10 ³ / ₄	Tratamiento de la Sífilis, Dr. Alberto Gómez M.
Dr. Leonzo Alvarez.	10 ³ / ₄ a 11 ³ / ₄	A. C. T. H. y Cortisona, Dr. Eugenio Villa H.
	11 ³ / ₄	Preguntas
	2 a 4	Películas y comentarios científicos (Según programa adicional).
	4 a 4 ³ / ₄	Ojo Rojo, Dr. Aurelio Escobar B. (Conducta del médico general).
Preside:	4 ³ / ₄ a 5 ¹ / ₂	Conducta del médico general ante las afecciones de la garganta y la laringe, Dr. Marco A. Barrientos.
Dr. Alberto Llano Ll.		Conducta del médico general ante el oído, Dr. Carlos Vásquez C.
	6 ¹ / ₄	Preguntas
<i>Jueves 2 de octubre</i>	7 ¹ / ₂ a 10	Demostraciones quirúrgicas en el Hospital de San Vicente.
Preside:	8 a 10	Auditorium. - Presentación de dos casos clínicos, Dres. Gabriel Zapata L., G. Toro Mejía.
Dr. Pedro Nel Cardona.		
Director responsable del día:	10 a 10 ³ / ₄	Cervicitis, Dr. Berardo Velásquez.
Dr. Fernando Toro Mejía.	10 ³ / ₄ a 11 ¹ / ₂	Abdomen agudo ginecológico, Dr. Gonzalo Botero.
	11 ¹ / ₂ a 12 ¹ / ₄	Cáncer genital en la mujer, Dr. Pedro Nel Cardona.
	2 a 4	Mesa Redonda. - Enfermedades Pulmonares, Dres. Rafael J. Mejía, Alfonso Mejía C., Carlos Badel, Antonio Ramírez.
Preside:	4 a 4 ³ / ₄	Consulta prenatal, Dr. Eusebio Ochoa.
Dr. Manuel S. Arango M.	4 ³ / ₄ a 5 ¹ / ₂	Hematurias, Dr. Gustavo Escobar Rpo.
	5 ¹ / ₂ a 6 ¹ / ₄	Disurias, Dr. Gabriel Llano.
	6 ¹ / ₄	Preguntas
<i>Viernes 3 de octubre</i>	7 a 9	Presentación de dos casos clínicos en el Hospital de San Vicente. Dr. Ricardo Callejas.
(PEDIATRIA)		
Preside:	9 a 10	Diarreas infantiles, Dr. Guillermo Madrid.
Dr. Luis Martínez E.		
Director responsable del día:	10 a 11	Tratamientos craneanos, Dr. Ernesto Bustamante Z.
Dr. Benjamín Mejía C.	11	Preguntas
	11 ¹ / ₂ a 12 ¹ / ₄	Potasio y Sodio, Dr. Ernesto Pérez.
		Mesa Redonda. - Equilibrio Electrolítico, Dres. Jesús Peláez B., Alfonso Aguirre, Alfonso Mejía I.
	4 a 4 ³ / ₄	Semiología Ortopédica frente al médico general, Dr. Hernando Echeverri.

Presidente:	4¼ a 5½	Osteomielitis, Dr. Pablo Londoño.
Dr. Joaquín Aristizábal.	5½ a 6¼	Espalda dolorosa, Dr. Leonzo Alvarez.
	6¼	Preguntas
Sábado 4 de octubre	8 a 8¾	Vacunación, Dr. Hernando Velásquez Z.
Presidente:	8¾ a 9½	Dedetización y erradicación de ratas, Dr. Rafael Arango Velásquez.
Dr. Dionisio Arango Ferrer	9½ a 10¼	Higiene industrial, Dr. José Miguel Restrepo.
Director responsable del día:	11 a 12	Campañas Higiénicas, Dr. Bernardo Uribe L.
Dr. Hernando Velásquez		

CURSO DE LABORATORIO

Durante la celebración de la Semana de la A. M. A. habrá un cursillo de doce horas de duración, total así:

Lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 2 a 4 p. m. y sábado de 9 a 11 a. m. sobre Técnicas de Laboratorio Clínico, para el Médico General, organizado y dirigido por el Dr. Bernardo Jiménez, con un número limitado de inscritos a 15. (La inscripción se hará en la Secretaría de A. M. A.)

La Facultad venderá a precio de costo, a quien lo desee, un pequeño equipo de Laboratorio: microscopio, cámaras cuenta-glóbulos, láminas y laminillas, reactivos, y colorantes, que permiten hacer exámenes de rutina tales como: albúmina y glucosa en la orina; de materias fecales, recuentos globulares y fórmulas leucocitarias, eritrosedimentación, investigación paludismo, coloración de Gram, coloración ácido-resistente.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN Nº 18

MES DE AGOSTO DE 1952

Viernes 8.

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

Sábado 9.

10 a. m. - R. C. C. Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad.

Lunes 11.

6 p. m. - Iniciación del importante Cursillo de Cirugía del Tórax, a cargo del distinguido especialista Dr. Antonio Ramírez, quien hace poco llegó especializado de Londres.

Tema: TRATAMIENTO DE EMPIEMAS.

Lugar: Auditorio de la Facultad.

NOTA: Este Cursillo se dará a post-graduados y a los estudiantes que terminen sus estudios profesionales en el presente año.

Martes 12.

6 p. m. - Cursillo de Cirugía del Tórax.

Tema: BRONQUIECTASIA. *Ponente:* Dr. Antonio Ramírez.

Lugar: Auditorio de la Facultad.

Miércoles 13.

6 p. m. - Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. Durante la sesión se desarrollará el tema "SYMPOSIUM SOBRE CANCER PULMONAR", dirigido por el Dr. Edmundo Medina, así:

Dr. Edmundo Medina M.: "Frecuencia, etiología y patogenia" (15 m.)

Dr. A. Correa Henao: "Anatomía patológica" (10 minutos).

Dr. Rafael J. Mejía: "Cuadro clínico" (15 minutos).

Dr. Oriol Arango: "Diagnóstico radiológico" (15 minutos).

Dr. Alfonso Mejía C.: "Otros procedimientos de diagnóstico" (15 m.).

Dr. Elkin Rodríguez: "Diagnóstico diferencial" (15 minutos).

Dr. Antonio Ramírez: "Complicaciones, pronóstico y tratamiento"

NOTA: Este "SYMPOSIUM SOBRE CANCER PULMONAR" será considerado como una continuación del Cursillo de Cirugía del Tórax, y por lo tanto se invita a todos los que sigan dicho Cursillo a concurrir a esta importante reunión de la Academia de Medicina.

Jueves 14.

Tema: TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TBC PULMONAR.

Ponente: Dr. Antonio Ramírez.

6 p. m. - Cursillo de Cirugía del Tórax.
de "La María".

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

Viernes 15.

Receso con motivo de la fiesta de la Asunción de la Santísima Virgen.

Sábado 16.

No hay actividades.

Lunes 18.

6 p. m. - Continuación del Cursillo de Cirugía del Tórax.

Ponente: Dr. Antnoio Ramirez.

Tema: ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA DEL CORAZON Y DE LOS GRANDES VASOS.

Martes 19.

6 p.m. - Cursillo de Cirugía del Tórax.

Tema: CIRUGIA DEL ESOFAGO Y DEL DIAFRAGMA.

Miércoles 20.

6 p.m. - Cursillo de Cirugía del Tórax.

Tema: ESTUDIO DE LA FUNCION CARDORRESPIRATORIA EN CIRUGIA DEL TORAX.

Jueves 21.

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

6 p.m. - Cursillo de Cirugía del Tórax.

Tema: OTRAS ENTIDADES QUIRURGICAS INTRATORACICAS.

Viernes 22.

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

6 p.m. - Terminación del Cursillo de Cirugía del Tórax.

Director del Cursillo: Dr. Antonio Ramírez.

Tema: RESUCITACION CARDIORRESPIRATORIA EN CIRUGIA.

Sábado 23.

8 a.m. - C. P. C. Conferencia de Patología Clínica.

9 a.m. - Proyección de la película 'OBSTETRIC ROENTENOGRAPHY'.

10 a.m. - Conferencia ilustrada con proyecciones sobre la vida y la muerte en el arte. *Ponente: Maestro Pedro Nel Gómez.*

11 a.m. - R. C. C. Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad.

Jueves 28.

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

Viernes 29.

8 a.m. - R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el Aula Braulio Mejía.

Sábado 30.

9 a.m. - Presentación del disco en español sobre RUIDOS CARDIACOS, en el Auditorio de la Facultad.

10 a.m. - Conjunto folklórico ecuatoriano, presentado por el Dr. Juan C. Hiedra, Vicecónsul del Ecuador.

11 a.m. - Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

1. La II Jornada Pediátrica Colombiana que se llevó a cabo del 7 al 11 de julio cumplió un vasto programa que excedió a lo esperado. Todas las ponencias y las prácticas efectuadas resultaron de suma importancia, y el éxito obtenido de este interesantísimo certamen superó a las otras reuniones similares.

El suscrito Decano de la Facultad de Medicina felicita muy de veras a los dirigentes y organizadores de la II Jornada Pediátrica Colombiana y se complace con ellos por la benéfica labor cumplida.

2. El Cursillo de Pediatría que dictó el Dr. Florencio Escardó, resultó de alto valor científico y fue de un éxito cumplido. Este Decanato agradece muy sinceramente al Dr. Escardó su gentil y espontánea colaboración en beneficio del Cuerpo Médico de Antioquia y de la Facultad de Medicina.

3. Durante la semana comprendida entre el 21 y el 25 de julio estuvieron entre nosotros los eminentes cirujanos Humphreys y Deterling, quienes dictaron sus magníficas conferencias. Este Decanato agradece la extraordinaria colaboración de tan distinguidos galenos.

4. En el mes próximo pasado la Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía a los siguientes señores:

Dr. Jacobo Ghitis Blane: *Título de la tesis:* Estudio sobre el estado médico-social del municipio de Bolívar (Cauca) e informe de labores de este centro de salud.

Dr. Hugo Giraldo Monsalve: *Título de la tesis:* Monografía médico-social del municipio de Fredonia.

Dr. Jaime Rivera Trujillo: *Título de la tesis:* Estado patológico, higiénico y social del municipio de San Carlos.

Dr. Orlando Puccini Banffi: *Título de la tesis:* Observaciones médicas en Polo Nuevo (Atlántico)

Dr. Gustavo Gutiérrez Márquez: *Título de la tesis:* El shock de la anestesia y la importancia de ésta.

Dr. Luis García Peláez: *Título de la tesis:* La tomografía en la tuberculosis pulmonar.

Dr. Alberto Morales Tobón: *Título de la tesis:* Los comas insulínicos en Psiquiatría.

Dr. Darío Giraldo Gómez: *Título de la tesis:* Estudio médico-social y epidemiológico del municipio de Ebéjico.

Dr. Hernando Uribe Marulanda: *Título de la tesis:* Estudio médico-social del municipio de Marmato.

5. Con motivo del viaje a Estados Unidos de los Dres. Alvaro Toro Mejía y Jaime Moreno Velásquez, han quedado vacantes dos jefaturas de Clínica Interna y Clínica Interna en Gastroenterología. Con el fin de proveerlas, este Decanato abre el concurso reglamentario, y las inscripciones se hacen en la Secretaría de la Facultad, las que se cerrarán el 22 del presente mes. El examen se efectuará el 25 de los corrientes.

6. Se recuerda que la única prueba parcial que se presenta en las materias semestrales, se realizará en los días comprendidos entre el 28 y el 30 del presente mes.

7. Se avisa a los Profesores y estudiantes de la Facultad que las segundas pruebas parciales de las materias que tienen duración de un año, se efectuarán en los días comprendidos entre el 8 y el 13 de septiembre. Para estas pruebas se seguirán las mismas normas fijadas.

8. La IV Semana de Otorrino y Oftalmología se celebrará en la ciudad de Bucaramanga del 27 al 31 de octubre del presente año. Este Decanato se permite invitar a todos los señores médicos interesados a concurrir a estos importantes certámenes de órganos de los sentidos.

9. El suscrito Decano se complace en anunciar que en la primera quincena del mes de septiembre se dictará un importantísimo ciclo de conferencias sobre Medicina Psicosomática en el Auditorio de la Facultad, a cargo del destacado galeno Dr. Hernán Vergara, de Bogotá.

LABORATORIO DE FARMACOLOGIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA
DISCURSO INAUGURAL DEL DR. ALFONSO MEJIA ISAZA

El 28 de junio fue inaugurado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia el laboratorio de farmacodinamia, primero en su clase que se crea en el país, y el cual está llamado a cumplir una misión admirable. El laboratorio en cuestión está dirigido por el médico Alfonso Mejía Isaza, profesor de farmacodinamia en la Facultad, asesor farmacológico del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y una de las primeras autoridades de la nación en la materia.

En el acto inaugural llevaron la palabra el Dr. Mejía Isaza y el decano de medicina, Dr. Ignacio Vélez Escobar. El discurso del Dr. Mejía Isaza es el siguiente:

Se incorpora hoy, en forma de tangible realidad al ya muy adecuado y completo arsenal de enseñanza de esta facultad de Medicina, el Laboratorio de Farmacodinamia, cuya feliz inauguración aquí nos congrega, cumpliéndose así uno de mis más vehementes anhelos.

La fundación que hoy celebramos significa la culminación de una nueva etapa en el vertiginoso progreso de nuestra Facultad y la coloca a un nivel superior en relación con algunas de sus similares americanas, en donde si el estudio teórico de la Farmacodinamia se ha establecido, se carece en muchas del Laboratorio experimental.

Con gran exactitud se ha llamado a la Farmacodinamia la **ciencia de la acción medicamentosa**. Así como el clínico no puede tomar en su justa apreciación un síntoma si desconoce la lesión orgánica o funcional de donde precede, así tampoco el médico puede administrar una droga si desconoce el mecanismo de acción de la misma, sus condiciones de absorción distribución y eliminación. Del último decenio del pasado siglo y del primero del presente nos distancia en grado extremo el conocimiento de la acción medicamentosa. Ya no se justifica la prescripción empírica que precedió a los últimos ocho lustros y la Farmacodinamia tiene que ser hoy necesariamente a la Terapéutica lo que la Fisiopatológica a la Clínica. Si así no fuera, el estrepitoso avance de esta Facultad perdería toda su provechosa utilidad y el permanente y desvelado puesto que hoy ocupa en el concurso de las universidades americanas, de nada valdría ante la carencia de los medios necesarios para quitar el marco a los antiguos cuadros nosográficos cuya rigidez impide que el diagnóstico se encamine hacia la Anatomía y la Fisiología perturbadas.

De nada sirve el mecánico y elemental examen de laboratorio necesario para el diagnóstico de una amibiasis, un paludismo o un hipertiroidismo si desconocemos el ciclo biológico del parásito, las lesiones anatomo-patológicas y las perturbaciones fisiológicas concomitantes, así como las repercusiones viscerales de las mismas. La disfunción

endocrina acarrea trastornos metabólicos de diversos grados y aspectos que implican el cuidadoso estudio de cada uno de ellos. Si las ciencias enunciadas son base insustituible de la clínica para la cabal interpretación de los síntomas y de los signos, la Farmacodinamia, en la actualidad, es la base indispensable de la Terapéutica para el médico que quiera aprovechar las modificaciones, el enriquecimiento y la perfección que a ésta ha aportado en los últimos años la ciencia de la acción medicamentosa. Si así no fuere, podríamos afirmar que no hemos dado un paso en la ciencia de curar o aliviar a los enfermos y que ante el empirismo reinante, estaríamos en condiciones de exclamar con Trousseau, quien ante la confusión e inexactitud de la Terapéutica, a fines del siglo pasado, decía: "Si un medicamento cura, qué importa cómo lo haga?". Expresión esta de un concepto ajeno a todo conocimiento sobre las ciencias básicas en que debe residir la prescripción consciente que hoy estamos obligados a entregar a quienes nos han elegido para aliviar sus dolencias.

Todos nuestros esfuerzos deben encaminarse a que no sea introducido medicamento alguno a la Terapéutica que no haya recibido antes la sanción satisfactoria del laboratorio y la experimentación y que no nos haya revelado las modalidades concernientes a su absorción, distribución, mecanismo de acción y toxicidad. Aportes valiosos estos últimos que sólo la Farmacodinamia suministra, después de una cuidadosa experimentación. Por otra parte, la incesante expansión de la industria medicamentosa nos obliga a la vigilancia de su fabricación y comercio, constituyéndose así la Farmacodinamia en la ciencia de la custodia y defensa social, a más de ser, como se deja demostrado, el fundamento indispensable de la Terapéutica.

Nunca este laboratorio habría sido una realidad sin la diligente actividad del señor Decano, sin la inigualable voluntad de servir del señor Síndico General de la Universidad y sin el espíritu expansivo y generoso del señor Rector. Mil gracias por ellos.

VISITA DEL PROFESOR PAUL HOCK AL MANICOMIO DEPARTAMENTAL

Prof. Paul Hoch: Director de investigaciones del Instituto Psiquiátrico de New York. - Director de investigación de la Fundación para Psiquiatría Experimental. - Psiquiatra de la Clínica Psicoanalítica de la Universidad de Columbia. - Profesor de Psiquiatría Asociado de la Universidad de Columbia. - Antiguo Presidente de la Sociedad Americana de Psicopatología y Psicoterapia. - Vicepresidente de la Sociedad Rudolph Virchow de New York. - Jefe del Comité de Terapia de la Sociedad Americana de Psiquiatría. - Jefe del Grupo Psicossomático de la Asociación Americana para Medicina Psicossomática. - Consultante en Psiquiatría del Depto. de Defensa de los Estados Unidos. - Juez en el Tribunal que ha de adjudicar el Premio "Nobel" de Medicina en este año. - Es autor de los siguientes libros: Un libro sobre Epilepsia. - Un libro sobre los Fracazos en Tratamientos Siquiátricos. - Un libro sobre el Desarrollo Psicosexual en la enfermedad y en la Salud. - Un libro sobre La Angustia. - Un libro sobre Tests Psicológicos en Relación con la Psiquiatría. - Un libro sobre Los Problemas Actuales del Diagnóstico Psiquiátrico. - Es coautor con el Prof. Kalinowsky de un libro sobre Tratamientos de Choque y Psicocirugía, y otro sobre Tratamientos Somáticos en Psiquiatría. - Ha publicado en algunas revistas varios trabajos sobre Esquizofrenia Pseudo-neurótica, narcoanálisis, psicosis experimentales, psicocirugía, etc.

Después de una visita minuciosa a las distintas dependencias del Asilo; de ver los planos para el nuevo manicomio y de discutir algunos casos clínicos con los médicos del servicio, dijo el Profesor Hoch:

Traducción al Castellano: "Encontré la visita al hospital muy interesante e instructiva. Estoy impresionado de la labor médica y psiquiátrica que se realiza en el hospital. Creo que el hospital tiene urgencia de un nuevo edificio porque es muy viejo y comienza una nueva obra; y pienso que cuando se termine, Medellín contará con un Hospital Mental muy moderno y bien dotado.

Presumo que el Hospital Mental, no sólo deberá ser usado para tratamientos sino también para enseñanza y proveerse de facilidades propias para investigación; porque un hospital psiquiátrico que está tan bien diseñado como éste, deberá tener, por supuesto, algunas facilidades para trabajos de investigación; lo que creo sería muy importante debido a la riqueza en los diferentes casos clínicos con que cuenta el manicomio para contribuir en gran proporción en los conocimientos psiquiátricos futuros.

Creo que los médicos del hospital están a la orden del día en sus conocimientos. Lo que necesitan sin embargo sería más médicos para tener más tiempo que dedicar a cada enfermo y especialmente sería importante que fuese posible el cuidado individual de los enfermos, practicándoles alguna psicoterapia, especialmente en los casos agudos que observan. Debería tener más médicos y aún los tratamientos orgánicos, de los cuales, por supuesto, muchos pueden utilizarse, podrían ser más efectivos si contaran con más personal auxiliar y pudieran disponer de más médicos.

Pero creo que fundamentalmente estoy muy impresionado acerca de los conocimientos y del standard —diría conocimientos y habilidad del grupo de médicos tratantes— me refiero a enfermos mentales".

Estos datos fueron tomados de una cinta electromagnética que se encuentra en el archivo del Manicomio Deptal. La traducción fue hecha por los Dres. Cano y Mora del mismo establecimiento.

Hernán Cano A. - Jesús Mora Correa.

Carlos Obando T., Médico Jefe.

DISTINCION AL PROF. A. P. RODRIGUEZ PEREZ M.D.

Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura.—
Unesco.

Montevideo, 18 de Agosto de 1952

Dr. A. P. Rodríguez Pérez
Cátedras de Histología y Neuroanatomía
Facultad de Medicina
Medellín — Colombia.
Universidad de Antioquia

Muy señor mío:

El próximo 6 de octubre se inaugurará en Montevideo un Symposium sobre Neurona y Sinapsia organizada por el Centro de Cooperación Científica para América Latina de la Unesco, en colaboración con el Instituto de Investigación en Ciencias Biológicas de Montevideo. La fecha de clausura está fijada para el 12 de octubre.

Dicho Symposium viene a finalizar la serie de actos que se han celebrado en el Uruguay en homenaje a RAMON Y CAJAL en el año del Centenario de su nacimiento.

Han sido invitados a participar en dicho Symposium los Dres. Adrian, Tello, Gasser, Penfiel, Lorente de Nó, de Castro, Ozorio de Almeida, Houssey, Rushton, Fessard, Chagas, Turquini, Rosenbluth, Celestino Dacosta, Costera, Herzog, Encinas, etc|

El programa preparado bajo la dirección del Proesor Clemente Estable, comprende los siguientes temas:

1. — Naturaleza de la sinapsis y tipos sinápticos.
2. — Génesis de la sinapsis.
3. — Fisiología de la sinapsis.
 - a) cambios bioeléctricos.
 - b) mediador químico.
4. — Patología de la sinapsis.
5. — Discusión general acerca de si la neurona es una unidad genética, anatómica, trópica, fisiológica y patológica.

Además se preveen una serie de demostraciones y seminarios sobre:

1. — Citología, conexiones, fisiología y patología de la neurona.
2. — Técnicas citológicas, citoquímicas, histológicas y fisiológicas del sistema nervioso.

Sería para nosotros un alto honor si Ud. aceptara tomar parte en nuestro Symposium y nos aportase su colaboración que nosotros estimamos como imprescindible para el estudio de los temas propuestos.

Hemos previsto que los Dres. Tello, Adrian, Gasser, Lorente de Nó, De Castro y Estable, hagan la «mise au point» de algunos problemas que van a ser discutidos durante el Symposium.

El Centro de Cooperación Científica para América Latina de la Unesco, toma a su cargo los gastos de viaje Medellín Montevideo y regreso. En Montevideo, será Ud. considerado como Huesped de Honor y los gastos de estancia corren a cargo del Comité organizador del Homenaje a RAMON Y CAJAL.

Esperamos impacientemente su respuesta y con la esperanza de que nos haga el honor de aceptar nuestra invitación, quedo de Ud. muy Atto.

(Dr. A. Establier).

Director del Centro de Cooperación
Científica para América Latina.

DISTINCION AL PROF. A. CORREA HENAO

INSTITUTO DE CULTURA HISPANA

En atención a los relevantes méritos y circunstancias que en usted concurren, este Instituto de Cultura Hispánica tiene el honor de invitarle a visitar España como destacado especialista en Anatomía patológica, por un tiempo de uno a tres meses, según convenga a sus actividades profesionales, con el fin de relacionarse con nuestras Instituciones y figuras más relevantes en dicha materia.

Lo que tengo la satisfacción de comunirle para su conocimiento y efectos oportunos.

Dios guarde a Ud. muchos años.

Madrid, 21 de Junio de 1952.

El Director,

Alfredo Sánchez Bella