

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 4 — MEDELLIN, JULIO — AGOSTO DE 1954 — NUMERO 4

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 de Medicina y de la Academia de Medicina

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Presidente de la Academia

Prof. Oscar Duque Hernández, M.D.
Decano de la Facultad

REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.
Secretario de la Academia

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

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Sr. William Rojas M.

ADMINISTRACION:

Dora Echeverri
Directora de Biblioteca Médica
Margarita Hernández B.

«ANTIOQUIA MEDICA» solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.

Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38

SUMARIO:

	Página
EDITORIAL	
Conferencia del Dr. Emilio Robledo sobre Medicina Nacional - Dr. Emilio Robledo	345
TRABAJOS ORIGINALES	
Tumor del Glomus Yugulare. - Dr. Marcos Barrientos	361
Un Caso de Estenosis Congénita del Esófago con dilatación Supra-estenótica. - Dr. Antonio Ramírez G.	366
Medicina Constructiva en la Industria. - Dr. Domingo Vargas . .	369
Ruptura del Músculo Cutáneo (Plejo Braquial) por Francuta de la Clavícula. - Dr. Malvyn J. Nydahl	391
Medicina de Rehabilitación Física en Cirugía. - Dr. F. F. Schwartz	396
Origen y función de un Centro de Rehabilitación en una Comunidad. - Dr. Arthur C. Jones, M. D.	403
La Rehabilitación del Parapléjico. - Dr. Miguel Angel Aguilera P. .	413
Obstrucciones del Cabo distal del Colédoco. - Dr. Hu. C. Myers, M. D.	422
R. C. M. 17 Cestoesteroides. Importancia Endocrinológica. - Drs. Jaime Betancourt Osorio y Gustavo Isaza Mejía	428
Un Caso de diagnóstico Precoz de Carcinoma del Esófago. - Dr. Antonio Ramírez G.	432
V. Congreso Católico de Psicoterapia y Psicología Clínica. - Dr. Oscar Robledo Restrepo	434
ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA	
Boletín N° 6	444
Boletín N° 7	447
Boletín N° 8	449
Boletín N° 9	453
Boletín N° 10	455
Boletín N° 11	457
ACTIVIDADES DE LA FACULTAD	
Boletín N° 35	462
NOTICIAS	
De la Conferencia del Sr. Ministro de Educación. - Dr. Daniel He- nao H.	467
Carta del Dr. Pelayo Correa	468
Primeras Jornadas Interuniversitarias Argentinas de Gastroentero- logía	469
Federación Médica Colombiana	471
Tercer Congreso Panamericano de Endocrinología	472

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

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

VOLUMEN 4 — MEDELLIN, JULIO — AGOSTO DE 1954 — NUMERO 4

EDITORIAL

CONFERENCIA DEL DR. EMILIO ROBLEDO SOBRE MEDICINA NACIONAL

DR. EMILIO ROBLEDO
Académico Honorario

Señor Gerente y Señores Socios de Unidia;
Señores:

El tema que os habéis dignado confiar a mi cuidado es tan extenso, a pesar de que el territorio colombiano apenas empieza a ser explorado científicamente desde el punto de vista antropológico, que da material para varias conferencias. Por consiguiente, voy a presentaros un esquicio acerca de los puntos que se me han propuesto, no sin antes manifestaros mi agradecimiento por la dignación que me habéis hecho, al llamarme a participar en estas conferencias al lado de tan distinguidos profesores.

El hombre americano, sea cual fuere su patria de origen, emigró a este continente en época remotísima, quizá en el período paleolítico superior, cuando su existencia era todavía nómada y no conocía la agricultura. Así parece deducirse lógicamente del hecho de que ninguno de los animales domésticos, ni ninguna de las plantas cultivadas por los aborígenes americanos, fueron conocidos en Asia ni Europa antes del descubrimiento hecho por Colón en 1492. Y a la inversa, los americanos no conocieron las plantas ni los animales domésticos de Eurasia. Si unos y otros hubieran sido influidos recíprocamente, se habrían transmitido los preciosos legados, porque el hombre no emigra como las golondrinas y las demás aves, sino propagándose y llevando consigo lo que ha menester para su confortación y alimento.

En el decurso de los siglos, el americano seleccionó muchas plan-

Conferencia leída por su autor el 4 de diciembre de 1953, en el Centro Médico Unidia, de Bogotá.

tas que sería prolijo enumerar. Me contentaré con recordaros aquellas que empleó para curar sus dolencias físicas o para estimular sus energías, sin olvidar al "jefe altanero de la espigada tribu", pues sabemos que no solamente fue el maíz la base de su alimentación, sino que le acompaña con sus estigmas para facilitar la diuresis.

Entre los dinamóforos contaron con la coca, el cacao y Bacao. Los más meridionales aprovecharon la yerba mate y la guarana

La coca, tan persistentemente y sin tregua combatida por el Profesor Jorge Bejarano en su patriótica lucha por la salud del pueblo colombiano, fue empleada no solo por los aborígenes peruanos sino por los nuestros como alimento de ahorro. Los tahamí y cuerquí de Antioquia llamaban huho a la planta; otras tribus la llamaban vaho. Le atribuían origen divino y su uso era muy general, pero sólo se permitía a los hombres. Sabían que para su asimilación completa debía mezclarse sustancias alcalinas en alguna forma: de ahí que se le agregase polvo de huesos, de caracoles o conchas o bien, cal apagada, lo que constituía el hayo, preparación que era el único alimento de los piaches o sacerdotes chibchas durante el ayuno ritual de su consagración al oficio de médicos.

La coca llegó a ser entre los naturales una promesa de vida para el moribundo, viático incomparable para el viajero cuyo hambre engañaba; cordial para levantar las fuerzas y calentar los miembros ateridos por el frío de las nieves y los hielos; una fuente de olvido para el hombre abrumado de pesar, y de placer para las caricias del amor.

Matienzo nos dice que la coca de Antioquia era de hojas menuetas, y que los de Arma y Anserma la reemplazaban con otras plantas que no nombra; y agrega que el polvo lo llevaban en calabacillos llamados vaporones o en chuspas o bolsas suspendidas del hombro por un cordel.

En cuanto al cacao, que se encontró no sólo en México sino en toda la América tropical, hasta el Amazonas, donde los viajeros modernos han hallado las variedades más resistentes, y su congénere el bacao, son además de estimulantes, alimento verdadero.

Para usos médicos, el aborígen americano utilizó infinidad de plantas. Por de contado que hubo regiones de mayor cultura como México y el Perú, donde los descubridores quedaron pasmados de lo que hallaron y tomaron como modelo, como sucedió con los jardines botánicos. Se creyó que las más antiguas de esas manifestaciones culturales fueron los jardines de Padua, de 1545 y de Pisa en 1546. Pues si damos crédito al médico viajero don Francisco Hernández, enviado expresa-

mente por el rey para el estudio de la naturaleza americana, tenemos que convenir en que mucho antes que los jardines dichos se hallaron en América otros muy famosos. Con efecto, el cronista Herrera nos refiere que Motezuma tenía"... allende de las cosas que se ha dicho, otras muchas de placer, con espaciosos y grandes jardines con sus calles dichas para el paseo: eran los jardines de solas yerbas medicinales, y olorosas, de flores, de rosas, de árboles de olor, que eran muchos; mandaba a sus médicos que hiciesen experiencias de aquellas yerbas y curasen a los caballeros de su corte con las que más tuviesen conocidas. Daban estos jardines gran contento a los que entraban en ellos por la variedad de flores y rosas que tenían y por la fragancia y buen olor que de sí exhalaban, especialmente por la mañana y a la tarde, era de ver el artificio y delicadeza con que estaban hechos mil personajes (sic) de hojas y flores, asientos, capillas y otras cosas que adornaban por extremo aquel lugar".

El mismo médico Hernández nos dice que en Tetxcotzinco pudo herborizar unas tres mil plantas que utilizó para escribir su obra *Medicarum Novae Hispaniae Thesaurus*. Verdad que todo esto parece pura fantasía? Y sin embargo, Bernal Díaz del Castillo, en períodos emocionados nos refiere las maravillas del jardín de Tenochtitlan; y don Antonio de Solís no es menos explícito cuando nos dice que "tenían yerbas para todas las enfermedades y dolores, de cuyos zumos y aplicaciones componían sus remedios y lograban admirables efectos, hijos de la experiencia. — Repartíanse — continúa diciendo — francamente de los jardines del rey todas las yerbas salutíferas que recetaban los médicos o que pedían los dolientes, y solían preguntar si aprovechaban, hallando vanidad en sus medicinas o persuadidos de que cumplían una obligación de gobierno considerando así la salud de sus vasallos".

Y si no cultivadas en jardines espléndidos, sí a lo menos al amor de los bohíos o a libre crecimiento en medio de las selvas, pero bien conocidas, nuestros aborígenes pudieron ofrecer como exquisito tributo del Nuevo Mundo la quina, la caraña, la simarruba, la quasia, los bálsamos de capaiba y del Tolú, la polígala, las aristoloquias o contracapitanas, el guaco, tan célebres como alexitéricos, el último de los cuales sirvió a Mutis para realizar en Mariquita el emocionante experimento de la mordedura de la serpiente venenosa al cual se sometió voluntariamente Matiz, el pintor de la Expedición Botánica tan encomiado por el Barón, a fin de comprobar los efectos curativos garantizados por el negro Pío. La jarapa, la cubeba, el agave, los ficus, la zarzaparrilla, la ratania, la vainilla, el tabaco, los cubios (*Tropaeolum*), llamados

aña por los quechuas y que los monarcas incas hacían ensilar para darlos a los ejércitos en campaña, como antiafrodisiacos, a fin de mantenerlos a buen recaudo de los efectos de la libidine; y centenares más, tan admirablemente aprovechadas por los herbolários indígenas.

Así se explica por que Hernán Cortés, después de haber sido curado por los indios trascalteca de las heridas que recibió en la batalla de Otumba, escribía al Emperador, en una de sus cartas de Relación en 1542, que no había para que “dejar pasar médicos a Nueva España, pues los naturales bastaban”. En lo que a la verdad no andaba muy trascordado el recio conquistador, pues al comparar los métodos indígenas con los empleados por los médicos europeos de aquellos tiempos, podían los primeros dar quince y raya, no solo a los españoles sino a los ingleses, como se verá luego.

Como badulaques o cosméticos empleaban la bija o achiote llamado también urucuru y de cuyas propiedades tratan el P. Gumilla en su Orinoco Iustrado, Fernández de Oviedo y el propio Dr. Hernández ya nombrado. No lo empleaban únicamente como sustancia colorante sino también como insectífugo y protector. De su aplicación resulta que “No solamente no los pueden picar los mosquitos, sino que mueren sin poderse despegar de la tal untura. Fuera de esto, como el achiote es muy frío de suyo (habla Gumilla), aquella untura los alivia mucho contra los rayos del sol y calor casi intolerable”. Y agrega que para trabajar o bogar ‘piden licencia para untarse por las dos utilidades que llevo referidas’. Los estudios modernos acerca de las propiedades farmaco-dinámicas de esta bixácea, afirman que ella disminuye los efectos de las radiaciones ultravioletadas e infrarojas del espectro.

También utilizaban la chica (Bignonia). El Señor Triana nos dice que dicha planta la preparaban recogiendo las hojas en su madurez, al tiempo que enrojecían y poniéndolas a secar, luego las colocaba en una especie de bañomaría, y cuando el agua se coloreaba le agregaban fragmentos de corteza de arrayán (*Myrcia*), que enrojece el almidón del parénquima, el cual se decanta. Con esto se enrojecían todo el cuerpo. Para los tonos azules que aun acostumbran varias tribus, se servían y continúan sirviéndose de la jagua (*Genipa*). Asimismo utilizaban la chica para la tinción de los maures o parumas,, mantas, hamacas y mochilas; y para dar consistencia a la pintura, la cubrían con barnices como el célebre de Pasto (*Elaegia utilis*), de la familia de las Rubiáceas.

Como vulnerarios empleaban los bálsamos ya nombrados, el caucho, el otobero, etc.

Mas a que seguir enumerando los simples de que se servía el indígena? La tarea, si bien grata para el que tiene el honor de hablaros, sería harto enojosa para muchos de vosotros. Preferible es que abordemos el tema de la manera como se formaban los médicos y de sus métodos curativos.

Por regla general el ejercicio de la curandería en las distintas culturas americanas y aun en las exóticas, ha empezado por un ciclo de magia activa del cual solo salieron aquellos pueblos que evolucionaron hacia métodos más racionales.

Entre los chibcha, el piache o sacerdote era al propio tiempo el médico cuya preparación se hacía por medio de ayunos y de alimentación con el hayo acerca del cual ya se trató.

En los Catío, que habitan la parte antioqueña del Atrato todavía existe el jaivanismo o kaivanismo como dice el marqués de Wavrin, tal como se practicaba en los días de la conquista. Más recientemente el R. P. fray Seferino de Santa Teresa, misionero encargado de la catequesis de la región de Urabá, ha confirmado las prácticas empleadas por el jaivaná actual.

A diferencia de lo que sucede entre los araucano de Chile, cuya makis suele ser mujer, los Catío solo permiten este oficio a los hombres, los cuales suelen ser escogidos para jaivaná desde la niñez. Dicho sujeto se prepara en su bohío un lugar especial para el chimia ego barí, especie de altar donde coloca el bastón llamado angi jai ara, que ha sido adoptado por la Academia de Medicina de Medellín como emblema de su escudo. En dicho bastón esculpen figuras antropomorfas como la que podéis observar en este ejemplar, y no es abandonado a ninguna hora por el jaivaná.

En el altar colocan además amuletos en número igual al de las enfermedades que tratan, pues cada una de ellos debe tener su espíritu protector llamado jai ñaña o uaua. Dichos amuletos suelen tener figuras zoomorfas.

El jaivaná goza de grandes prerrogativas y de señalada superioridad sobre los demás. Todos sus ritos son nocturnos y la curación es una serie de prácticas de demonolatría a las cuales van mezcladas aplicaciones de yerbas y masajes. Emplean la succión de las partes afectadas; y después de chupar soplan al aire.

El uso del bastón o angi jai ara como símbolo de dignidad se halla muy generalizado. Entre los bataks de la parte meridional de sumatra, el médico hechicero o datu lleva siempre consigo una vara mágica llamada tungal panaluán fabricada de madera del árbol llamado

Protium javanicum, de la familia de las Burceráceas. En dicha vara se esculpen figuras como las del bastón del jaivaná, de donde resulta notable la semejanza que hay entre las dos culturas.

Fray Pedro de Aguado, en su Historia de Santa Marta y Nuevo Reino de Granada nos ha dejado un relato muy interesante de la manera como se formaban y ejercían los curanderos entre los Pantágora, Amaní y Palenque, numerosas tribus que ocupaban gran parte de la porción oriental de Antioquia hasta el río Magdalena.

“La forma de la elección de los médicos —dice el cronista citado— es ésta: el demonio, como espíritu tan antiguo y experimentado en sus maldades y aun en su conocimiento de la inclinación buena o mala de los hombres, escoge entre los hijos pequeños destos naturales el que más acomodado le parece que será para imponer a los indios en todo género de maldad, y esta criatura, que quiere señalar para este efecto, que será de cinco o seis años, en estando sólo se le aparece en figura de indio, o de ave o de otro cualquier animal, con la cual visión amedrenta a la criatura de suerte que se va llorando a su madre, la cual, como ya tiene noticia de lo que es o puede ser, halaga o mitiga el llanto del niño con halagos de madre, diciéndole que no tenga temor ninguno desperar ni escuchar aquella diabólica visión, que para que sepa curar y adivinar y dar a entender a los indios lo que le dijere Chancán, que entre estos bárbaros es ansi llamado el demonio; y tantas persuasiones le hace la madre al hijo y acometimientos el demonio al niño con sus espantosas visiones, que pierde el temor y aguarda a que hable con él, y lo primero que le hace saber es como él lleva las ánimas de los indios que mueren, donde están sus hermanos y parientes y es muy grande amigo de los indios y los quiere mucho, por lo cual lo ha escogido a él para faraúte o intérprete o para que cure las enfermedades que sucedieron para lo cual es menester que se le haga el corazón colorado que entre ellos es como decir fuerte y recio para sufrir los infortunios.

El muchacho a la hora da cuenta a su madre de las razones y coloquios que con el demonio ha tenido, la cual, para que el corazón del hijo se haga fuerte y recio llama a otros niños los cuales en ciertos días y horas señaladas, lo azotan con varas con lo cual dicen pasados los términos, que ya está hecho el muchacho, que ha de ser médico fuerte y recio; y pasada esta ceremonia queda ya en toda perfección y grados de medicina y de intérprete, y así, respuestas y hablas que con el diablo tiene; y curar a todos los enfermos de una suerte que no es menos de reír y pasar el tiempo que la elección y graduación de su oficio”.

Así continuaba la superchería hasta que toda la tribu quedaba informada de la elección del nuevo médico y de que el indio así escogido para faraute podía interpretar fielmente lo que el espíritu quisiera comunicarle en relación con las enfermedades de sus clientes.

El cronista nos informa además de la manera como ejercían su oficio. Cuando se presentaba cualquier dolor o hinchazón, estregaban el miembro con la mano y soplaban en el aire y tornaban a estregar y a soplar, lo cual hacían muchas veces. Otras veces chupaban con la boca en el lugar de la hinchazón o del dolor, procurando sacar sangre de las encías a fin de escupirla delante de los demás para dar a entender que aquella sangre era extraída de la hinchazón o parte de donde han chupado, con lo cual el paciente, lleno de confianza, en pocos días se consideraba sano.

Lavaban las heridas con agua tibia y con poner las manos encima las daban por curadas; y en vez de suturas en el cuero cabelludo, juntaban los labios de la herida y ataban los cabellos de una parte y otra. Si la herida era contusiva o enherbolada o tenía colgajos de esfacelos, cortaban éstos con cuchillos de pedernal y lavaban amplia manu con agua caliente.

Pero si los piaches gozaban de grandes prerrogativas, en cambio pagaban con las setenas los casos infortunados, pues cuando moría algún cliente de categoría, los parientes podían darles la muerte.

Para la mordedura de las serpientes venenosas usaban estos indios de varios remedios. Si una vez mordido el indio se podía atrapar la serpiente, le cortaban la cabeza y después de secarla la molían y se la daban a beber, con lo cual, según decían, remediaban mucho la ponzoña; y cuando aquello no era posible, tomaban la cáscara de tres yerbas y dábanlas a beber al mordido, con lo que algunos, no todos solían escapar con vida.

Estos indios sufrían a menudo de gusanos de monte o nuches los cuales extraían con trementina o caraña, y asimismo padecían de la picadura de gusanos urticantes muy virulentos. Para curar esta dolencia le sacaban al gusano las tripas y frotaban con ellas la parte afectada. En todo esto se adivina ya una práctica opoterápica. "Y si acaso sucedió morderle de noche y en parte donde no puede hallar el gusano para remediarse con él, si la picadura fuere en el dedo, o en parte semejante, —nos dice el cronista con cierta sorna y malicia— métela en el sexo de la mujer, y con aquesto ataja la furia de la ponzoña, de suerte que esta manera de curar me parece que con una ponzoña se cura otra: y agrega que "no sólo la deste gusano o savandija se cura con este re-

medio, pero la de los alacranes que los hay en esta tierra muy grandes y negros, y muy ponzoñosos, y arañas”.

Entre los indios guajiro, la mujer puede también ejercer el oficio de chamán, que es como llaman al médico o piache. Este a menudo es un epileptoide. Así que cualquier hombre o mujer con manifestaciones pitiáticas o epileptiformes, es el candidato para el oficio, y como tal, debe empezar a mascar tabaco por varios días a fin de conseguir entrar en éxtasis para ponerse en condición de provocar la absorción del espíritu por su persona. Desde el mismo momento en que le empieza el ataque, le ponen en la boca el tabaco que llaman manilla.

Una vez reconocida la vocación de chamán, que es irrevocable, se le busca quien le instruya en la magia, pues no se trata de conocer las propiedades de las plantas o los minerales, sino de aprender las tretas a que suelen apelar los hechiceros, a menear, la maraca, instrumento que desempeña un papel muy importante en la evocación de los wanurú o espíritus de la enfermedad y de la muerte.

Cuando ya el chamán es dado por hábil para ejercer el oficio, al presentársele un enfermo empieza por entonar un canto en el cual refiere como va en busca del alma del enfermo que el wanurú o espíritu de la enfermedad ha arrebatado a regiones desconocidas. Si el enfermo empieza a mejorar, el piache exige de los deudos que le proporcionen los objetos más diversos porque así lo ordena el espíritu para la curación. Exige cabras, caballos, collares de oro, etc., prendas que no siempre devuelve. El alivio se festeja además con chicha - maya que es una comilona con chicha, baile a son de tambor durante varios días. Francisco López de Gómara nos habla de los sacerdotes-médicos entre los Cumangoto, acerca de los cuales dice: “A los sacerdotes llaman piaches: en ellos está la honra de las novias, la ciencia del curar y la de adivinar; invocan al diablo, y, en fin, son magos y nigrománticos. Curan con yerbas y raíces crudas y cosidas y molidas, con sain (grasa) de aves y animales, con palo, y otras cosas que el vulgo no conoce, y con palabras muy reservadas y que aun el mismo médico no las entiende; que usanza es de encantadores. Lamen y chupan do hay dolor, para sacar el mal humor que lo causa; no escupen aquello donde el enfermo está, sino fuera de casa. Si el dolor crece, o la calentura o mal del doliente, dicen los piaches que tiene espíritus y pasan la mano por todo el cuerpo. Dicen palabras de encanto, lamen algunas coyunturas, chupan recio y menudo, dando a entender que llaman y sacan espíritu. Toman luego un palo de cierto árbol, que nadie sino el piache sabe su virtud, friéganse con él la boca y gznates hasta que lanzan cuan-

to en el estómago tienen, y muchas veces echan sangre: tanta fuerza ponen o tal propiedad es la del palo. Suspira, brama, tiembla, patea y hace mil bascas el piache; suda dos horas hilo a hilo del pecho, y en fin, echa por la boca una como flema muy espesa, y en medio della una pe-
lotilla dura y negra, la cual llevan al campo los de la casa del enfermo, y arrójanla diciendo: "Allá irás, demonio; demonio, allá irás". Si acierta el doliente a sanar, dan cuanto tienen al médico; si muere, dicen que era llegada su hora...".

Muy poco, casi nada nos refieren los cronistas acerca de la geografía médica en la época precolombiana. Es de suponer que viviendo en perpetuas guerras y siendo muchas tribus antropófagas, la muerte les sobrevendría más frecuentemente por heridas con flechas enherboladas o con armas contusivas tales como piedras, masas, o garrotes. Los habitantes de las regiones cálidas padecían especialmente de pian o bubas, sarna, carate, miasis y leischmaniasis, y de mordeduras de serpientes o de picaduras de insectos, gusanos urticantes, arácnidos, etc. Los de los altiplanos andinos abundaban en piojos y afecciones bronco pulmonares.

El impacto o choque de los conquistadores con los indios fue funesto para éstos más por las enfermedades que les comunicaron que por la agresión de las armas. La viruela, la gripe, las enfermedades tifoideas, la fiebre amarilla, el paludismo, comunicados a individuos desprovistos en absoluto de anticuerpos de defensa, fueron a mi juicio infinitamente más mortíferos que los obuses de los invasores y los perros de presa.

Fray Pedro Simón nos refiere que en 1546 hubo "una grande pestilencia que barrió la tercera parte de estas grandes provincias", y agrega que "daba un dolor de cabeza con accidente recio de calentura, pasábase el dolor al oído izquierdo agravando de tal suerte, que en dos o tres días pasaban sin remedio de esta vida los apestados. Los síntomas permiten hacer el diagnóstico retrospectivo de gripe, enfermedad que en forma epidémica causó en aquel siglo muchos desastres en Europa

Algunos extrañarán quizá oírme decir que el paludismo no es americano. No lo es en verdad. Todos sabemos que dicha enfermedad azotó de tal manera la Europa meridional, que muchos autores atribuyen a ella la decadencia de la civilización griega y romana. En el sur de España fue muy frecuente, y en nuestra historia médica se tiene el dato cierto de que los aborígenes no emplearon la quina como febrífugo sino muy avanzada ya la colonización española. El Sr. Profesor Jara-

millo Arango, que según entiendo ha publicado la obra de Ruiz y Pabón, podrá ilustrar este tema.

II

Dejo de la mano lo referente al indigenismo para ocuparme de la época colonial.

La renuencia de los conquistadores para dejar pasar de la metrópoli a estas tierras médicos y abogados, pues si ya vimos como Cortés recusaba a los primeros, Balboa increpaba a los últimos el mantener en ascuas la colonia, fue sin duda parte a que los profesionales no aparecieran sino relativamente tarde entre nosotros. Sin embargo, se sabe que ya para 1579 ejercía en esta capital del Nuevo Reino don Alvaro de Auñón y Cañizares y que ya habían desfilado por sus calles el Dr. Mendo López del Campo, don Francisco Díaz, don Lope San Juan de los Ríos y no pocos flebotomianos o sangradores, algebristas y farmacéuticos, y aun milagreros como un don Pedro Fernández de Valenzuela que, empírico y todo, se atrevió a escribir un libro titulado Tratado de Medicina y modelo de curar en estas partes de Indias, considerado por Guillermo Hernández de Alba como "primicia científica de la ciencia hispana injertada a la fronda americana".

Hasta hace algunos años se creía bajo la fe del médico e historiógrafo de nota, Pedro María Ibañez, que la primera cátedra de medicina había sido instalada en 1758 por el protomédico don Vicente Ramón Cancino; pero el tozudo investigador Hernández de Alba ya nombrado, halló documentos en el Archivo Nacional, que comprueban que fue el Licenciado don Rodrigo Enríquez de Andrade, médico que vino con Fray Cristóbal de Torres, quien enseñó por primera vez medicina en el Colegio-Seminario de San Bartolomé en 1636. Verdad es que la enseñanza se interrumpió poco después y sólo se reanudó en 1753 en el Colegio del Rosario, bajo la dirección del Dr. Francisco Fontes, quien parece que tuvo poco éxito en su profesorado y fue reemplazado, ahora sí, por el citado Cancino, en 1758 a 1760.

Por lo que hace a Antioquia, hallándose enfermo de gravedad el teniente de gobernador, don Mateo de Castrillón, fue llamado a asistirlo el médico titulado don Gabriel Montenegro. En Medellín, hacia 1750 ejercía don Juan Cano, licenciado por el Cabildo; pero habiendo muerto en 1751, se presentó a reemplazarlo el francés don Pedro de Euse, quien obtuvo la licencia. Había nacido en San Jorge de Lotel, población de Normandía y decía tener título de cirujano. Se sabe también que el primero que recibió título de Dr. en España fue don Isidro Peláez,

quien ejerció en Marinilla y hacia 1787 se hallaba de funcionario público en dicha villa.

Tanto en los anales de esta ciudad del Aguila Negra como en los demás de las capitales de los Departamentos, se sabe que la medicina era ejercida en general por empíricos sin conocimientos científicos. El Señor Mutis se esforzó con el gobierno a fin de que remediara aquella situación, estableciendo en forma permanente la enseñanza médica. Fue en virtud de estos empeños como se expidió la cédula real de 2 de octubre de 1801, según la cual se investía al Sr. Miguel de Isla de las prerrogativas de Catedrático de Prima de Medicina "por tener la aptitud y talentos necesarios para instruir a la juventud, pues ninguno le excede en el desempeño de la cátedra" de que había gran necesidad en el Reino, "por carecer de médicos hábiles aun dentro de esta capital y estar tolerando infelices curanderos y tal vez advenedizos atrevidos".

El curandero!... Acostumbrados estamos a emplear los términos más despectivos al hablar de la curandería y de quien la ejerce. Lejos de mi el pensar siquiera en abogar por este personaje a esta hora del progreso científico. Sólo quiero recordar que en las poblaciones incipientes, donde el médico titulado no tiene ningún halago para instalarse, como nos tocó presenciar de niños a los que vamos estando en la zona de peligro de la existencia, un empírico prudente y de buena sendéresis suele ser un excelente auxiliar al servicio de la comunidad. El vacuna, él bizma, aplica sinapismos y ventosas, clisteriza y presta en suma oportunos y útiles oficios. Digo esto recordando la generosa y benévola actitud que en defensa de este personaje asumió el ilustre profesor López de Mesa cuando se le invitó en 1949 por la comisión quinta del Senado de la República, en su condición de Rector de la Universidad Nacional, a participar en la discusión del proyecto sobre Medicina rural, que tan buenos resultados ha tenido. Con su enorme capacidad dialéctica y suasoria, era de oírsele apologizar las condiciones de aquel cooperador eficaz de las modestas aldeas.

III

Antes de tratar acerca de la medicina en el período de la República, voy a permitirme presentaros dos tratamientos del siglo XVII que son auténticos, para establecer el cotejo. El primero corresponde a un empírico de la ciudad de Antioquia y el segundo al médico de Cámara del rey de Inglaterra.

En 1653 se hallaba de Gobernador de la provincia de Antioquia don Manuel de Ayala y Benavides, caballero de la orden de Santiago,

mozo arrogante y de grandes arrestos, quien perdió la razón e intentó varias veces dar muerte a su esposa doña Mariana Herrera y Tapia. No habiendo en la antigua ciudad de Robledo médico titulado, llamaron para atenderlo al curandero José Rendón, quien no habiendo recibido el pago de sus oficios, entabló demanda en la cual especifica cual había sido el tratamiento, que es como sigue: "...la primera y principal (medicina) fue el agua de asahar con la piedra besalmas (sic) (sin duda quiso decir piedra bezoar), nueve días a tarde y a mañana baños de leche, y otros nueve baños de vino con romero y más el romero puesto entre dos paños en la cabeza, y otros nueve días el altamisa a tarde y a mañana; y cinco gallinazos: los tres sacados con alquitara y los dos cocidos con plumas y todo, y luego la yenda de la persona y la de la garto y luego el defensible en todas las especies de la cabeza....", y agrega: "con que de todo son sabedores todas las personas de casa de dicho gobernador, y otras muchas, con que lo dicho obró Dios, pues se ve en el estado en que está....".

Habiéndole alegado la contraparte que "naturaleza obró" y no los remedios de Rendón, quien debía explicar el efecto de los dichos remedios, él replicó entre otras cosas que "...es cierto que no todos los que curan son médicos examinados, porque unos curan por ciencia y otros por experiencia, y el haber yo curado al señor gobernador no ha sido porque me haya titulado médico, mas de tan solamente por la experiencia que tengo de haber visto curar achaques y otros más rigurosos....".

Escuchad ahora lo que ocurrió en la casa real de Inglaterra en febrero de 1675, que es decir, más de 20 años después de lo anterior:

Su majestad el rey don Carlos II perdió el conocimiento cuando se rasuraba. Llamado el médico le hizo en seguida dos sangrías, le dio un vomitivo, dos purgas y le aplicó un clister que contenía antimonio, sal de piedra, hojas de malvavisco, violetas, raíces de remolacha, flores de camomila, semillas de hinojo, linaza y cardamomo, canela, azafrán, cochinilla y aloes. Se le rapó la cabeza y se le produjo una vesicación en el cráneo; se le dio un estornutatorio de semillas de eléboro y de primula; el primero para purgar el cerebro, y la primula para fortalecerlo. Además de nuevo emético se le dio a tomar agua de cebada, regaliz y almendras dulces, vino ligero, aceite de ajeno, anís, hojas de cardo silvestre, menta, rosa y angélica. Se le bizmaron los pies con emplastos de estiercol de palomar y después de acudirle con eneldo, maná, olmo, perlas disueltas en vinagre, genciana, nuez moscada y clavos, y de ensayar extracto de cerebro humano y, como en el

caso anterior, la piedra bezoar . . . , Su majestad el rey pasó a mejor vida.

Quedó dicho que el S. Miguel de Isla fue investido con el título de Catedrático de Prima de Medicina al empezar el Siglo XIX. En ejercicio de su cargo, educó a don Vicente Gil de Tejada, quien lo reemplazó en la cátedra. Este a su vez, enseñó a don Benito Osorio, don Joaquín García, a los doctores Miguel Ibañez y José Félix Merizalde.

La revolución de la Independencia trastornó naturalmente la enseñanza, pero los médicos contribuyeron a la organización castrense y a la iniciación de la República. El Dr. Merizalde fue de los más activos en atender a las necesidades públicas. De él poseemos como curiosidad bibliográfica un tratado de Higiene en que se aprecian los conocimientos que sobre dicha materia se tenían en aquella época, para atender a la preservación de la comunidad.

El viajero francés J. B. Boussingault que hacía parte de la misión científica contratada por Zea en París en 1821 para establecer la enseñanza de Ingeniería, se felicita por haber tenido la fortuna de ser tratado por un médico nacional.

Con efecto, en 1824 fue comisionado por el gobierno para conocer el curso del Meta con exactitud y para fijar la posición astronómica de su confluencia con el Orinoco. En esta excursión fue acompañado del médico Roulin y de Rivero, y fue atacado de paludismo de forma grave, en términos que estuvo a punto de perecer, no solamente por la violencia de la enfermedad sino también por el tratamiento, pues Roulin, imbuído en las teorías de Broussais, lo sometió a un régimen dietético incompatible con la vida. Al llegar a Bogotá lo salvó el Dr. Miguel Ibañez. "No había médico extranjero en Bogotá —dice Boussingault en sus Memorias— lo que me salvó. Un inglés no se habría atrevido a darme quina. Ibañez—un doctor de la Facultad de Bogotá, me la dio en alta dosis, en píldoras, con jarabe de naranjas agrias que me hacía tomar el Coronel Lanz a horas fijas con la precisión matemática que él acostumbraba. En 24 horas tomé 60 gramos de quina en polvo, la fiebre cedió en pocos días y entré en convalecencia".

A pesar del empeño que puso el general Santander en la organización de la República, el progreso científico fue siempre muy lento y, por otra parte la medicina continuaba en mantillas en Europa mismo, sometida al vaivén de encontradas teorías y ajena a la práctica investigadora de los laboratorios.

Con todo, fueron llegando profesores extranjeros atraídos por las hazañas libertadoras y fue así como Bogotá se vio visitada por los

doctores Cheyne, Devoren y Daste, el primero de los cuales adquirió fama que se perpetuó en estrofas de Caro.

También vino el Dr. Broc, anatomista de fama que se dedicó a la enseñanza de esta importante rama de la medicina en el anfiteatro e hizo escuela. A Antioquia llegaron Jervis, Willianson, Ferguson, Blair y pocos más.

Como primicias profesionales de la República figuran los doctores Jorge Vargas, Juan de D. Tavera, Vicente Lombana, Antonio María Silva, Joaquín Sarmiento, Antonio Vargas Reyes, Camilo Manrique, Cayetano Urribe, Sixto Durán y León Vargas, este último joven socorrano distinguido, que fue quien primero que otro ninguno practicó en la Nueva Granada la operación de la Catarata con buen éxito.

A Antioquia llegaron, procedentes de la Escuela de Bogotá, primero los doctores José M^a Martínez Pardo, fundador a su vez de la enseñanza Médica en 1837; José Ignacio Quevedo, Antonio Mendoza, Sinforiano Hernández, Demetrio Barrientos, Manuel Vicente de La Roche, Pedro Uribe Restrepo.

Pero a qué seguir con la nómina de los profesores que salidos de las aulas santafereñas, de las de Cartagena y Antioquia se han esparcido por toda la República? Para dar remate a esta cansada disertación váis a permitirme que a fuer de médico ya casi octogenario, emita algunos conceptos acerca del ejercicio de la Medicina y de las tendencias que se advierten en las nuevas generaciones, y os solicito además permiso para citar algunos conceptos que emití sobre estos temas hace varios años y que publiqué en una obrecilla poco conocida.

Los que nos preocupamos en sentido constructivo por el adelanto de nuestro país, vemos con gran complacencia que los jóvenes quieren emular en conocimientos y desean mantenerse al orden del día en punto de progresos médicos. Hay además gran tendencia a la colaboración en forma de equipos o unidades de profesionales, lo que estimula el estudio, acostumbra al trato frecuente con los colegas y a sufrir con paciencia las adversidades y flaquezas ajenas. El que se habitúa a no sufrir la crítica de sus ideas cree ser él sólo poseedor de la verdad y se hace irascible cuando se le contradice, lo que no es compatible con conocimientos tan contingentes como los que alcanzamos en Medicina. La práctica de nuestra profesión es una escuela de modestia y en ella debemos aprender, no solo a atender debidamente a los enfermos, sino también a respetar los ajenos pareceres, a tolerar a quienes no se hallen acordes con nuestro modo de pensar y a ser discretos en el juicio de nuestros colegas. Y en especial, debemos tener benevolencia y grati-

tud para con aquellos que nos precedieron en el tiempo y que en su día cumplieron una misión honorable, recordando siempre que los modernos son más grandes que los antiguos porque se elevan sobre sus hombros.

Entre nosotros existen ya las dos tendencias de que nos habla Lecky, las cuales son producto lógico del industrialismo moderno que lo ha influido todo. La del cauteloso y frugal, poseedor de grandes virtudes y de respetabilidad; y la del incierto y diligente, capaz de caer en vicios grandes y escandalosos, impaciente de la rutina pero no extraño a los sentimientos nobles y generosos. Empero, aun subsiste el tipo del médico de familia, que hace de su profesión un sacerdocio ejerciéndola con abnegación, y a la cual pide una retribución equitativa en cambio de servicios eficaces y oportunos.

Quiero decir que no acepto la forma industrial que se pretende dar al ejercicio de la medicina, el cual no puede compararse, a mi juicio, con el de las demás profesiones liberales. Verdad es que el médico debe vivir de su profesión, para lo cual debe proveerse de los elementos de instrucción y de técnica indispensables, pero a diferencia de lo que han menester el industrial y el operario, al médico se le exigen cualidades de un orden superior. De la medicina emana una especie de espiritualidad que eleva y ennoblece a quien a ella se acoge con el ánimo de servirla con dignidad y nobleza.

Ella tiene la misión divina de aliviar el dolor y el sufrimiento; y estos no siempre se calman con la administración de drogas. La palabra de consuelo del médico tiene a veces una virtud más eficaz que el medicamento heroico.

Las acciones del sistema nervioso del gran simpático influyen poderosamente sobre las glándulas endocrinas cuya repercusión en el metabolismo es cada día mejor conocida. Pues bien: sobre el sistema vegetativo ejerce una influencia manifiesta la confianza en el médico, y esta confianza se funda no solamente en la habilidad técnica y en el prestigio científico, sino también en la conciencia profesional y en el valor moral del médico.

El médico moderno se ve a diario frente a serios problemas en relación con la dignidad de la persona humana: el psiquiatra, el neurocirujano, el tocólogo, etc., que estudian a fondo los casos que se les presentan, deben recordar que no están haciendo ensayos in anima vile sino en un ser racional en el cual deben respetar la nobleza del espíritu y evitar la agresión biológica.

Aconsejar una lobotomía, sin tener en cuenta el cambio de per-

sonalidad metafísica, que es la mayor ofensiva biológica; o provocar a lumbre de pajas un aborto en caso de eclampsia, o practicar la cefalotripsia con preferencia a una cesárea, etc , son asuntos de frecuente ocurrencia que no debe resolver un profesional que se respete sin tener en cuenta la dignidad de la persona humana.

Yo no os hago el agravio de pensar que vayáis a considerar estas reflexiones como admoniciones de dómine. No enrostro nada a nadie. Son estos, puntos de vista generales expuestos de acuerdo con los principios eternos de la ética por un médico modesto, que durante más de cincuenta años ha practicado su profesión con todas las fuerzas de que ha sido capaz; y que al llegar a esta edad en que no tiene más empeño que el dejar el recuerdo de haberse esforzado por comprender su deber de médico-cirujano, y hacerlo comprender a sus discípulos, no deja de haber meditado sobre las disciplinas necesarias a esta noble profesión, en presencia de los problemas del deber y de la conciencia.

Solo procediendo así podemos aspirar a merecer lo que ya aconsejaba Séneca en su libro de los Beneficios: "... y donde sucede ésto, así en el médico como en el maestro, después que les hayas pagado el precio de su trabajo, les deberás también el de su ánimo".

Bogotá, diciembre 4 de 1953.

TUMOR DEL GLOMUS YUGULARE

DR. MARCO A. BARRIENTOS M.
Académico de Número.

Histopatología del
DR. EMILIO BOJANINI, M. D.
Medellín.

Según escribió Guild, el "glomus yugulare es un pequeño cuerpo de forma ovoide, situado en la adventicia de la cúpula del bulbo de la vena yugular, en las proximidades del ramo timpánico del glosofaríngeo, en su canal, en el promontorio o aun más lejos en donde se continúa con el nervio petroso superficial menor, o a lo largo del nervio de Arnold (rama auricular del neumogástrico). Su estructura es muy similar a la del glomus carotídeo y está formado por una rica red de vasos precapilares y capilares con numerosas células epitelioides situadas en sus intersticios.

El número de casos publicados desde 1941 cuando Guild hizo el estudio de los tumores del glomus yugulare, ha sido relativamente pequeño. En la literatura nacional no conocemos ninguno.

Se han presentado casos entre los 22 y 69 años de edad. Hay marcada incidencia familiar y parece ser más frecuente en las mujeres. No ha habido casos de bilateralidad pero sí de coexistencia con glomus carotídeo del mismo lado o del opuesto.

No hay síntomas clínicos patognomónicos pues son comunes a otras afecciones del oído medio. Pueden citarse: tinitus, a veces crónico con el pulso: trastornos de la audición; congestión y abombamiento del tímpano, en un período más avanzado perforación y destrucción de éste; otorrea crónica; ocupación del conducto auditivo externo por una masa "poliposa", roja, que sangra profusa y fácilmente y que recidiva cuando se extirpa, siendo este el síntoma más propio de la afección. Hay síntomas que indican la lesión de órganos vecinos como sucede con los vértigos, las parálisis del facial y de otros pares craneanos, etc., etc. Pocos casos han sido diagnosticados antes de que la masa tumoral rompa el tímpano. Rosen (5) sugiere para los casos sospechosos en que quiere hacerse biopsia sin romper el tímpano, una técnica seme-

jante a la de Lempert (9) para la cirugía del tinitus, haciendo incisión de la piel del conducto auditivo externo en la semicircunferencia inferior a unos pocos milímetros de la membrana del tímpano y después desinsertando ésta, reclinándola hacia arriba para tomar el fragmento del tumor y luego reponerla en su puesto.

En las primeras etapas los Rayos X no muestran por lo general signos diferentes de los de una mastoiditis. Sólo en los casos avanzados pueden mostrar la invasión de la pirámide petrosa, del foramen yugular etc.

El diagnóstico no puede hacerse con certeza sino mediante la histopatología. Siempre cuando se encuentre en el oído externo una masa poliposa con tendencia a sangrar debe ordenarse la biopsia.

Los tumores glómicos, aunque son de evolución lenta deben considerarse como malignos por su tendencia a recidivar, por su carácter invasor que los capacita para lesionar importantes órganos vecinos y por las metástasis que pueden producir. Se relatan tres casos de metástasis: uno en los ganglios del cuello, otro en el pulmón y otro en el hígado. La mortalidad en una estadística de 42 casos fue del 34% (1).

HISTOPATOLOGIA. - Rosenxasser dice: los grupos de células tumorales están rodeados por capilares y tienden a formar estructuras alveolares. La formación alveolar de las células neoplásicas no es siempre clara. En algunos puntos las células toman la forma de cordones comprimidos.

Las células son habitualmente grandes y poliédricas. Los núcleos son pequeños y no hiper cromáticos. El citoplasma abundante es frecuentemente vacuolado. Esta vacuolización borra muchas veces los límites de las células. A menudo los núcleos son uniformemente ovales, aunque puede haber partes del tumor en donde varían de forma. No se encuentran mitosis. (Laryngoscope -62-623- June 1952).

Berg (10) habla de células de tipo sincicial con ocho o más núcleos, de la participación de los pericitos como en el tumor del cuerpo carotídeo y los clasifica en tres tipos: 1º) Semejante al glomus normal, 2º) tipo adenomatoide y 3º) tipo angiomatoso.

El tratamiento debe ser quirúrgico y consistir en un vaciamiento petromastoideo con extirpación cuidadosa del tumor. Cuando éste es grande hay que tomar las precauciones para prevenir y tratar el choque hemorrágico, sobre todo si se encuentra adherido al bulbo de la yugular, habiendo necesidad en algunos casos de practicar la operación en dos sesiones. La radioterapia no ha demostrado ser efectiva y Cleary

(2) sugiere que debe reservarse para enfermos inoperables y para cuando no ha podido hacerse la extirpación total.

HISTORIA CLINICA

H. Hernández. 33 años. Natural de Copacabana (Antioquia). Sastre.

Como antecedentes de importancia anota que desde la infancia sufre otitis supurada izquierda con períodos de calma.

Consulta el 20 de marzo de 1953 porque hace dos años tiene supuración por ambos oídos, siendo la del izquierdo más fétida y abundante, de color blanquecino, pérdida de la audición y hace un año otorragia del lado izquierdo. Al examen general se encuentra un paciente de raza blanca, talla mediana y buenas condiciones físicas generales.

Al examen del oído derecho se encuentra una pequeña perforación antero-inferior del tímpano, no hay secreción y la audición es buena para la conversación. En el oído izquierdo se aprecia en el conducto auditivo externo además de supuración amarillosa y fétida un tumor que lo llena totalmente, de color rojizo, que sangra al examen y que nos da la impresión de ser un pólipo. No hay audición útil por vía aérea y se presentan todos los caracteres de una sordera de transmisión. En la región lateral izquierda del cuello se aprecia a la altura de la bifurcación de la carótida un tumor duro, alargado, de 1½ por 4 cts., no adherente a los planos vecinos e indoloro.

Las radiografías comparativas de mastoides muestran un proceso de mastoiditis crónica del lado derecho y "agudo" del lado izquierdo.

Con el diagnóstico de mastoiditis procedemos a hacer un vaciamiento petromastoideo (operación radical) el día 28 de marzo de 1953. Empleamos anestesia endotraqueal. Abordamos por vía pre-endo aural con incisión de Murga. Desde el momento en que tratamos de desprender la pared postero-superior del conducto auditivo externo comenzó a incomodar una hemorragia persistente procedente del tumor. Al proceder a hacer la aticotomía se encontró que el "muro" estaba casi totalmente destruido, se continuó hacia atrás el vaciamiento y se dejó para lo último el tratamiento del pólipo". Al limpiar la caja del tímpano se encuentra ocupada por una masa rojiza, implantada sobre el promontorio y que al desprenderla sangra profusamente. Sus dimensiones eran 25 x 15 x 5 mm. El piso de la caja se encuentra intacto. Se detiene la hemorragia mediante el taponamiento con una mecha de gasa con crema de sulfatiazol y vendaje compresivo.

El postoperatorio evoluciona sin complicaciones y a los ocho días se deja sin ningún taponamiento.

Del examen histopatológico del tumor de las dimensiones antes anotadas y que resulta ser "coraliforme" de tres "palpos" unidos por uno de sus extremos, informa el Dr. Emilio Bojanini: "Las preparaciones están formadas por fragmentos polipoides, cubiertos en parte, por epitelio malpighiano cornificado y en parte, por epitelio pseudoestratificado columnar con zonas de ulceración. Por debajo del epitelio se observa abundante tejido conjuntivo denso, con moderada infiltración linfocitaria, plasmocitaria y polimorfonuclear.

En medio del tejido conjuntivo, se encuentra una formación tumoral compuesta por células grandes, poliédricas, de citoplasma claro, eosinófilo y núcleo pequeño hiperromático y por células sinciciales multinucleadas. Las células se dis-

ponen en alveolos limitados por capilares o por tabiques conjuntivos (Fig. 1). Estos contienen numerosos espacios vasculares que le dan un aspecto angiomatoso al tejido tumoral. En algunos espacios vasculares hay trombos recientes y en vías de organización. Los pericitos muestran gran actividad, se mezclan con y semejan las células tumorales.

Esta estructura histopatológica corresponde a un tumor del glomus yugulares de tipo angiomatoide. El aspecto histológico es el de un tumor benigno, pero sólo la presencia o ausencia de metástasis en el curso del tiempo, puede establecer el grado absoluto de malignidad".

En vista del resultado dado por el patólogo, se extrae, a los diez días de la primera intervención y con anestesia local, el tumor de la región carotídea que resultó ser, según el examen histopatológico, una simple adenitis inflamatoria crónica.

El enfermo ha sido controlado sin que hasta la fecha haya signos de recaída.

Comentario

Creemos importante esta publicación por ser pequeño el número de casos reportados hasta ahora.

Desde el punto de vista didáctico vale la pena llamar la atención sobre la posibilidad de que un aparente "pólipo" del oído sea un glomus y de ahí la necesidad de hacer sistemáticamente el examen histopatológico, que en caso de ser positivo, impondrá especial vigilancia y una cirugía más cuidadosamente radical.

BIBLIOGRAFIA

1. WINSHIP, M. D. and HOH LOUZAN, M. D., Washington D. C. - Archives of Otolaryngology. Vol. 54, N° 4. Pág. 378. Oct. 1951.
2. JAMES A. CLEARY, M. D., Salt Lake City. - Archives of Otolaryngology. Vol. 56, N° 4. Oct. 1952.
3. PETIT DUTAILLIS, A. BLOCH, F. BERDT Y MESSIMY. - Les Annales D'Otolaryngologie. T. 69, Nos. 11 y 12, 1952.
4. CHARLES E. TOWSON M. D. and FRANCIS J. MC NEILS M. D., Philadelphia. - Archives of Otolaryngology. Vol. 59, N° 2, Feb. 1954.
5. SAMUEL ROSEN M. D., New York. - "Glomus Yugulares tumor of de middle aer with normal drum. Improved biopsy technique". The Annals of Otology, Rhinology and Laryngology". Vol. LXI, June 1952, N° 2.
6. KENNETH B. BROWN, M. D., Hempstead, N. Y. - The Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Vol. LX, Sept. 1951, N° 2.
7. J. S. LEWIS M. D. and R. N. GRANT M. D., New York. - Nonchromafin paraganglioma of the middle ear. Archives of Otolaryngology. Vol. 53, N° 4. April 1951.
8. JAMES L. POPPEN M. D. and P. A. RIEMENSCHNEIDER M. D., Boston. - Tumor of carotid body type presumably arising from the glomus yugulare. Archives of Otolaryngology. Vol. 53, N° 4. April 1951.
9. JULIUS LEMPERS. - Arch. Otol. 43, March. 46.
10. BERG, N. O. - Acta Path et Microbiol Scandinav. 27: 194, 1950.

Medellín, abril de 1954.

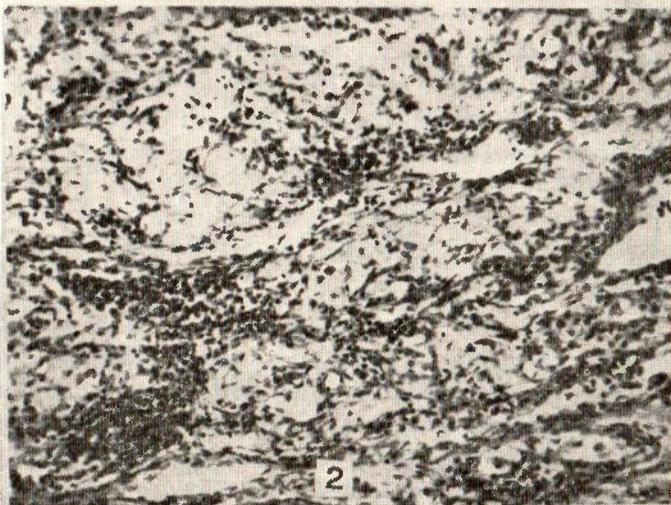
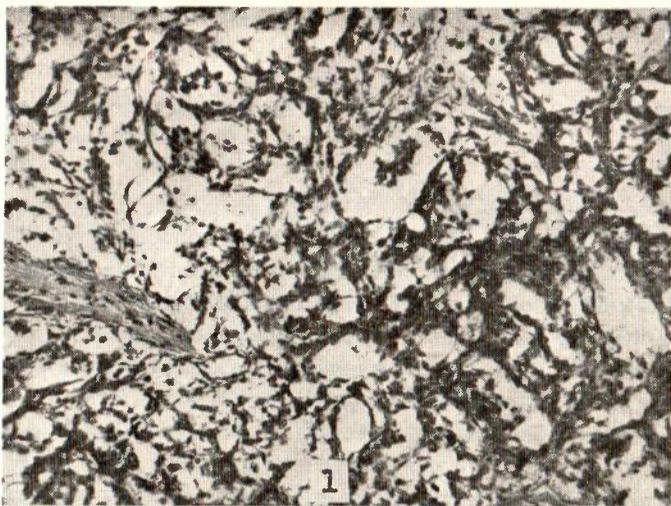


Fig. 1 — Se ven espacios con células de citoplasma claro, delimitados por capilares y espacios vasculares.
Fig. 2 — En medio del tejido tumoral se observa infiltración inflamatoria mononuclear.

UN CASO DE ESTENOSIS CONGENITA DEL ESOFAGO CON DILATACION SUPRAESTENOTICA

Por el Dr. ANTONIO RAMIREZ G.
Académico de Número

Las anomalías congénitas del esófago son entidades raras. Guthrie (1) encontró 38 casos en 6.916 autopsias consecutivas del Hospital de niños de Glasgow, desde 1915 hasta 1944; de estos casos 24 pertenecían al grupo de las atresias. La ocurrencia de estenosis anular simple es citada como rareza y la estenosis con dilatación supraestenótica y formación diverticular es apenas descrita como posibilidad diagnóstica. O'Bannon (2) describe un caso en el que la parte superior del esófago forma un divertículo del cual emerge la parte inferior a través de una estrecha comunicación.

El caso que se presenta aquí es el de una niña de dos años de edad, entrada al servicio de pediatría del Hospital de San Vicente de Paúl en enero de 1953; natural de Betania (Ant.); sin antecedentes genéticos dignos de mención, correspondiente a un embarazo gemelar, el primero de cuatro (1 aborto). Pesó al nacer 1900 gm. y fue alimentada con alimentación materna exclusiva hasta el quinto mes y desde el primer año con alimentación exclusivamente artificial que incluía toda clase de elementos de la dieta de los adultos.

Pesaba 7100 gm. al venir a consulta y fue traída por "Dificultad para la ingestión de sólidos", fenómeno que apareció desde el momento en que se inició el régimen con este tipo de comidas y que consistía en regurgitación de sólidos, unas veces inmediata a la ingestión y otras veces tardía (½ a 8 horas). Esta regurgitación fue constante desde su iniciación. Los líquidos fueron siempre bien tolerados y constituían la base de su alimentación.

El examen clínico reveló una niña de muy pobre desarrollo físico (7.100 gm.), pálida y adinámica. Con excepción de la regurgitación no había aparentes manifestaciones de alteraciones funcionales en otros órganos y sistemas.

Se ordenó dieta líquida y exámenes de laboratorio que dieron los siguientes resultados:

SANGRE:

Hematías	3'500.000 /mm3.	Leucocitos	11.800 /mm3.
Hb.	10 gm. %	Fórmula normal.	
Hematocrito	31		
Proteínas	5,27 gm. %	W. K.	Negativo.
Serinas	4,08 gm. %	Glicemia	0,64 %
Globulinas.	1,19 gm. %	Urea	0,39 %

El estudio radiológico de ESOFAGO, ESTOMAGO y DUODENO demostró, según informe del Dr. Oriol Arango, "Una imagen diverticular a nivel del tercio medio del esófago, con espasmo moderado en este mismo punto. Sin embargo, el medio de contraste pasa fácilmente. El vaciamiento gástrico se hace bastante bien y en el intestino delgado se observan numerosas imágenes de áscaris".

En vista de vómitos persistentes se ordenó alimentación con sonda y transfusiones de sangre y soluciones electrolíticas. Los vómitos cesaron entonces y hubo apreciable mejoría.

Pocos días después practicamos la esofagoscopia bajo anestesia general y pudimos constatar lo siguiente: "No hay esofagitis; aproximadamente en la unión del tercio medio con el inferior y hacia la derecha hay una forma diverticular con entrada amplia; enfrente, hacia la izquierda, hay otro pequeño divertículo. Inmediatamente por debajo de estos divertículos hay un estrechamiento anular del esófago que permite ser distendido parcialmente por el esofagoscopio dejando ver a continuación un esófago ensanchado y de aspecto normal".

Con estos datos procedimos a preparar la enfermita para una intervención que tendría por objeto el corregir la anomalía. Las transfusiones, la medicación y la dieta mejoraron el estado general; la proteinemia subió a 7,6 gm.%.

El 20 de mayo se practicó la toracotomía a través del octavo espacio intercostal izquierdo. Se exploró el esófago y se halló, en la unión del tercio medio con el tercio inferior, una zona rodeada de tejido fibroso. Disecando esta región y, gracias a la introducción por vía oral de una sonda de Levine, fue posible descubrir entre el tejido fibroso la situación y forma de los divertículos, así como del anillo fibroso que formaba la estenosis. Se practicó una incisión longitudinal amplia en la musculatura del esófago y luego una incisión longitudinal de la mucosa sobre la estrechez y hacia arriba de ella. Esto permitió explorar el aspecto interior de los divertículos; el mayor fue resecado con reconstruc-

ción de los planos mucoso y muscular a este nivel y el más pequeño fue cerrado con puntos circulares. La incisión longitudinal de la mucosa fue reparada en sentido transversal y lo mismo la capa muscular. La herida operatoria fue cerrada después de dejar avenamiento cerrado.

Desde el cuarto día post-operatorio se permitió la ingestión de líquidos incluyendo sopas y luego pan; a los 15 días se presentó vómito repetido obligando a cambiar la dieta por líquido; el vómito cesó y la dieta ordinaria fue instalada definitivamente sin más inconvenientes.

El control radiológico practicado 20 días después de la intervención muestra, según informe del radiólogo, "que el medio de contraste pasa sin dificultad al estómago y solamente se observa una pequeña irregularidad, secuela de la intervención previa.

Salió del servicio 40 días más tarde con peso superior en 1000 gramos al inmediato preoperatorio. Debe volver a control un mes más tarde; aún no lo ha hecho.

BIBLIOGRAFIA

1. GUTHRIE, K. J. (1945) Cit. de Franklin R. H. Surgery of the esophagus 1952. E. Arnold. London.
2. O'BANNON, R. P. Radiology. 47, 471, 1947.

MEDICINA CONSTRUCTIVA EN LA INDUSTRIA

Dr. Domingo Vargas (*).

(Conferencia Dictada en la
Academia de Medicina)

Introducción.

Este trabajo no representa más esfuerzo que una pequeña contribución a divulgar el real significado de la medicina en la industria y su orientación, concebida e iniciada desde el año 1946 por el Dr. Robert Collier page (x), fielmente seguido por sus inmediatos colaboradores doctores R. F. Schneider y K. R. Fourcher y puesto en práctica en la Argentina por el Dr. Vasallo y los doctores V. D. L. Schrader y F. F. Albornoz de cuyas publicaciones en el Medical Bulletin de la Standard en abril de 1952 se han tomado los gráficos y gran parte de las ideas emitidas.

Señores Académicos, apreciados Colegas:

Ante todo quiero expresar mi reconocimiento al dilecto amigo y profesor Dr. Luis Patiño Camargo, por cuyo conducto se me ha deparado esta honrosa oportunidad de traer a consideración ante el cuerpo de profesionales más distinguidos del país, algunas ideas que al parecer por su enunciado un poco novedosas no son otra cosa que la síntesis de una verdadera orientación de la medicina en la industria.

"Aunque en otros tiempos fuera considerado el régimen económico contrario a la naturaleza humana ataviado siempre por un impulso de sublimación de las cosas que sustituían el valor jerárquico de las

(*) Médico Director General de la Standard Oil Company (New Jersey). Profesor Asociado de Clínica en la Escuela Médica de Postgraduados en la Universidad de New York. Conferencista en la Escuela de Salud Pública de Harvard y Presidente Electo de la Asociación Médica Industrial. Escritor y conferencista bien conocido en medicina industrial. En la segunda guerra mundial sirvió como cirujano de vuelo, miembro de la Junta de Cirujanos al servicio de las Fuerzas Aéreas; Cirujano Jefe del Primer Comando Aéreo de las fuerzas que participaron en la primera invasión aérea a Burma. Encargado de los Servicios Profesionales del Comando de Distribución de Personal en el ramo de rehabilitación. Fue dado de baja con el grado de Teniente Coronel.

personas y se luchaba por una restauración" (1), hoy día en este pequeño o gran mundo de los negocios entran en juego tres factores: la empresa, el trabajador y el público que en síntesis todos forman los principales elementos del porvenir capaces de encarnar la voluntad y preponderancia de una nación y que invirtiendo o no el orden de los factores de estos tres elementos constitutivos resulta de todas maneras "una ecuación con un denominador común, el empleado y un factor común, la salud" (2).

Tal es el sentido y tal la aplicación de una de las organizaciones industriales más grandes en el mundo al definir su política médica en los siguientes términos:

- 1 — La salud del empleado es de interés primordial para la administración y buena marcha de los negocios.
- 2 — La administración es responsable en cuanto al mantenimiento de la salud del empleado. (3).

Esta política constituye un derrotero de acción para la gerencia el cual puede ser adaptado a las condiciones locales y a las disposiciones gubernamentales. Se expresa mejor en los términos que a continuación se citan y que constituyen un verdadero programa médico:

- 1o.—Medicina Preventiva.
- 2o.—Medicina Constructiva.
- 3o.—Medicina Educativa.
- 4o.—Medicina Curativa.

"La Medicina Industrial se ha definido diciendo que es la aplicación de los conocimientos médicos y biológicos a la organización y supervigilancia del trabajo, conciliando por lo tanto todos los intereses en presencia: los del patrono y el obrero, este último considerado no solamente como un elemento de producción sino como persona humana; también se ha definido como la ciencia que estudia al trabajador en su relación directa o indirecta con el oficio que desempeña". (4).

La medicina del trabajo no es únicamente el examen rutinario de empleo y desempleo, la simple contabilización del ausentismo, la práctica sincronizada de una medicina curativa, su finalidad es más alta como es el estudio de la fisiología del trabajo, fisiopatología, aspectos

(1) La Fatiga y sus Proyecciones Sociales (Alfredo H. Palacios).

(2) The Road Ahead (Robert Collier Page).

(3) Política Médica de la Standard Oil Company (N. J.).

(4) Medicina Industrial (Dr. Guillermo Sarmiento López).

médico-sociales, médico-legales, sin hacer abstracción de los elementos psicológicos y morales, por fin tener en cuenta que en la valorización de estos aspectos entra en juego la ley armónica de muchas de las ciencias y su solidaridad indiscutible.

Estas concepciones sobre medicina del trabajo que han tomado personalidad propia bien se comprende que en cierto modo pueden considerarse como un complemento de la llamada asistencia social cuyos núcleos en orden a su desarrollo han sido la higiene social, la legislación y el estudio de los factores sociológicos, económicos, políticos y pedagógicos que permiten su organización y extensión en el mundo.

En cuanto a la higiene social y haciendo un poco de historia, sus primeros preceptos se confunden con los ritos religiosos de las primeras civilizaciones, las leyes vienen más tarde y nacen de las llamadas castas nobles que en ese entonces eran la suprema autoridad.

En orden a lo sociológico y bajo el imperio romano toma un carácter puramente individualista, el emperador Augusto dicta las primeras leyes y ante la amenaza de la despoblación impone igualmente leyes matrimoniales y acciones protectoras.

Con la caída del imperio estos esbozos de medicina social pierden su efectividad, prácticamente desaparecen y es la Iglesia quien da los primeros pasos sobre profilaxis; en el siglo V y especialmente en el sexto los papas y los concilios se ocupan de la lepra ya de lo individual a lo colectivo puesto que tienden a proteger la comunidad organizando los primeros leprocomios en Constantinopla y con inusitado afán el papa Adriano pide a Carlomagno que impida el matrimonio de los francos con los lombardos considerados en ese entonces como raza pérfida y perjura, son como se puede colegir las primeras acciones médico-sociales de una autoridad imperial.

Hacia los años 630 y 650 el obispo de Gallus de Clermont por medio de hombres armados establece los primeros cordones sanitarios, un móvil puramente utilitario pero aún más extenso, tiene por objeto la protección de la raza y de los pueblos en un determinado continente.

Florece después los más bellos móviles como son el espíritu de caridad representado en Margarita de Valois y San Vicente de Paúl quienes recogen los niños, crean los primeros grupos de enfermeras visitadoras, es la protección de la infancia. Educación, sensibilidad y amor, obligación moral solidaridad fueron entonces los más grandes móviles.

En cuanto a la medicina del trabajo aún con Aristóteles dentro

de su filosofía positiva al hablar de la vida económica de las sociedades le vemos justificar la esclavitud. (5).

Antiparos del tiempo de Cicerón saluda con beneplácito el advenimiento del molino hidráulico como instrumentos emancipador.

En esta ansia libertadora la estatua de Dédalos era considerada como un principio de acción y el trípode de Vulcano corría por sí mismo a los divinos combates, son las primeras concepciones de una vida industrial.

Viene el siglo diez y ocho y con el imperio del maquinismo, se vitupera de los industriales por violar postulados de higiene, se habla de la jornada del trabajo regulada por la luz del sol, se evoca retrospectivamente el siglo trece y catorce cuando se formaron las primeras corporaciones obreras con descansos dominicales y otros días de fiesta, se recuerda a Bacon y la Nueva Atlántida, se critica el ingenio de los licurgos fabriles, se cita con énfasis la profecía del solitario de Medan, los sueños de Hipólito Dufresne con los gigantes de bronce, se duelen de las primeras máquinas que inventó el hombre como medio aplastante a la vez que ensalza a este como a la encarnación más elevada de la humanidad. (6).

Con todo ya hacia el año 644 aparecen en Italia los primeros edictos del Rotary Club encaminados a proteger los obreros de construcción. A fines de los siglos diez y siete y a principios del diez y ocho ya citados Bernardinus Ramazzini surge como el padre de la medicina del trabajo al descubrir las alteraciones anatómicas y el perjuicio en general que ocasionan algunos trabajos al organismo.

Palyiani hacia los años 1904 y 1906 sostiene que la calidad del obrero y por lo tanto su producción dependen de su alimentación y de su higiene.

En Milán en 1910 se estableció la primera clínica del trabajo y en 1925 se inaugura en Francia el Instituto de Higiene de París.

Me haría interminable si siguiera citando la evolución de esta importante rama de la medicina por eso quiero situarme de una vez en la etapa de la Medicina Constructiva iniciada hacia el año de 1946 por la Standard Oil Company de New Jersey bajo la concepción de uno de los más connotados médicos del mundo en cuestiones de medicina industrial, el Dr. R. Collier Page, actual médico director general de la Standard.

(5) La Política (Aristóteles).

(6) La Fatiga y sus Proyecciones Sociales (Alfredo H. Palacios).

La Medicina Constructiva antes de alcanzar su real significado tuvo que atravesar etapas iniciales pasando desde el certificado médico, atención especial diagnóstico y tratamiento de los accidentes, consideraciones sobre enfermedades profesionales, etc. Sin embargo descubrió que los problemas médicos de la industria no se solucionaban de esta manera y se pudo demostrar que muchas de las incapacidades podían ser evitadas por medio de medidas preventivas, base fundamental de la medicina industrial; no obstante, era necesario darle una nueva orientación y esta necesidad se siente cada día más y más en el mundo entero particularmente en las organizaciones industriales.

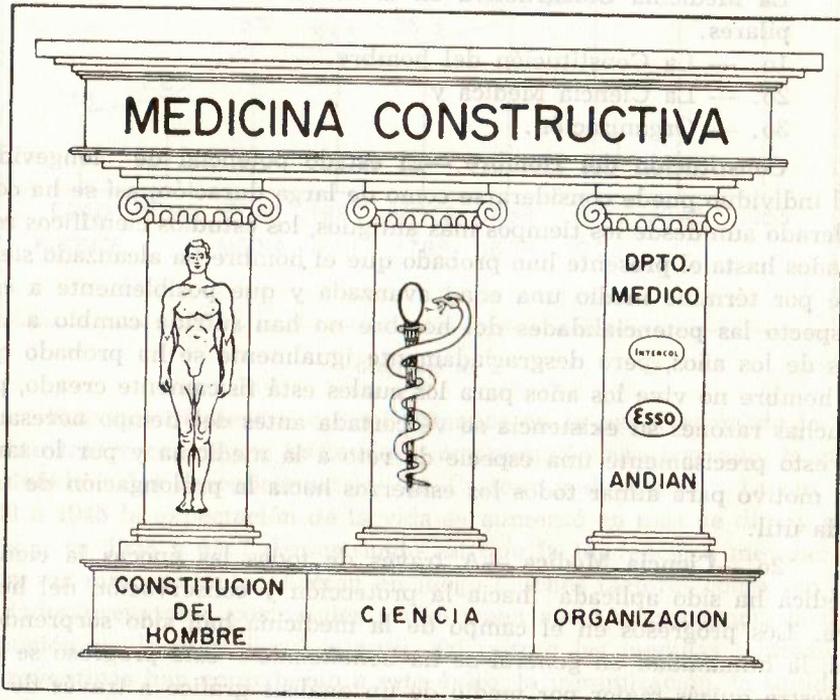


GRAFICO N° 1

En el caso específico de la industria del petróleo antiguamente se producía gas para el alumbrado, más tarde se descubrieron otros productos tales como la gasolina, lubricantes y hoy día estos aceites constituyen las fuentes más importantes de energía. El hombre ha sido hasta el presente quien ha respondido a esta evolución permanente.

La medicina constructiva se ha definido como la aplicación al in-

dividuo de la medicina íntegra que mediante inventarios periódicos de salud y contabilización de un pasado patológico existente, se llega a un balance que descubre estados potenciales de una enfermedad, diagnóstica las incipientes o efectivas y prescribe el tratamiento a fin de alcanzar una salud óptima que por medio de un control médico permanente para prevenir la aparición y detener o retardar el desarrollo de enfermedades degenerativas aumentando así la capacidad productora y prolongando la vida física e intelectual. (7).

Bases de la Medicina en la Industria.

La Medicina Constructiva en la industria descansa sobre tres pilares.

- 1o. — La Constitución del hombre.
- 2o. — La Ciencia Médica y
- 3o. — Organización.

Constitución del Hombre.—El estado potencial de longevidad del individuo puede considerarse como de larga duración; así se ha considerado aún desde los tiempos más antiguos, los estudios científicos realizados hasta el presente han probado que el hombre ha alcanzado siempre por término medio una edad avanzada y que posiblemente a este respecto las potencialidades del hombre no han sufrido cambio a través de los años, pero desgraciadamente igualmente se ha probado que el hombre no vive los años para los cuales está físicamente creado, por muchas razones su existencia se ve cortada antes del tiempo necesario, es esto precisamente una especie de reto a la medicina y por lo tanto un motivo para aunar todos los esfuerzos hacia la prolongación de una vida útil.

2o.—**Ciencia Médica.**—A través de todas las épocas la ciencia médica ha sido aplicada hacia la protección y conservación del hombre. Los progresos en el campo de la medicina han sido sorprendentes, la humanidad en general se ha beneficiado y este progreso se demuestra quizás mejor por medio de un análisis gráfico a través de las edades como la de bronce, la romana, la edad media, etc.

Si analizamos las tendencias de la expectación de la vida durante los últimos 250 años se observa fácilmente que durante los 150 años que precedieron a 1.850 ésta aumentó en 7-1/2, mientras que en los 50 años que siguieron el aumento fue un poco más de ocho años.

(7) Medicina Constructiva. Doctores V.D.L. Schrader y F.F. Albornoz (The Medical Bulletin de la Standard Oil Company, abril 1952).

MEDICINA CONSTRUCTIVA

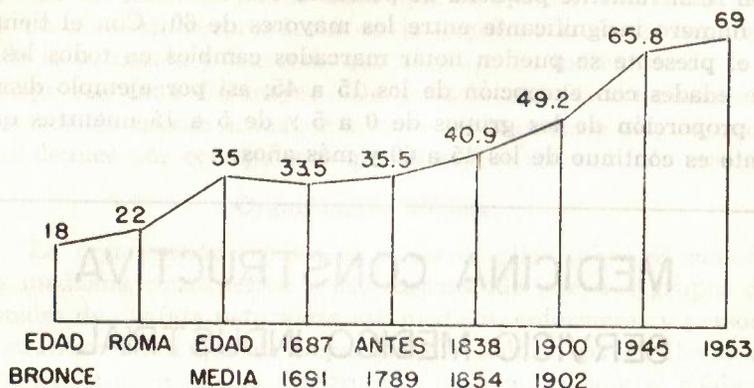


GRAFICO N° 2

Esto nos demuestra que el aumento en la expectativa de la vida fue tres veces mayor haciendo la comparación año tras año, lo cual es debido a los descubrimientos de Pasteur y de Lister. Luego, de 1900 a 1945 la expectativa de la vida se aumentó en más de diez y seis años y en 1953 a 69.7 demostrando así que la tendencia a mejorar es cada vez más creciente. Entran en juego muchos factores como son los cuidados prenatales, postnatales y que traen como consecuencia la disminución de la mortalidad infantil, así mismo las medidas educativas y preventivas han contribuido a este éxito; la inmunización, la sanidad, los planes de medicina social, la lucha contra la tuberculosis, contra las enfermedades venéreas, los avances de la cirugía, los métodos modernos de anestesia y los descubrimientos de ciertos agentes terapéuticos y antibióticos han tenido un papel importantísimo.

Al analizar la composición de la población en general, dividida en grupos según la edad, encontramos un fenómeno curioso que debe considerarse como consecuencia directa de la expectativa de la vida.

Smile (Administración Pública de los Estados Unidos) ha reali-

zados estudios sobre la proporción de personas entre los distintos grupos de edades, de 0 a 5 años, de 5 a 15, de 15 a 45 de 45 a 60 y más de 60 a partir del año 1840. A través de estos años la proporción de personas de 15 a 45 años era más o menos igual notándose apenas sí ligeras variaciones; en 1840 la proporción de individuos de 0 a 5 años fue considerable siendo aún mayor el grupo de 5 a 15 años. Existía una proporción relativamente pequeña de personas entre los 45 y 60 años y sólo un número insignificante entre los mayores de 60. Con el tiempo y hasta el presente se pueden notar marcados cambios en todos los grupos de edades con excepción de los 15 a 45; así por ejemplo disminuye la proporción de los grupos de 0 a 5 y de 5 a 15 mientras que el aumento es continuo de los 45 a 60 y más años.

MEDICINA CONSTRUCTIVA SERVICIO MEDICO INDUSTRIAL

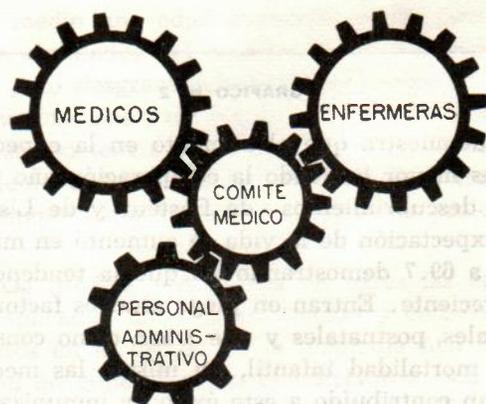


GRÁFICO Nº 3

Basado en estas tendencias Smile predice que para el año de 1980 el grupo más numeroso será el de los 15 a los 45 años seguido por el grupo de individuos de 45 a 60 años de edad. Así mismo es importante hacer notar que para esa época el grupo de los de 60 años será más del doble del grupo de 0 a 5 y un poco menor que el de los

5 a 15. En una palabra esto indica una reversión en la composición de la sociedad moderna en cuanto a los grupos de edades al compararla con cuanto ocurría hace cien años ya que por aquella época la mayoría de la población estaba constituida por individuos de la primera mitad de la vida mientras que hoy día el grupo que ha pasado a la segunda mitad es mucho mayor.

En resumen se puede decir que la ciencia médica ha determinado un aumento sorprendente en la expectación de la vida transformando la población y haciendo que el grupo de individuos de la segunda etapa sea cada día mayor. De acuerdo con las estadísticas ciertas enfermedades causan el mayor número de muertes a este segundo grupo; se deduce por consiguiente que es el que merece más atención.

Organización Médica.

La organización médica es el tercer pilar sobre el cual descansa la medicina constructiva y está constituido por tres grupos de profesionales de distinta naturaleza así: médicos, enfermeras y personal administrativo. Para que el Departamento Médico pueda llevar a cabo su programa de medicina constructiva, es esencial que el médico delegue gran parte del trabajo rutinario a otras personas, es decir, a las enfermeras; así mismo todo cuanto no sea del resorte propiamente médico al personal administrativo.

Las enfermeras son las colaboradoras inmediatas del médico y no sería difícil enumerar los muchos aspectos en los cuales ésta puede cooperar, por ejemplo trabajos de laboratorio, Rayos-X, cuidados de enfermería y en general todas las demás medidas que hacen relación a la salud pública.

La importancia del papel que tiene el personal administrativo en la organización médica es prácticamente desconocida; desafortunadamente en nuestro país actualmente es necesario entrenar personalmente esta clase de individuos ya que no existen escuelas especializadas al respecto.

Objetivos de la Medicina Constructiva.

- 1o. — Aumento de la Capacidad del individuo para el trabajo.
- 2o. — Prolongación de la vida productiva.

La opinión de que el hombre maduro es el de mayor valor y que lo será aún más en el futuro no es cosa nueva. Lo complejo de la civilización moderna requiere bajo todo punto de vista esta clase de individuos ya que la situación de hoy día difiere considerablemente de la

MEDICINA CONSTRUCTIVA

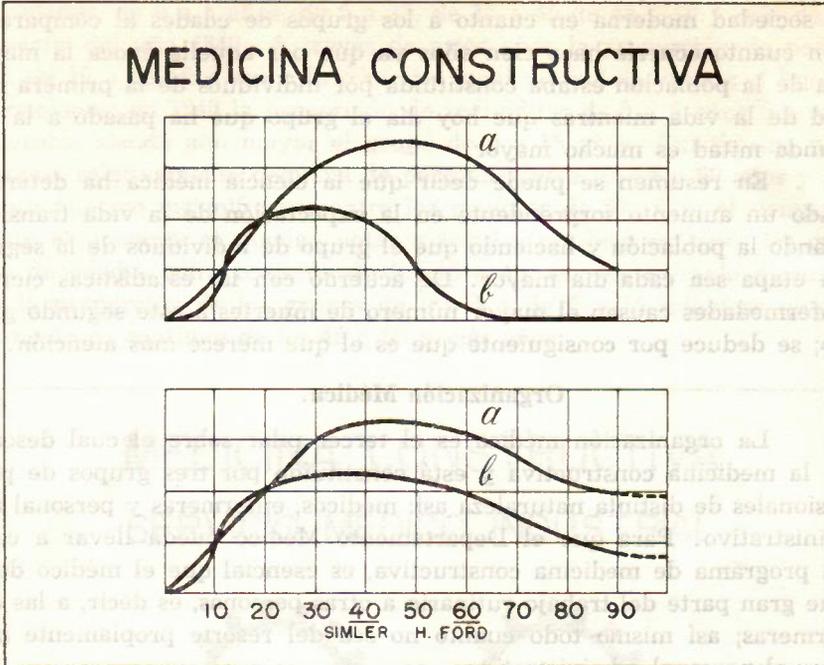


GRAFICO N° 4

La curva «a» se refiere a la vida intelectual.

La curva «b» a la vida física.

Nótese la diferencia entre la vida física e intelectual a medida que se avanza en edad sin control y consejo médico.

El gráfico inmediatamente inferior señala la correlación de la vida física e intelectual que se conserva merced a la acción preventiva y constructiva.

de antaño cuando la gente joven podía resolver muchos de los simples problemas de la vida cotidiana.

Henry Ford sostiene que los hombres entre los 50 y 60 años son los que mejor se adaptan a las labores que requieren continuidad, perseverancia y verdadero interés. Simler, por otra parte, de sus cuidadosos estudios ha llegado a la conclusión de que los hombres mayores de 40 años de edad dan mejor rendimiento en el trabajo, aceptan con más facilidad las labores desagradables, son poseedores de mayor capacidad de organización y por lo tanto mayor sentido de responsabilidad. La única ventaja que sobre ellos tiene la gente más joven es su mejor apariencia, buen humor, entusiasmo, etc.

EDAD PRODUCTIVA

De los 50 a los 60 años	(H. Ford)
A los 40 años	(Simler)
En relación con la Profesión	(Vischer)
Químicos y físicos	A los 41
Médicos	” ” 52
Abogados	” ” 58
Pintores	” ” 50
Poetas	” ” 44
Compositores	” ” 48
Filósofos	” ” 54
Historiadores	” ” 57
Astrónomos	” ” 56
Matemáticos	” ” 56
Promedio	47

Enfermedades en Medicina Constructiva.

Una misma enfermedad se puede considerar de varias formas, por ejemplo, la tuberculosis la cual interesa al clínico únicamente bajo el punto de vista diagnóstico y tratamiento mientras que el médico de sanidad mira el problema de un modo muy distinto. La brucellosis que es un problema de diagnóstico y tratamiento para el médico general, para el higienista lo es bajo el punto de vista de los agentes transmisores y para el médico industrial en el amplio concepto de medicina constructiva, implica la evaluación total del individuo, su temperamento, sus flexibilidades, enfermedades personales, familiares, ocupacionales, inoformación psíquica y social; en otros términos un balance de las cualidades considerado como persona, como ser humano; es decir, así como la clínica médica dirige su atención a los aspectos curativos, la medicina aplicada a la industria en términos de la conservación de la salud como inversión se resume en un aumento de producción.

La medicina constructiva clasifica las enfermedades en dos grupos: reversibles e irreversibles estas últimas consideradas como crónicas o incurables y las cuales se caracterizan por cambios permanentes progresivos estructurales y funcionales de los tejidos, órganos y sistemas. Se ha calculado que mueren dos por cada tres enfermos y que

que se pierden aproximadamente un billón de horas anuales cada año a causa de estas enfermedades. (8).

El quebrantamiento o desequilibrio de la salud que requiere un período prolongado de supervigilancia médica puede o no tener repercusión manifiesta sobre la capacidad de trabajo que resulta del impedimento biológico, fisiológico o de la eficiencia social del individuo que le impiden ejecutar sus actividades normalmente.

Las enfermedades crónicas a la luz de los nuevos progresos de la medicina no se puede decir que conducen completamente a la desesperación, pueden ser prevenidas o mejoradas, no son un sinónimo de vejez; más del 75% tienen su aparición en la vida productiva del individuo entre los 15 y los 65 años.

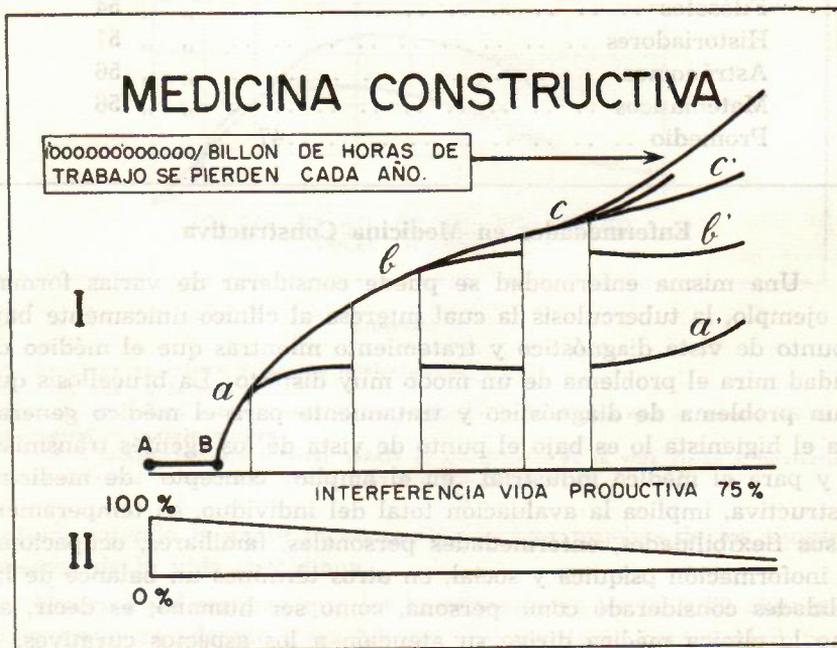


GRAFICO N° 5.

- De A — B La enfermedad se considera en estado potencial.
 B — a Segundo estado.
 a - b - c Su desarrollo que conduce indefectiblemente a la muerte.
 a — a Demuestra como una enfermedad puede ser detenida o por lo menos controlada.

(8) The Medical Bulletin - Abril 1952 (Dres. V.D.L. Schrader y F.F. Albornz).

Hoy día en los Estados Unidos se calcula que hay aproximadamente un millón de diabéticos y otros tantos sin diagnosticar; 5 millones sufren de enfermedades del corazón; 4½ millones de hipertensión; en 1948 setecientos mil murieron por enfermedades del sistema circulatorio.

Considerando la evolución de estas enfermedades se puede decir que tienen cuatro períodos:

- a — Estado latente.
- b — Período incipiente.
- c — Período activo.
- d — Período final y muerte.

De allí la importancia de los inventarios periódicos de salud ya que ellos nos proporcionan una imagen detallada del estado físico de un empleado aún desde el momento mismo en que entra a la Compañía.

En 1919 los exámenes periódicos fueron reconocidos como medida de conservación de la salud y se previó su extensión a la población en general. En 1931 el Colegio Americano de Cirujanos, inició un avalúo de los servicios médicos en la industria. Para recibir la aprobación del Colegio, se exigía entre otras cosas, "exámenes físicos de admisión y periódicos—que debían ser ejecutados por médicos debidamente calificados". El impacto de dos guerras mundiales llamó obligadamente la atención de la nación hacia una población sana de trabajadores y le dio marcado ímpetu a la extensión de los servicios médicos en la industria.

La historia clínica de un empleado se inicia con el examen médico de admisión y que debe comprender los siguientes puntos:

Datos Básicos: Nombre y dirección, fecha de nacimiento, nombre y dirección de su médico particular.

Historia Familiar: Padre, madre, hermanos. Historia Clínica familiar.

Historia Clínica: Operaciones sufridas.

Accidentes.

Enfermedades.

Historia ambiental: Lugar de nacimiento, hogar, educación actividades durante las vacaciones escolares, aptitud para el trabajo, adaptación social, estado emocional, relaciones familiares con la esposa e hijos, ambiciones, avalúo de sí

mismo, hábitos que se refieren al uso de drogas, tabaco, alcohol, dieta, peso, etc.

Examen Físico Completo: Incluyendo ojos, oídos y garganta, examen del recto en los hombres y examen de la pelvis en las mujeres de ordinario puede no ser necesario; exámenes de laboratorio, orina y sangre, radiografía anteroposterior del tórax.



GRAFICO Nº 6

Avalúo del Estado de Salud.

El médico avalúa el estado del individuo con relación al trabajo que se le piensa asignar, luego se da el aviso correspondiente mediante el uso de la clasificación A. B. C. D. y E.

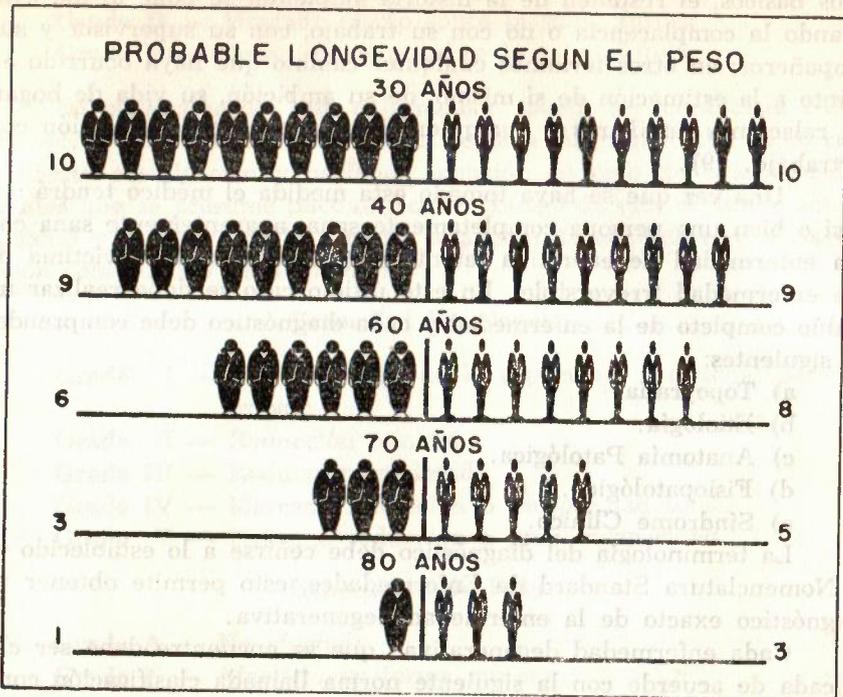


GRAFICO N° 7

Orientación para los Inventarios Periódicos de Salud y Consejo Médico

Se informa al empleado sobre el programa de los inventarios de salud y se le cita para su primer examen periódico, cuya fecha es determinada por el estado actual de su salud.

Se insiste con el empleado que si tiene problemas de salud entre los exámenes periódicos lo más aconsejable es que los discuta con el facultativo que lo examinó anteriormente.

En el momento del examen de admisión, los archivos del empleado se marcan para revisión dentro de tres meses; al cabo de este tiempo se le invitará volver al Departamento Médico para explicarle nuestras funciones y objetivos.

Cuando el examen de admisión ha sido anotado y ejecutado en debida forma el primer inventario periódico de salud de un empleado debe ser suplemento de dicho examen y debe incluir nuevamente los

datos básicos, el resumen de la historia ambiental se pone al día estipulando la complacencia o no con su trabajo, con su supervisor y sus compañeros; en otros términos cualquier cambio que haya ocurrido en cuanto a la estimación de sí mismo, de su ambición, su vida de hogar, sus relaciones familiares y cualquier riesgo específico en relación con su trabajo. (9).

“Una vez que se haya tomado esta medida el médico tendrá ante sí o bien una persona completamente sana, aparentemente sana con una enfermedad degenerativa latente o que es verdadera víctima de una enfermedad irreversible. En este último caso se debe realizar un avalúo completo de la enfermedad y cada diagnóstico debe comprender los siguientes:

- a) Topografía.
- b) Etiología.
- c) Anatomía Patológica.
- d) Fisiopatológica.
- e) Síndrome Clínico.

La terminología del diagnóstico debe ceñirse a lo establecido en la Nomenclatura Standard de Enfermedades, esto permite obtener un diagnóstico exacto de la enfermedad degenerativa.

Cada enfermedad degenerativa que se encuentre debe ser clasificada de acuerdo con la siguiente norma llamada clasificación constructiva de la enfermedad en cuanto a la capacidad funcional del órgano, la morbilidad potencial, la capacidad funcional del individuo y expectativa de vida:

Capacidad Funcional.

Grado I — Sin reducción de la capacidad funcional.

Grado II — Reducción mínima de la capacidad funcional.

Grado III — Reducción moderada de la capacidad funcional.

Grado IV — Marcada reducción de la capacidad funcional.

Grado V — Reducción extrema de la capacidad funcional.

Morbilidad Potencial.

Grado A — Sin efecto sobre la salud futura.

Grado B — Efecto mínimo sobre la salud futura.

(9) Medical Records for Employees (Standard Oil Company) —Correlation of the Occupational and environmental History with the clinica Findings R. F. Schneider, M.D.).

Grado C — Efecto moderado sobre la salud futura.

Grado D — Marcado efecto sobre la salud futura.

Grado E — Efecto extremo sobre la salud futura.

En consecuencia una enfermedad puede ser clasificada I-C o I-B, etc. Después de la enumeración de cada diagnóstico con su correspondiente clasificación y haciendo mención en caso de enfermedades latentes que se presume puedan existir. Luego de esto el estado actual de salud y el futuro de la persona se avalúa de acuerdo con la clasificación constructiva del individuo.

Capacidad Funcional.

Grado I — Sin reducción de la capacidad funcional para el trabajo.

Grado II — Reducción mínima.

Grado III — Reducción moderada.

Grado IV — Marcada reducción o incapacidad total.

Grado V — Extrema reducción o gran incapacidad.

Expectativa de Vida.

Grado A — No afectada.

Grado B — Afectada en forma mínima.

Grado C — Afectada en forma moderada.

Grado D — Afectada en forma marcada.

Grado E — Afectada en forma extrema.

Como en el caso anterior, la "clasificación constructiva del individuo" se indica por I-B, III-A, etc.

El médico encargado del caso ha terminado por consiguiente el estudio y avalúo de su paciente; todas sus observaciones se han registrado en forma detallada y se ha hecho un resumen con el fin de dar el siguiente paso que es de suma importancia, es decir, la presentación del caso ante el Comité Médico.

En una de las reuniones ordinarias se lee este resumen a los miembros del Comité Médico y se presentan todas las pruebas clínicas y de laboratorio como son radiografías, electrocardiogramas, exámenes de sangre, etc.; se discutirá el diagnóstico y su clasificación, finalmente el Comité asume la responsabilidad de aceptar el caso o nó, así como la clasificación constructiva que ha sido propuesta por el médico examinador.

Finalmente el enfermo se hace pasar para informarle sobre su estado actual de salud, las perspectivas futuras y se le explicará lo que se considera más adecuado para su caso especial.

Vigilancia Médica Permanente.

Quizás se pudiera interpretar que llegado a este término de la presentación del caso ante el Comité Médico la labor ha terminado, sin embargo, es todo lo contrario, es cuando empieza y se aplica la verdadera medicina constructiva ya que durante el resto de la vida el individuo dentro de la Compañía debe estar en constante y permanente vigilancia a fin de mantenerlo en un estado óptimo de salud, para evitar si es posible la aparición de enfermedades latentes o para hacer más lenta la evolución de enfermedades degenerativas ya declaradas".

Una enfermedad puede limitarse no solo morfológicamente al tejido o al funcionamiento normal del organismo entero, sino que también puede provocar una sutil sucesión de repercusiones psicológicas, sociológicas y económicas que se extienden mucho más allá del enfermo. Constantemente se nos recuerda que el ser humano vive en un permanente equilibrio con el medio ambiente y que hasta cierto grado afecta y es afectado por las condiciones que lo rodean.

Es importante para cada individuo conocer su salud y aprender a vivir dentro de las limitaciones que le brinda la naturaleza. Esta realidad no se puede eludir. Haciéndole frente—y entre más pronto mejor—es la única norma positiva de salud.

MEDICINA CONSTRUCTIVA

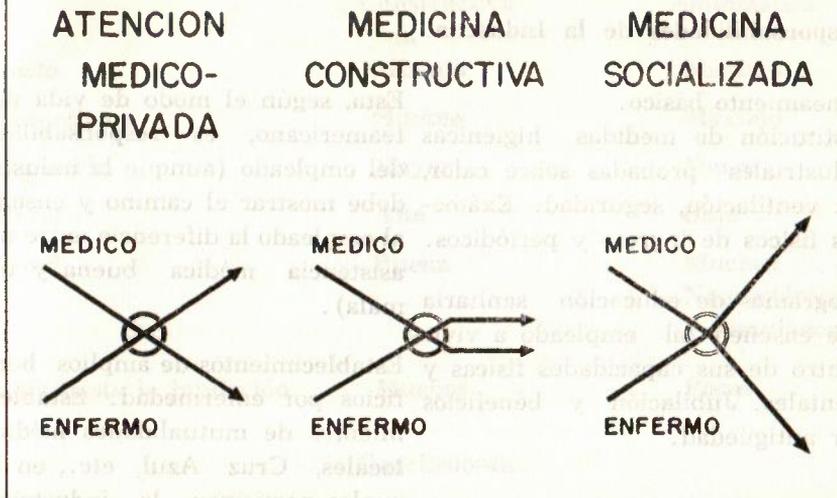


GRAFICO N° 8.

Relación de médico a enfermo en la práctica privada en la industria y en la medicina socializada.

SINTESES

I — Industria y Relaciones humanas.

INDUSTRIA .

Relaciones Humanas.

Alta Eficiencia
en el trabajo.

Absentismo
Mínimo

Empleados
Sanos

Medicina Preventiva
y Constructiva

Medicina Curativa
y Sontomática

Resultados
más

Resultados
menos

Tangibles

Tangibles

Control Considerable

Control Limitado

II — Comparación de Responsabilidades.

Medicina Preventiva y Constructiva

Medicina Curativa y Sintomática

Responsabilidades de la Industria.

Saneamiento básico.

Institución de medidas higiénicas industriales probadas sobre calor, luz ventilación, seguridad. Exámenes físicos de ingreso y periódicos.

Programas de educación sanitaria que enseñen al empleado a vivir dentro de sus capacidades físicas y mentales. Jubilación y beneficios por antigüedad.

Esta, según el modo de vida norteamericano, es responsabilidad del empleado (aunque la industria debe mostrar el camino y enseñar al empleado la diferencia entre una asistencia médica buena y una mala).

Establecimientos de amplios beneficios por enfermedad. Establecimientos de mutualidades médicas locales, Cruz Azul, etc., en las cuales participen la industria y empleado por partes iguales.

III — Factores Económicos.

Costo Controlado del Mantenimiento de un Departamento Médico Adecuado:

Un médico por cada mil personas con 14 mts. cuadrados de espacio de oficina por empleado. Equipo moderno de diagnóstico. Personal adecuado de enfermeras, técnicos en higiene industrial y ayudantes. Suministro limitado de medicamentos.

Costo ilimitado de la Medicina Curativa:

Una Gran suma de salarios y no hay control de la calidad de:

- A) Atención terapéutica dispensada.
- B) Cantidad y Calidad de los medicamentos usados.

IV — Resultados.

	Resultados de la Medicina Preventiva y Constructiva	Resultados de la Medicina Curativa y Sintomática
Costo	Mínimo	Máximo
Ausentismo	Mínimo	Máximo
Eficiencia	Mayor	Menor
Moral	Alta	Baja
Salud	Buena	Muchos Neurasténicos y Simuladores
Vida hasta la jubilación	Muchos	Pocos

Conclusiones.

Salta a la vista que la medicina funcionando ahora en cierto modo en una sociedad industrializada es el mejor campo donde se pueden aplicar los principios básicos que regulan el éxito y conducción de los negocios fundamentados siempre en el estado físico, mental y espiritual del ser humano imprimidos por la salud al considerar esta como una condición positiva y no como una característica.

“Que la medicina está basada en grandes problemas económicos y se llora por una solución”. (10).

Con un puro y desinteresado conocimiento de la economía se puede luchar contra la inhabilidad de organizar grupos que subordinen su especial interés a los intereses de las clases económicas débiles aún dentro de las formas más republicanas de gobierno las cuales como por antítesis en muchas partes están destruyendo hasta ese pequeño mundo de la familia donde antes el médico ejercía las más sublimes de sus funciones, es decir, aún sin notar lo era el sociólogo, el filósofo, en este santuario se hablaba de genética y eugenesia, se era el psicólogo, se prevenía, se construía y se curaba.

(10) Medicine Rededicated (Edgar H. Norris, M.D.).

"Que la cualidad de los servicios médicos demuestra el avance de la civilización y la cantidad la eficiencia de la sociedad". (11).

Que a la luz de las nuevas concepciones sobre medicina del trabajo, aplicables a la comunidad en general, se benefician las fuerzas productoras de la nación elevando el nivel de vida de nuestros países por medio de una mayor producción, un material humano más saludable y por lo tanto más feliz.

"Que el término de medicina constructiva dentro de su concepto real y filosófico garantiza al empleado la conservación de la salud, oportunidad para trabajar dentro de los límites de su capacidad física y mental y oportunidad de vivir largo tiempo". (12).

Por último surge como corolario la necesidad de la revaluación de los sistemas asistenciales tan fríamente expuestos en relación con nuestro país por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento en el año de 1951; así mismo la necesidad de una cátedra de Medicina Industrial en nuestras facultades a fin de que esta importante rama deje de ser una simple improvisación y marche acorde con el desarrollo industrial dentro del sistema de una libre economía.

BIBLIOGRAFIA :

- 1 — V.D.L. Schrader, M.D. and F.F. Albornoz, M.D. - Constructive Medicine - The Medical Bulletin V.12. Abril de 1952.
- 2 — R. F. Schneider, M.D. - Correlation of the Occupational and Environmental History with the Clinical Findings - The Medical Bulletin V.12. Abril de 1952.
- 3 — R.C. Page, M.D. - The Importance of Health in Executive Development - The Medical Bulletin V.12. Febrero de 1952.
- 4 — D.V. Holman, M.D. - Psychiatric Problems in Industry - The Medical Bulletin V.12, Febrero de 1952.
- 5 — K.R. Foucher, M.D. - The Confidential Nature of Medical Information - The Medical Bulletin V.12, Febrero de 1952.
- 6 — R. Collier Page, M.D. - An Objective Appraisal of Periodic Health Examinations (Presented at Annual Meeting Public Health Association of New York City).
- 7 — R. Collier Page, M.D. - Finding the problem Drinker - (Held at New York Academy of Medicine).
- 8 — R. Collier Page, M.D. - The Executive What Health Means to Him and to his Company.

(11) Medicine Rededicated (Edgar H. Norris, M.D.).

(12) Constructive Medicine and Industry (R.C. Page, M.D.).

- 9 — R. Collier Page, M.D. - The Road Ahead - Published by the Harvard School of Public Health for the Industrial Council for Tropical Health.
- 10 — F. Diaz, M.D. - Medicine in Industry in Brazil - The Medical Bulletin, V.13, Enero de 1953.
- 11 — F. Díaz, M.D. - Medicina Constructiva. Su Filosofía y Práctica - The Medical Bulletin, V.13, Junio de 1953.
- 12 — R. Collier Page, M.D. - Hacia el Futuro - The Medical Bulletin, V.13, Junio de 1953.
- 13 — Alfredo H. Palacios, M.D. - La Fatiga y sus Proyecciones Sociales - Página 35 - 37: 48 - 49.
- 14 — Edgar H. Norris, M.D. - Medicine Rededicated.

RUPTURA DEL MUSCULO CUTANEO (Plejo Braquial) POR FRACTURA DE LA CLAVICULA

MALVYN J. NYDAHL, M. D.

Una secuela de fractura de clavícula puede ser causa de ruptura inmediata del plejo braquial, laceración de la arteria sub-clavia, las venas sub-clavia y yugular o punción de la pleura con posible resultado de complicación pulmonar. Pequeñas fracturas de la clavícula con pérdida de fragmentos, son peligros potenciales si interesan estructuras inmediatamente adyacentes. El músculo subclavio y el periostio fuerte posterior sirven como una barrera protectora a estructuras vitales amenazadas por fragmentos de huesos de clavícula.

La mayoría de los casos de fractura de la clavícula con sintomatología de plejo braquial son causados por presión directa de fragmentos perdidos. Después de que la presión ha sido suprimida por reducción abierta o cerrada con alineamiento propio de los fragmentos de clavícula, los síntomas de la presión generalmente desaparecen. Por lo que yo he visto, hay muy pocos casos donde el plejo braquial o uno de los nervios del plejo braquial, han sido prácticamente seccionados al tiempo de la herida por un fragmento de clavícula quebrada, sin embargo, ello puede suceder como lo demuestra el siguiente informe.

INFORME: Un hombre de 36 años de edad, se presentó a exa-

men el jueves 20 de julio de 1948 porque no era capaz de doblar el codo derecho. Dijo que el 5 de junio, mientras trabajaba con una compañía constructora, en un cascajal, estaba apretando el cilindro de la correa de cargar, cuando resbaló y en el afán por enderezarse, la extremidad superior derecha fue cogida por la correa que llevaba el cascajo, quedando el brazo enganchado entre la correa y el cascajo y la axila pegada contra la máquina. La máquina fue parada inmediatamente pero el paciente no esperó a que le desengancharan el brazo sino que tiró hasta sacarlo por la fuerza. Sufrió raspón en la piel del hombro derecho, parte baja del tórax y la axila. La piel del lado del radio de la muñeca entre la muñeca propiamente y la base del pulgar, recibió una fuerte contusión. También recibió fuertes magulladuras en la piel del brazo y el antebrazo. Fue llevado inmediatamente al hospital local donde los médicos le suturaron la coyuntura distal del pulgar, aunque el paciente creyó que el pulgar se lo tendrían que amputar. Se le colocó yeso desde el brazo hasta la muñeca, con el codo en posición recta más o menos. Se llevó a cabo el tratamiento para las fuertes aporreaduras y pérdidas de piel.

A los 13 días se le quitó el yeso. El paciente dijo que la piel y la carne del antebrazo y el brazo estaban muy duras y que fueron necesarios varios días para que la dureza empezara a desaparecer. El brazo fue colocado en un cabestrillo. Tres semanas después del accidente fue necesario amputar el pulgar por la base porque se gangrenó. Después de la quitada del yeso el paciente notó que era incapaz de doblar el codo. Había notado entorpecimiento en la cara ventral del antebrazo y que los músculos del frente del brazo no trabajaban. También tenía limitación en el movimiento del hombro y dijo que no era capaz de poner el hombro derecho completamente extendido. Además se quejó de la limitación del movimiento en la muñeca y en los dedos. Podía mover un poco los dedos. Lo que más preocupaba al paciente era la incapacidad para doblar el codo derecho. Durante esta penosa experiencia, había perdido de 40 a 45 libras de peso.

EXAMEN DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR: La inspección reveló que había algo de atrofia de la cintura escapular y del brazo. En la porción media de la región clavicular había una prominencia ósea del tamaño de un fríjol más o menos. Sobre la cara anterior del hombro derecho, en una área del tamaño de una pera, había una cicatriz normal de la quemadura traumática tipo de raspadura que el paciente sufrió cuando el accidente. La piel estaba un poco rojiza y cicatrizada. En la cara ventral del antebrazo, sobre un área del tamaño de un huevo,

había una cicatriz de tipo normal de quemadura traumática. La piel del lado radial del pulgar metacarpal y ventral y los aspectos dorsales de la muñeca mostraban la piel en perfecta cicatrización. El paciente podía activamente abducir el hombro derecho a 60° debajo del ángulo y pasivamente el hombro podía traerse a 5° debajo del ángulo recto. Mayor flexión era activamente presente al ángulo recto y pasivamente se podía traer a 35° encima del ángulo recto. La extensión era de 40°. El hombro podía rotar por fuera 10° y por dentro 90°. Los músculos de la cintura escapular estaban funcionando. La sensibilidad era normal. El codo derecho no podía extenderse a posición más de 165°, pasivamente se podía traer a 30° por dentro de la posición del ángulo recto. No había flexión activa del codo derecho. Los músculos coracobraquial, bíceps y braquial no estaban funcionando. Había pérdida de sensación en la distribución de la porción cutánea del nervio músculo-cutáneo. La muñeca derecha podía ser activamente extendida a 20°, flejada a 20°, abducida a 10° y abducida a 10°. El pulgar derecho no existía, habiendo sido amputado por la coyuntura basal. Los dedos podían ser extendidos y doblados, aunque estos movimientos eran más o menos una tercera parte de lo normal. La medida del brazo, 5 pulgadas arriba del olécranon, 10 pulgadas $\frac{3}{4}$ y el izquierdo al mismo nivel, 11 pulgadas $\frac{1}{2}$. Las demás medidas estaban dentro de lo normal.

RAYOS X: Radiografía antero-posterior del hombro derecho tomada el 5 de junio de 1948 reveló una fractura conminuta de la mitad de un tercio de la clavícula con el desalojamiento inferior del fragmento restante de clavícula. Había un marcado desplazamiento de los fragmentos. La radiografía antero-posterior del hombro tomada el 20 de julio de 1948 reveló una fractura conminuta de la clavícula derecha en el medio tercio con la presentación de alguna formación callosa. El fragmento lateral estaba un poco colocado hacia abajo pero la posición era satisfactoria. Había algo de atrofia de los huesos de la cintura escapular derecha. La impresión era que este paciente estaba sufriendo de una herida traumática del plejo braquial, envolviendo pérdida de la función del nervio músculo-cutáneo con resultado de pérdida de la acción activa de flexión del codo derecho. Se suponía que el nervio músculo-cutáneo había sido seccionado por el fragmento agudo externo de fractura conminuta del medio tercio de la clavícula. También se suponía que la fractura podía ser secundaria a una extensión tipo herida. Además el paciente tenía otras heridas serias como se estipuló arriba.

Con respecto al tratamiento se opinó que el paciente debía tener

un uso activo y fisioterapia dirigida a recuperar el movimiento de la extremidad superior derecha. También que debería tener un período de galvanismo y estímulos farádicos de los músculos coracobraquial, bíceps y braquial. El tratamiento de fisioterapia empezó el miércoles 21 de julio de 1948. Si el uso activo de estos músculos dado por el nervio músculo-cutáneo derecho no volvía y respondía al tratamiento anterior, era necesaria la exploración del nervio músculo-cutáneo. El paciente se examinó con frecuencia y la afección de la extremidad derecha mejoró excepto el poder motor del nervio músculo-cutáneo. En consecuencia, el 2 de septiembre se llevó a cabo la exploración del nervio.

Quirúrgicamente se encontró que el nervio había sido partido más o menos $\frac{3}{4}$ de pulgada de su emergencia de la cuerda lateral del plejo braquial. Fue necesario cortar el medio tercio de la clavícula para obtener exposición adecuada. Después que el nervio fue reparado distalmente y una vez seguido próximamente, se vio que el nervio corría por un tejido de cicatriz densa. Se llevó a cabo neurólisis del nervio músculo-cutáneo y entonces se vio que el nervio se había cortado en el punto distal donde deja el plejo braquial. Fue posible resuturar satisfactoriamente el nervio, usando seda atraumática 5-0. El nervio se unió bastante bien sin tensión. La herida se cerró de la manera usual y la extremidad superior derecha se entablilló usando vendaje Velpeau que el paciente usó por 3 semanas después de la operación.

La Radiografía A-P. del hombro, el 13 de septiembre, reveló que el medio tercio de la clavícula estaba acortada. Hubo algo de atrofia en el tejido de los huesos de la cintura escapular. El paciente se observó con frecuencia. Más tarde, el 18 de octubre, podía doblar débilmente el codo derecho a 20° por dentro del ángulo recto y extenderlo a posición de 180° . La flexión fue posible usando los músculos auxiliares. No era capaz de doblar el codo oponiéndole un poco de resistencia. El 8 de noviembre el paciente dijo que podía levantar una azucarera a una altura por encima de su cara y algo más pesado de lo que él podía llevar antes. El examen reveló que los músculos bíceps, braquial y coracobraquial no estaban funcionando. El 15 de noviembre al doblar el codo el paciente usó el músculo braquio-radial al oponerle resistencia para doblar el codo. No había todavía signos de volver al nervio músculo-cutáneo. El 3 de diciembre me dio la impresión de que había posiblemente algún retorno del poder motor del plejo braquial y parecía haber un pequeño reavivarse en el tendón bíceps del codo. Otra vez se notó que el músculo braquio-radial del paciente estaba muy bien desarrollado y que lo usaba para doblar el codo. El 10 de enero, 1949, se re-

cibió la impresión de que el músculo coracobraquial estaba funcionando. La contracción de este músculo se podía sentir al flexionar hacia adelante el hombro con resistencia. El 31 de enero el paciente dijo que cuando se le tocaba el brazo, sentía una sensación de picazón debajo de la cara ventral del antebrazo, lo cual era muy sugestivo del retorno de la función del nervio músculo-cutáneo. Hubo aumento de la fuerza y flexión del codo y la hinchazón de la porción superior del bíceps podía sentirse al contraerlo oponiéndole resistencia. El retorno gradual y lento del poder motor del nervio músculo-cutáneo ocurrió el 28 de marzo. Era evidente que los músculos coracobraquial, braquial y bíceps habían recobrado completamente su poder motor. Había aún pérdida de la sensación en la rama cutánea del nervio músculo-cutáneo en la cara ventral del antebrazo.

El paciente regresó al trabajo el martes 26 de abril; el 29 de agosto el examen mostró que aún había pérdida de la sensación correspondiente a la distribución cutánea del plejo braquial. La última vez que se vio al paciente, el 11 de diciembre, dijo que le iba muy bien. Manejaba una finca de 160 acres sin mucha dificultad. Dijo que no le dolía el hombro derecho sino cuando llevaba mucho peso; doblaba el codo y lo llevaba a la posición de ángulo recto; era incapaz de levantar el peso más alto de ahí. Por lo demás estaba muy bien. El examen del hombro derecho demostró un contorno normal. Podía abducir el hombro activamente a 20° encima del ángulo recto, doblarlo hacia adelante a 40° sobre el ángulo recto y extenderlo a 40° . La rotación interna era de 100° y la externa de 10° . El codo derecho lo podía extender a una posición de 175° o sea una extensión de 5° menos de la extensión completa y flexión activa del codo derecho normal al compararlo con el izquierdo. Todavía había algo de pérdida de sensación en la distribución cutánea del nervio músculo-cutáneo. Los músculos bíceps, braquial y coracobraquial estaban funcionando y en cuanto fuerza tenían 90 a 95% de lo normal con respecto a la flexión del codo derecho comparado con el izquierdo. Se había recobrado muy bien de las quemaduras y raspaduras de la piel. El muñón de la amputación del pulgar había curado bien y el paciente no quería más cirugía para revisión del pulgar.

El caso demuestra que las fracturas de clavícula pueden ser más que una fractura simple y sin complicación. Debe llevarse a cabo el examen cuidadoso del paciente buscando cualquier maltrato o presión del plejo braquial, o heridas aisladas. En este caso cuando se supo que la flexión activa del codo estaba ausente, se pensó primero que el ten-

dón se había roto completamente y que había ocurrido desgarramiento del bíceps en el codo. Es esencial el examen adecuado de Rayos X antes del tratamiento para poder determinar con exactitud el tipo de fractura que se presenta. Fragmentos claviculares pueden tocar o lacerar la arteria subclavia o yugular y estas complicaciones deben buscarse.

En otro caso reciente hubo necesidad de llevar a cabo una reducción abierta y enclavijamiento intramedular de una fractura conminuta de la clavícula porque un fragmento central de $1\frac{1}{2}$ pulgadas por $\frac{1}{2}$ pulgada había rotado 90° y la secuela debajo de la piel estaba a punto de romperla; la punta dirigida hacia abajo estaba colocada peligrosamente muy cerca de las estructuras vitales subyacentes. Afortunadamente, la mayoría de las fracturas de clavícula pueden ser tratadas conservadoramente. Debiéramos estar al acecho de las fracturas difíciles de clavícula y posibles complicaciones que le acompañan.

MEDICINA DE REHABILITACION FISICA EN CIRUGIA

CASOS DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

Por el Dr. F. F. SCHWARTZ A. B., B. S., M. D. Profesor asistente de Medicina Interna, Colegio Médico de Alabama, Birmingham, Alabama, U. S. A. - Consultor de: Los Hospitales de Veteranos de Birmingham y Tuscaloosa, Alabama, Jackson Mississippi; de la Ayuda para los Espásticos de Alabama; de la Escuela Charlaune para defectos motores y de la palabra; de la Sociedad de Esclerosis múltiple y de la Sociedad de distrofias musculares.

Trabajo presentado a la 5ª Convención del Congreso Latino Americano de Medicina Física y de la Academia Panamericana de Medicina General. - Medellín, Colombia, Feb. 16 - 1954.

916 (South 20th St.) Birmingham Alabama U. S. A.

La tensión psíquica es un factor casi inevitable en la vida diaria de millones de personas, sean ellas residentes en Norte o Sur América. Me parece que la civilización moderna ha creado en las mentes humanas un desorden interno que lucha hacia el exterior, resultando de ello la conspiración de las fuerzas emocionales contra el "ego" de tal manera que los hombres quedan subyugados a eternas cadenas.

Los traumatismos, sean ellos industriales o accidentales, disminuyen la capacidad de resistir las avalanchas emocionales modificando así el pronóstico final de los pacientes al mismo tiempo que destruye el reposo mental y el amor propio. Lógicamente, una mentalidad enferma dificulta los procesos psicológicos normales y aun aminora el deseo de sobrevivir para reemprender la lucha volviendo a la capacidad productiva normal en medio de las competencias sociales.

En el manejo de los pacientes cada médico tiene la tarea sagrada de tratar de aliviar el torbellino mental tanto como las incapacidades físicas. El mantenerlos ocupados mental y físicamente durante el período crítico de la convalecencia producirá el precioso fruto de la rehabilitación final de los pacientes lesionados. Cuidar de una fractura olvidando, por no afectadas, las articulaciones, es como regar un rosal sin limpiarlo de insectos y despreciando las podas y los abonos.

Grandes avances ha logrado la medicina moderna y sin embargo la rehabilitación es, entre todas las especialidades, la más abandonada. Los buenos afrontamientos, las consolidaciones perfectas y las gruesas formaciones de callo no suministran a las articulaciones la gama normal de movimientos y menos aún aumentarán el tono y el poder musculares. La inactividad no abastecerá la sangre requerida ni nutrirá las partes lesionadas a menos que se empleen otros medios tales como la medicina y la rehabilitación físicas. Un rápido torrente nunca se contaminará pero el estancamiento, con su variada gama bacteriana, diseminará enfermedades y desastres.

La medicina y rehabilitación físicas son una valiosa ayuda para el equipo de especialistas en su práctica diaria, particularmente en el tratamiento de fracturas, luxaciones, heridas, síndromes del disco, afecciones neurológicas, fibrositis, artritis traumática y cirugía.

Expondré brevemente algunas afecciones en las que los agentes físicos tienen utilidad.

ESGUINCES: La aplicación del frío es lo mejor durante las primeras 24 - 48 horas con el fin de aminorar la hemorragia. Después de las aplicaciones de frío puede emplearse los baños de contraste en sendos recipientes con agua a 47° c. y 18° c., de tal manera que se mantenga la extremidad afectada en el agua caliente durante cuatro minutos y luego en agua fría durante un minuto, repitiendo esto por cuatro veces y terminando en el agua caliente. Debe secarse cuidadosamente el miembro aplicando talco, seguido de vendaje elástico, al mismo tiempo que se estimula al paciente para que lo ponga en actividad.

Al emplear los baños de contraste debe tenerse muy en cuenta

el estado circulatorio del miembro, porque en las enfermedades vasculares periféricas el calor no sólo es dañino sino que aumenta el dolor a causa del aumento del aflujo de sangre a través de vasos que no se pueden dilatar para acomodar el mayor volumen. En estos casos se obtiene mejor ayuda con un bombillo luminoso que proporcione un calor moderado.

Recientemente la aplicación de Energía ultrasónica se ha convertido en gran promesa para los casos de esguince aunque ellos se presenten concomitantes con enfermedades vasculares periféricas.

FIBROSITIS: Uno de los "bete noirs" de la medicina se presenta frecuentemente después de enderezar o flejar el cuerpo. Las áreas o regiones más importantes, desde este punto de vista, son la región lumbar superior y el área dorsal de la espalda.

Los tratamientos giran al rededor de la aplicación juiciosa del calor, sea en forma de compresas húmedas, ondas cortas, o de *calor luminoso* o *no luminoso*. En tratándose del *calor luminoso* o del *no luminoso* deben tenerse en cuenta los elementos tiempo, distancia y reacción propia del paciente. Al calor debe seguir un masaje suave y los ejercicios que describo a continuación: El paciente en posición supina fleja los muslos y rodillas mientras hunde el abdomen; sosteniendo la posición abdominal desliza los pies sobre la mesa y alcanza la extensión completa antes de relajar el abdomen. La segunda maniobra consiste en levantar el cuerpo hasta tocar las rodillas sostenidas en flexión. La tercera maniobra hará levantar las piernas hasta los 45° manteniendo las rodillas extendidas.

Todos estos ejercicios deben llevarse a cabo regular, rítmica y progresivamente, empezando, por lo general, por ejecutarlos 10 veces cada día y aumentando una vez todos los días. Una copia escrita de instrucciones apropiadas así como demostraciones convenientes ayudarán a conseguir la cooperación gustosa de los pacientes.

BURSITIS: Ultimamente hemos visto un gran número de casos de hombro en los que el factor agresor estaba constituido por una bursitis con calcificaciones. El que las sufre es presa de terribles agonías, sobre todo durante la noche, y la historia revela que esas lesiones son consecuencias de levantamientos de objetos pesados o de torcer los miembros superiores. Por supuesto que el médico muy raras veces ve uno de estos casos antes de transcurridas las primeras 24 horas y sólo después de que el sujeto ha ensayado toda clase de curas mágicas y de masajistas. El examen revela entonces un dolor en la región de la tu-

berosidad mayor del húmero con limitación de la abducción y de la rotación interna o externa. La radiografía mostrará calcificaciones de tamaños y localizaciones variables.

La energía ultrasónica nos ha dado un 93% de curas completas, especialmente en los casos agudos y subagudos. Después de la tercera aplicación los pacientes se encuentran, por lo general, libres de dolor y, después de la décima o duodécima aplicación, los depósitos de calcio desaparecen.

Debe instruirse a los pacientes acerca de la postura correcta en la cama, a saber, una almohada en la axila y otra, más grande, debajo del hombro y del brazo extendido.

AMPUTACIONES: La responsabilidad del cirujano no termina con la amputación; un cuidadoso vendaje y una apropiada postura preparan un buen muñón para la prótesis. En las amputaciones de los miembros inferiores deben evitarse las contracturas en flexión con el fin de asegurar un buen balance postural para la deambulación futura. Los ejercicios de los músculos del muñón, los masajes y el evitar que los pacientes se sienten por períodos largos contribuyen a producir un muñón saludable en las extremidades inferiores. Por supuesto que deben invocarse las mismas precauciones en cuanto a los músculos del miembro superior y deben recomendarse, además, los ejercicios para el hombro. El trabajo en equipo entre el cirujano Ortopedista y el Psiquiatra es muy importante para los amputados, especialmente para los de sexo femenino. En un gran porcentaje de amputados se presentan signos de psicopatología tales como inestabilidad emocional y cambio de personalidad. Recientemente hemos tratado unos pocos casos de neuras dolorosas con la aplicación de energía ultrasónica; en tres de ellos obtuvimos resultados satisfactorios.

FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR: El objetivo que ha de tenerse presente es la restauración de la función para el cuidado de sí mismo y para la capacidad de aprender ocupaciones útiles. La función muscular, incluyendo el tono, deben recibir el mayor cuidado desde el principio mismo del tratamiento. Movilización pasiva seguida por movimientos ayudados y después por ejercicios activos y terapia kinética ocupacional vigilada apresuran el tratamiento. También las articulaciones no lesionadas deben someterse a variados movimientos.

Una cuidadosa aplicación de yeso ayuda a la ejecución de ejercicios útiles; tal ocurre en las fracturas de Colles. El yeso debe terminar, en el dorso, a un nivel proximal a las cabezas de los metacarpianos,

y en la superficie de la mano, a nivel del pliegue distal con el fin de prevenir rigideces de los dedos. El hombro puede afectarse por la inmovilización, de tal manera que, después de la consolidación, el paciente es incapaz de abducir satisfactoriamente el miembro superior. Por tanto, es necesario llevar a cabo una serie de ejercicios vigilados, tales como el colocar las manos detrás de la cabeza y de la espalda, la abducción y la rotación externa e interna del miembro.

A veces un nervio periférico puede resultar lesionado en una fractura de la extremidad. El electrodiagnóstico ayudará entonces a establecer la continuidad o la lesión traumática del nervio. Si no hay sección de éste están indicados los estímulos eléctricos.

LUXACIONES DEL HOMBRO: Pueden ser de manejo complicado, especialmente en la práctica geriátrica. La aplicación de calor, masajes y los ejercicios pasivos, ayudados y activos, en su orden, previenen las rigideces y el dolor.

ATROFIA POST-TRAUMÁTICA DE SUDECK: Esta es prevenible en la mayoría de los casos si se prescribe prontamente la movilización. Sin embargo, si ella se presenta debe acudir en los períodos iniciales, a los masajes y a la terapia de ocupación. En esta afección está contraindicado el uso del calor.

FRACTURAS COMPRESIVAS DE LA COLUMNA: Después de realizadas la reducción y la fijación debe colocarse al paciente en un yeso en hiperextensión. Mientras está en la cama debe practicar ejercicios de los hombros, cuello y caderas. También como de rutina debe hacer ejercicios respiratorios y glúteos. Una vez quitado el yeso se prescribirá masajes calientes, ejercicios posturales y de flexión y extensión. El uso de cargaderas debe ser considerado por el cirujano ortopedista.

FIBROSITIS POST-TRAUMÁTICA: Esta afección es causa frecuente de incapacidad prolongada a causa de la hinchazón de los tejidos blandos por edema o hematoma. Debe evitarse la organización de estos líquidos para prevenir la formación de adherencias y la obstaculización de la circulación sanguínea y linfática. Es necesario entonces el emprender la movilización muscular tan pronto como se haya reducido la fractura.

CIRUGIA DEL TORAX: En el pre-operatorio, y con miras al post-operatorio, debe entrenarse al paciente con ejercicios respiratorios y de los hombros. Después de la intervención, una pequeña almohada

debajo del cuello prevendrá las deformidades de flexión y sacos de arena entre los hombros aminorarán la caída de éstos hacia adelante. La aplicación de calor y los ejercicios para los hombros previene el dolor en esta región. Los ejercicios respiratorios, abdominales y posturales, enfrente de un espejo, ayudarán enormemente a la completa recuperación.

MULETAS: Así como es de necesaria la práctica para el que ha de volar o patinar, así lo es para el que ha de obtener el máximo beneficio del uso de las muletas. Antes de intentar esto el paciente debe entrenarse en la estática, el equilibrio y el balanceo, cosas que requieren paciencia, pero se justifican para lograr una actitud correcta.

DEAMBULACION: Debe estimularse al paciente a que abandone el lecho tan pronto como dejen de existir las contraindicaciones; cada hora desperdiciada en la cama roba actividad preciosa a los músculos. La deambulación precoz previene en grande escala la tromboflebitis. Para conseguir mejor balanza y posición el enfermo debe usar zapatos en vez de pantuflas.

RODILLAS: Meniscectomías y rodillas inestables. Muchas lesiones de las rodillas ocurren por rupturas ligamentosas y del menisco. La fuerza del cuádriceps es muy importante en las inestabilidades de la rodilla y de aquí que sea necesario iniciar los ejercicios del cuádriceps tan pronto como lo permita el post-operatorio, especialmente los ejercicios de fuerte resistencia.

El paciente sentado en una mesa, con una almohada o sábana enrollada debajo del muslo, extiende lenta, rítmica y completamente la rodilla por diez veces, teniendo fijo a los zapatos un peso apropiado. Esto se repite 10 veces diarias durante cinco días para descansar los días 6º y 7º y reiniciar los ejercicios añadiendo más peso hasta conseguir una capacidad conveniente. El progreso se aprecia con medidas semanales de la circunferencia del muslo a 8 pulgadas de la rodilla, a nivel de la base de la rótula y en la pantorrilla. Estas medidas se comparan con las del miembro sano. Puesto que el sóleo y los gemelos también intervienen en la estabilización de la rodilla, estos músculos deben ejercitarse.

En los casos de rodillas debe evitarse los movimientos viciosos y debe mantenerse una posición correcta en la silla, de tal manera que la silla sea de suficiente altura y que los pies tiren hacia adelante cuando el sujeto se levante. Los movimientos de torción deben evitarse al

voltear, correr o detenerse, con el fin de evitar las lesiones de los ligamentos laterales.

EJERCICIOS DE LA MANO: Comúnmente se usan diversas bolas para ejercitar los dedos en casos post-traumáticos.

En mi opinión esto no es psicológicamente aceptable por cuanto que, en vez de adquirir los movimientos de agarre y flexión, la mano se encoca. En nuestra clínica usamos una esponja sintética que se sumerge en agua jabonosa tibia para que el enfermo exprima.

CONCLUSION

- 1º La Medicina física es un ayudante útil en la rehabilitación de los pacientes.
- 2º La Medicina física es uno de los miembros del equipo médico que suministra mejor atención a los enfermos.
- 3º Los ejercicios deben empezarse pronto y deben ser lentos, rítmicos y progresivos.
- 4º Los traumatismos nerviosos deben ser objeto de estudio cuidadoso en el tratamiento de fracturas.
- 5º La motivación es vida y el aspecto psicológico de la lesión es tan importante como el aspecto físico.
- 6º El sostenimiento propio y la capacidad de ganar salario son la meta final en el manejo de traumatismos y fracturas.

ORIGEN Y FUNCION DE UN CENTRO DE REHABILITACION EN UNA COMUNIDAD

Dr. ARTHUR C. JONES, M. D. **

Desde los tiempos de Hipócrates los médicos se han preocupado con la rehabilitación en el más alto grado. El verdadero fin del arte de curar es la restauración del individuo al máximo estado, físico, mental, económico y social que él pueda alcanzar en vista de su inhabilidad. La inhabilidad física es un problema nacional e internacional, cuya gravedad y costo no necesitan ser ponderados a ningún médico. El aumento del promedio de vida, el cual ha sido el resultado de los adelantos en el cuidado médico y en la prevención de numerosas enfermedades epidémicas, ha resultado en una elevación en el número de gentes de edad avanzada e inválidos. La formación de la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas es una evidencia clara de la universalidad del problema.

Nadie sabe cuántas personas inferiorizadas hay en un país determinado, pero los departamentos de Salud Pública y las sociedades médicas han hecho estimaciones, las cuales nos dan una idea del vasto número de gente inhábil y del incalculable costo de su cuidado. Uno puede considerar la situación desde el punto de vista de una nación entera; por ejemplo, los casos enumerados en millones por Rusk y Taylor (1), o desde el punto de vista de una determinada comunidad, en donde los ciudadanos que piensan pueden ver y aun palpar la ausencia de ellos, de trabajadores cojos, ciegos o paráliticos quienes ya no pueden producir en el campo o en el bosque; o del hombre o la mujer de edad que deben ser alimentados y ayudados para todo por alguna otra persona. Los costos son obvios, pero los problemas están tan estrechamente ligados que muchas veces fallamos a reconocer aquellos. Los métodos de rehabilitación ofrecen importantes medios por los cuales la profesión médica y la sociedad, pueden reducir los costos de la inhabilidad crónica, mejorando las habilidades de la gente inferiorizada de todas las naciones.

Los médicos han hecho hincapié en la reparación de las heridas

* Presentado en el Congreso Latino Americano de Medicina Física reunido en la ciudad de Medellín en.....

** Director del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregón, U. S. A.

y sobre el cuidado médico de los pacientes hasta que éstos puedan sentarse y moverse un poco. Falta de medios, espacio y ayuda de personal entrenado, han hecho muy difícil la situación para el médico poder ejercer su supervigilancia a través de la convalecencia hasta el punto de la recuperación social y económica total. El médico individual no ha sido capaz de completar la rehabilitación total de sus pacientes. La sociedad no se ha dado por notificada de la responsabilidad social, ni de las economías que pueden ser hechas a través de una rehabilitación completa. A este respecto se espera que la profesión médica dé la norma. Algunas autoridades han estimado que hasta un 97% de todos los inferiorizados en los Estados Unidos pueden ser rehabilitados, hasta el punto de que pueden ser nuevamente empleados con rendimiento lucrativo.

El Centro de Rehabilitación de una Comunidad puede contribuir grandemente a la salvación de estos inferiorizados, bien directamente a través de los servicios de su Staff o bien mediante el entrenamiento de terapeutas y otro personal para servicios similares en las comarcas vecinas. La rehabilitación es una técnica que combina el trabajo médico, social, vocacional y técnico en equipo. Se ha llamado "la tercera fase del cuidado médico", la cual implica supervisión médica del proceso de recuperación, hasta el punto de la función social de los movimientos y acciones del paciente, así como hasta darle alguna actividad, de preferencia una actividad lucrativa. Las partes esenciales de un Centro de Rehabilitación son: 1) dirección médica; 2) sección de fisioterapia; 3) sección de terapia ocupacional; 4) taller de artes manuales con herramientas básicas y maquinaria; 5) preparación o provisiones para proyectos especiales de educación adaptadora psicosomática, y 6) guía vocacional, pruebas y colocación. El análisis y la terapia de la voz aumentan considerablemente los beneficios de tal centro. Debe haber además algún servicio social disponible.

Uno se ve impulsado a preguntar: "Cómo se puede establecer un centro de rehabilitación en nuestra comunidad?" No hay una respuesta simple a esta pregunta, pero ello podría hacerse de varias maneras. Quizás el origen más común de un centro de rehabilitación es a través de la formación de una corporación sin fines económicos, organizada con el expreso propósito de suministrar estos servicios a toda la comunidad. Sociedades filantrópicas o grandes organizaciones para el cuidado de los inferiorizados, tales como la Sociedad Nacional para Adultos y Niños inválidos en los Estados Unidos, han financiado o auspiciado estos centros.

Algunos centros son en gran parte o totalmente sostenidos con

fondos de impuestos, tal el caso en el Estado de Connecticut U. S. A., donde una comisión para el cuidado y tratamiento del enfermo crónico, del anciano y del inválido mantiene un hospital para enfermedades crónicas, esencialmente un centro de rehabilitación, en Rocky Hill (3). El Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación bajo el fondo de Seguro del Estado en Puerto Rico, sirve el mismo propósito y además tiene la responsabilidad del tratamiento de numerosas heridas industriales. El Dr. Herman J. Flax ha descrito (4-5) la organización y técnicas allí usadas, con estadísticas de resultados que son verdaderamente impresionantes. Por ejemplo, se redujo la incapacidad, en promedio, de 33,45 a 15,5 por ciento en lesiones de la mano a nivel de la muñeca, con una economía de U. S. \$ 251.53 por caso, en el año 1948-49.

Un centro no asegura éxito en la gran empresa de rehabilitación del inferiorizado, pero sí es un foco o núcleo alrededor del cual pueden cristalizar ideas y técnicas para la expansión del trabajo. Una breve revisión de las experiencias en una comunidad pueden servir para ilustrar los métodos y resultados.

Unos pocos ciudadanos de Portland, Oregón U. S. A., se interesaron en la formación de un centro de rehabilitación siguiendo los informes del Comité Baruch en 1945, tal como fue esbozado por Willrer y Krusen (6). Se citó a conferencias preliminares con representantes de varias agencias médicas y sociales, incluyendo la Fundación para la Parálisis Infantil, el Consejo de Agencias Sociales y la Sociedad para Adultos y Niños Inválidos. Se hizo una revisión de las necesidades de los servicios de rehabilitación en la comunidad, así como de las facilidades existentes, todo con la ayuda de los administradores del Hospital y de las agencias de la Higiene Pública local. Se establecieron las necesidades y se demostró que las facilidades existentes eran completamente inadecuadas.

Un grupo de aquellos ciudadanos interesados votó para formar un comité organizador y más tarde incorporarlo como una corporación sin lucro, bajo la ley de Oregón, con la expresa intención de extender los servicios de rehabilitación al costo, a todas aquellas personas que los necesitaran y que fueran enviadas a un médico. Se adaptaron artículos de Incorporación y se creó una Junta Directiva Oficial en febrero de 1948. Se reclutó un Comité Médico asesor y se aseguró la aprobación de la Sociedad Médica del Estado. En julio del mismo año se alquiló una casa grande con los fondos donados, así como con un auxilio concedido por la Sociedad para Adultos y Niños Inválidos de Oregón, para las operaciones de iniciación y los gastos de un año. Las fábricas de pin-

turas y los vendedores al por mayor de las mismas, donaron la necesaria para la redecoración de la casa y el trabajo fue ejecutado mediante los servicios gratuitos de los miembros de las asociaciones de pintores. Un contratista en cuestiones de electricidad, re-alambró toda la casa y una firma en negocios de calefacción regaló una caldera nueva y las tuberías. Las donaciones de los Clubs, organizaciones y particulares, fueron suficientes para comprar el equipo y las herramientas básicas necesarias; y numerosos inventos fueron hechos por los miembros del Staff de Terapistas con el fin de hacer posible el ejercicio y el entrenamiento de los pacientes. En octubre de 1948 ingresó el primer paciente al Centro de Rehabilitación de Portland. El Staff que lo recibió y animó consistía de un fisioterapeuta, un terapeuta en medicina ocupacional, un Secretario-Administrador y un Director Médico de tiempo requerido.

El funcionamiento del centro se basó en el cobro unitario, por unidad de servicio prestado, arbitrariamente fijado en media hora. Este cobro era fijado al precio exacto de costo del servicio prestado. Se hizo un examen de escogencia con el fin de determinar la extensión de la inhabilidad y también para investigar las habilidades o potencialidades de cada paciente. Se solicitó la información del caso al médico que enviaba el paciente, se le pidieron al mismo las sugerencias que él tuviera a bien hacer en relación con las capacidades de su paciente, limitaciones y tratamiento necesario. Las pruebas de la musculatura se hicieron en los casos en donde eran necesarias. La prescripción de los procedimientos de rehabilitación fue esbozada por el médico director y con ella se empezó el tratamiento. Se hicieron reuniones de Staff, con todo el personal, para discutir el progreso, sugerir cambios en el programa para cada paciente, desarrollo social o emocional, complicaciones o necesidades de entrenamiento o consejo vocacional. Se consultó a un consejero vocacional de la División del Estado de Rehabilitación en relación a proyectos de trabajo. Se idearon implementos de auto-ayuda, los cuales muchas veces fueron hechos en el taller de artes manuales del centro. Cada mes se enviaron informes al médico que envió el paciente o a las agencias correspondientes, en caso de haber alguna interesada.

Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo con sus posibilidades o potencialidades de obrar y aprender, teniendo en cuenta todas sus facultades, que pudieran hacerlo más capaz de ayudarse a sí mismo, aligerándose su trabajo, o haciendo de él algo productivo en la esfera social y económica de su comunidad.

Se hizo énfasis y se hace aún, sobre el balance de la persona co-

mo individuo y de sus deseos o ánimo de recuperar sus facultades. Rápidamente se descubrió que el deseo de ensayar era esencial para la rehabilitación. Algunas veces fue difícil para el Staff convencer al paciente de habilidades que éste poseía y que le era difícil aceptar que las tuviera.

Rápidamente se vio en forma obvia que el paciente y su familia a menudo deberían aprender la lección de *aceptar* alguna limitación básica que no podía ser minimizada o vencida. El amputado usualmente mantiene una estrecha identificación con su extremidad perdida y puede requerir bastante ayuda psicológica para llegar a aceptar el hecho de que su extremidad está irremediablemente perdida. El cambio de la "imagen normal del cuerpo" es necesario para la aceptación de la pérdida de la función o de la extremidad misma. Completa aceptación del hecho de que el paciente debe adaptarse al uso de brazaletes o soportes, a una articulación anquilosada o a la parálisis de una parte determinada, es absolutamente indispensable y necesaria para el ataque exitoso del problema de vivir en una manera diferente. El Director Médico y el Staff hicieron esfuerzos deliberados para ayudar al paciente a terminar satisfactoriamente esta difícil fase de aceptación.

En un principio se trató de limitar la admisión a aquellos pacientes menos inhabilitados, pero rápidamente se vio que ello no era realista. Las necesidades eran mayores en aquellos casos más afectados. Entre los primeros pacientes enviados se encontraban una muchacha parapléjica cuya lesión estaba en la parte media de la región torácica; un amputado bilateral con endarteritis obliterante, quien tenía dificultades en la circulación en los muñones; un muchacho muy deformado, con cifo-escoliosis y un problema de comportamiento, víctima de poliomielitis; y una joven que nunca pudo tenerse de pies, debido a una osteogénesis imperfecta, cuyas piernas había sido necesario amputar por encima de las rodillas. La muchacha parapléjica quedó en capacidad de caminar con brazaletes y muletas y pudo regresar a la escuela. El amputado que sufría de enfermedad de Buerger, finalmente aprendió a manejar su prótesis, pero tuvo que limitarse a trabajar en un escritorio. El muchacho con poliomielitis aprendió a manejar todas las actividades de la vida diaria y consiguió una posición como despachador de tráfico en una compañía transportadora. Más tarde contrajo matrimonio. La muchacha con osteogénesis imperfecta dominó su temor a pararse y caminar en las piernas artificiales que parecían como altos zancos y aprendió a manejar la casa.

Las prescripciones necesariamente varían de acuerdo con las ne-

cesidades de cada individuo y en cuanto ello sea posible, aquellas se desarrollan en forma individual. Con frecuencia en los centros de rehabilitación, se agrupan los pacientes de acuerdo con sus problemas, especialmente en la Gran Bretaña, en donde un mismo Terapeuta da las clases sobre cómo caminar con muletas, cómo hacer los ejercicios gimnásticos en colchones o con aparatos o pesos. Sin embargo el calor, los masajes, los estiramientos y muchos ejercicios especiales deben ser hechos en forma individual. Cosa similar ocurre en las actividades de la terapia por las artes manuales y la terapia vocacional. Una prescripción típica en el Centro de Rehabilitación de Portland ha incluido: pruebas musculares, evaluación de las habilidades del paciente para las actividades de la vida diaria, así como de aquellas para la ayuda propia, alguna formada de calor para que preceda el estiramiento y el ejercicio; ejercicios específicos con pesos progresivos ("Ejercicios de resistencia progresiva" descritos por Lorme) (7), terapia ocupacional para ejercicios coordinados, insistencia de la necesidad de usar sus propios conocimientos, terapia de artes manuales para añadir evaluación práctica de la facilidad en el uso de las herramientas y ejercicios de más resistencia. El paciente es entrenado en el uso de artificios que él necesite para caminar o en el manejo de la silla de ruedas; la enseñanza de la marcha incluye entrenamiento hasta el dominio de la manera de subir y bajar escalas, uso de variadas muletas, etc., métodos para subir y bajarse de los automóviles, buses o tranvías, de acuerdo con las necesidades de cada individuo. El sufrimiento es reducido mediante ejercicios graduales repetidos, paradas ocasionales, entradas y salidas de un almacén, trabajo contra-pesas tales como el manejo de telares de contrapesas o la "sierra sin fin" tipo bicicleta o sea que debe ser accionada por los movimientos repetidos de los pies del operario. Gracias a la donación que de una gran piscina terapéutica hizo la Liga Juvenil, en el año pasado, ha sido posible hacer ejercicios bajo el agua, así como de natación tal como los describieron Cowman y Roen (8).

En los planes del paciente debe tenerse en cuenta su situación hogareña; a menudo el terapeuta debe visitar la casa de aquél, con el fin de determinar qué ayuda podrían prestar rampas, rieles, qué cambios se necesitarían en la cocina o en las facilidades sanitarias para facilitarle al individuo la vida dentro de sus limitaciones, pero al límite de sus habilidades. Esto es particularmente cierto en el caso de una ama de casa inhábil, para quien pequeños arreglos en la cocina, anaqueles y loceros hacen la diferencia entre la señora inútil y aquella que valiéndose de sus propios recursos, hace la mayor parte su pro-

pio trabajo. Un charol entre los brazos de la silla de ruedas o un pequeño carro con ruedas en los cuales ella pueda llevar sus cosas necesarias y que a la vez le sirvan para ayudarla a su balance, son a menudo esenciales. En el taller del centro o en la casa se puede hacer una tarima que servirá para que el paciente que no pueda tenerse en pie, se deslice de la silla de ruedas a la cama o al sanitario, con lo cual se ahorran esfuerzos de parte del paciente inhábil y de sus familiares o quienes lo cuidan. Se hace completo uso de las sugerencias de multitud de ayudas que han sido recogidas o ideadas por el Staff del Instituto de Medicina Física y Rehabilitación del centro médico Bellevue de la Universidad de New York, tal como lo esbozaron y describieron Rusk y Taylor, Fimmerman y Judson (9). De todas partes del mundo llegan ideas, de las cuales se escogen las de más fácil ejecución.

Kessler ha sido uno de los principales propulsores de la rehabilitación en el más grande sentido de la palabra en los círculos internacionales. Sus ideas han sido copiadas ampliamente por Staff del Centro de Rehabilitación de Portland, especialmente en lo que se relaciona a los problemas del amputado y del cardíaco (10).

La terapia de la voz, por considerarla esencial en el caso de muchos pacientes que por su inferioridad para expresarse, no consiguen empleo, ha sido agregada a este Centro. La evaluación de la posibilidad de recuperarse de una afasia, de las ataxias debidas a lesión cerebral o aun la tartamudez, ayuda considerablemente en el planeamiento del entrenamiento y finalmente en la colocación del paciente. La determinación de las limitaciones en forma realista, constituye una contribución para el paciente, su familia y su médico, tan grande como el propio tratamiento.

La incorporación de un Psicólogo Clínico, hecho de reciente ocurrencia, junto con el terapeuta de la voz, ayuda poderosamente en la evaluación de algunos casos, en los cuales todo intento de rehabilitación es inútil, con lo cual se ahorran tiempo y dinero. El consejo del psicólogo puede hacer que en algunos casos, el paciente y su familia acepten limitaciones irremediables y en otros aquél puede descubrir zonas de esperanza para la adaptación o el entrenamiento que pueden conducir a una rehabilitación exitosa. El Psicólogo juega un gran papel en el enderezamiento de los deseos de un paciente inválido que ha perdido toda esperanza o que al contrario tiene sueños irrealistas de alcanzar más de lo posible. Sus sugerencias en las reuniones del Staff, en donde se discuten los casos, son de un gran valor para ayudar a determinar las posibilidades de empleo, limitaciones para acometerlo y

las decisiones que deban tomarse en relación a la continuación o suspensión del tratamiento.

El Consejo constituye un proceso continuado en el Centro, empezando por la primera entrevista con el Médico Director. Cada miembro del Staff da consejos de manera informal o contribuye a la orientación del paciente y aun de su familia. El consejo del Psicólogo juega un papel muy importante, especialmente en aquellos casos difíciles, donde las capacidades mentales o emocionales están limitadas. El Consejero vocacional es sin embargo quien enfoca en forma realista los fines de la rehabilitación, bien buscando el trabajo o aconsejando el entrenamiento en algo que conduzca a un trabajo o negocio. El debe conocer las industrias de la región, las necesidades de una gran variedad de trabajos o negocios en los cuales puedan ser colocados algunos clientes y en los cuales los inferiorizados puedan no serlo en algunos tipos de trabajo. El debe estar en capacidad de estudiar los factores de transporte, la necesidad de una colocación especial, herramientas o maquinaria para la persona inválida. Para aquel paciente cuyo único deseo sea el de dominar las actividades de la vida diaria, ayudarse a sí mismo y comportarse en casa, el consejo vocación no importa, o mejor no es del caso.

En cambio para el paciente capaz de realizar algún trabajo, tal consejo es necesario. Algunos inválidos pueden fabricar artículos en su casa, pueden grabar, tejer, coser o llevar libros de contabilidad. Los artículos antes mencionados deben ser durables, de buen diseño y vendibles. Esto exige conocimiento en materias primas, mercados, qué artículos pueden venderse con una utilidad razonable y cómo pueden ser llevados al mercado o comercio. Alguna gente inferiorizada puede conducir un bus a una oficina o almacén; ésta necesita consejo sobre cómo solicitar trabajo o empleo, qué industria o negocio necesita trabajadores, a qué salario puede aspirar y qué adaptaciones necesita tal paciente para conservar su trabajo.

En la mayor parte de los Estados Unidos hay Divisiones de Rehabilitación Vocacional (11), a través de las cuales la gente inferiorizada puede conseguir ayuda en la forma de entrenamiento vocacional, por la cual el Estado paga la instrucción, los libros y demás implementos, como parte del sistema de la escuela pública. En algunos casos es necesario hacer operaciones o restauraciones físicas en forma de tratamiento que pueda reducir al mínimo el "handicap", por cuenta de las Divisiones de Rehabilitación Vocacional, siempre y cuando se pruebe que el paciente no pueda sufragar los gastos de tales intervenciones o

tratamientos. Excelentes resultados se obtienen de la coordinación entre el centro de Rehabilitación de la comunidad y la agencia correspondiente del gobierno a través de la cual se pueda cumplir la labor de consejo vocacional, planeamiento de trabajo y colocación del paciente. La División de Rehabilitación Vocacional del Estado de Oregón, coopera asignando un consejero, quien atiende a todos los pacientes que necesitan tal ayuda, sean ellos clientes oficiales o no de la División y quien asiste a las reuniones del Staff en las cuales se discuten tales casos.

Los resultados de la rehabilitación pueden ser tabulados por los estadísticos en forma de dinero economizado, pero los ciudadanos de una comunidad donde se practica la rehabilitación pueden ver los resultados en forma de esperanza para el desesperado, tal una madre devuelta a su familia en capacidad de vivir una vida casi normal, un padre colocado en un trabajo que él puede hacer, o un cojo independiente y sin complejo, lo cual no se habría logrado si el Centro de Rehabilitación no existiera. En la mayoría de los pacientes se pueden medir los resultados benéficos obtenidos, siempre y cuando el examen discriminado sea hecho científicamente. Nunca habrá resultados "standard" en rehabilitación; ellos varían en grados y van desde lograr la ayuda propia del paciente, así como la habilidad para ejecutar todas o algunas de las actividades simples de la vida diaria, por consiguiente libertando a otro para el trabajo, hasta que él pueda ejecutar un trabajo de tiempo completo, en competencia con persona normal. El empleo en casa puede aumentar las entradas de la familia, lo cual no ocurriría si no fuera por la rehabilitación. Una fábrica protegida puede dar trabajo de tiempo requerido o por horas a un ciego, mudo o cojo, o aun trabajo de tiempo completo, a personas que sin la rehabilitación tendrían que depender enteramente de otros. Todo pordiosero es una carga para cada uno en la Comunidad. Tal vez el mejor resultado de la rehabilitación consiste en la restauración del trabajador a su antiguo trabajo, o al mismo ligeramente modificado, ya que ello hace la adaptación más fácil y permite además utilizar la destreza y los conocimientos ya adquiridos. Sin embargo muchos inválidos deben ser entrenados para un trabajo completamente diferente del cual ejecutaban antes de invalidarse. El entrenamiento cuesta dinero y tiempo, pero si el candidato es bien seleccionado, puede finalmente colocarse en situación de ganar más de lo que producía su primer empleo. Como ejemplo puede citarse el caso de dos trabajadores mexicanos, quienes a causa de su gran inhabilidad no pudieron volver a los trabajos del campo o a la construcción de ferrocarriles. En el Departamento de terapia ocupacional de un centro de

rehabilitación, ellos descubrieron su habilidad para manejar barro. Ambos fueron entrenados en las técnicas de modelar dicho material, en el manejo de una especie de torno usado en estos casos y además se les enseñó algo de esmaltado. Juntos emprendieron un negocio y ahora sus cerámicas tienen tal demanda, que no pueden atender todos los pedidos.

Servicios tales como los que hemos descrito se suministran a trabajadores inválidos por razón de enfermedades cardíacas en el Instituto para Recuperación del Cardíaco en Quebrada Verde, cerca a Valparaíso, en Chile, bajo la experta dirección del Dr. Jorge Alvanay. Muchos hombres que no han podido regresar a trabajos pesados debido a su inferioridad de causa cardíaca, han sido educados respecto a sus limitaciones, se les ha enseñado una nueva ocupación compatible con su estado cardíaco y a través de un servicio social se les ha colocado en un trabajo que les paga dinero suficiente para su sostenimiento y el de su familia. De esta manera se les da independencia, aun con inferioridad, a gentes enseñadas a ayudarse a sí mismas en una nueva ocupación. Este es un ejemplo excelente de lo que puede hacerse con numerosos inferiorizados, a través de un centro de rehabilitación. Desde el punto de vista de la sociedad y del gobierno, el cual representa la población misma, la rehabilitación es la mejor y más económica inversión, ya que con ella se ayuda a gentes que sin la rehabilitación dependerían del Estado y la Sociedad, poniéndolos así en capacidad de sostenerse a sí mismas con su salario. Tales ciudadanos se convierten automáticamente en contribuyentes del Estado, mediante el pago de impuestos y contribuyen al bienestar de la comunidad, en vez de derivar su sostenimiento de los recursos de su ciudad o estado, sin habilidad para producir nada en recompensa. La contribución de la rehabilitación a las gentes inferiorizadas y a la felicidad de sus familias, bienestar y orgullo, no puede ser medida en términos de dinero ganado o economizado, sino que puede ser expresado en términos del ideal del mayor bienestar para el hombre.

LA REHABILITACION DEL PARAPLEJICO

Trabajo presentado al Quinto Congreso Latinoamericano de Medicina Física en Medellín, Colombia, por el Dr. MIGUEL ANGEL AGUILERA PEREZ, Director del Centro de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Se ha dado en llamar a la Rehabilitación del parapléjico el milagro de la medicina restorativa. Basta una simple mirada para comprobar la diferencia entre el parapléjico de otros tiempos, confinado a su lecho consumiéndose paulatinamente entre las escaras de el decúbito y las infecciones urinarias, y el parapléjico de hoy, sometido a un programa de rehabilitación médica, física e integral, deambulando con absoluta seguridad y contribuyendo eficazmente a su sostenimiento y al engrandecimiento de la sociedad a que pertenece.

El proceso de Rehabilitación del parapléjico es complejo, lento, pero seguro y hasta apasionante. Todos los esfuerzos, el tiempo y el dinero gastados en tan noble plan, son recompensados con creces.

CONSIDERACIONES GENERALES

Hay infinidad de enfermedades, afecciones y traumatismos que producen como resultado final la incapacidad física, conocida con el nombre de paraplejía.

La diversidad etiológica contiene variedad de cuadros clínicos, con características especiales.

Enfocamos con especial interés y hacemos nuestra experiencia en el presente trabajo sobre casos de paraplejía producida por lesión medular consecutiva a accidentes de diferente tipo. Las otras paraplejías difieren en la superficie, aunque en el fondo la conducta a seguir es similar.

Entraremos a considerar principios fundamentales en la rehabilitación de parapléjicos.

PRINCIPIOS:

- 1º La rehabilitación del parapléjico es el resultado de un plan de trabajo en esencia médico-quirúrgico, organizado, concatenado, dirigido y supervisado por un grupo o equipo de profesionales especializados en las diferentes ramas de la medicina. En este plan todos toman parte muy activa y se dividen honores en la obtención de resultados. La claudicación de uno de estos elementos médicos

de trabajo, hace derrumbarse todo el edificio de esta rehabilitación. Para sintetizar el trabajo de equipo es esencialmente ejemplar en este tipo de medicina restorativa.

- 2º La rehabilitación debe empezarse tan pronto como sea posible, de ser factible inmediatamente después del accidente una vez terminados los esfuerzos para sacar al paciente del shock y en cuanto el estado general lo permita. La pérdida de tiempo repercute sensible y negativamente sobre el porvenir del paciente.
- 3º La rehabilitación en el parapléjico no significa la vuelta a la normalidad, sino el aprovechamiento de todos los recursos y capacidades restantes en el sujeto, con el fin de reintegrarle física, moral, social y económicamente. El rehabilitado completo es aquel que es capaz de atender por sí mismo a sus propias necesidades, sin ayuda, de caminar con abrazaderas, muletas o silla de ruedas y que reintegrado a la sociedad, tiene un trabajo que le permite el sustento, y en el cual se encuentra perfectamente ajustado, y preparado.
- 4º Es necesario tomar muy en cuenta el desajuste psicológico de estos pacientes y no puede hablarse de una verdadera rehabilitación integral, mientras el lisiado no haya aceptado la realidad de su situación y aceptándola se ajusta a ella, poniendo todos sus esfuerzos a su reintegración social.
- 5º Tiempo tan largo como sea indispensable, infinita paciencia y arduo trabajo además del conocimiento profundo de los problemas del parapléjico, tienen que ser puestos en concurrencia para lograr la obtención de este llamado milagro.

BASES DEL TRATAMIENTO

En términos generales el tratamiento del parapléjico y en especial el parapléjico por lesión medular, tiene que ser dividido en dos fases:

1º Fase de Acción quirúrgica pura, definitiva.

2º Fase de Medicina restorativa, rehabilitación.

La división entre ambas es aparente, las dos fases deben ser simultáneas y cuidadosamente integradas con un único y definitivo fin, la rehabilitación integral del paciente.

En los primeros momentos después del accidente el personal de emergencia y los Cirujanos Ortopedistas hacen los primeros tratamientos e indican las medidas necesarias para combatir la fase depresiva. Todos conocemos los pormenores y no me extenderé en ellos.

Puntualizaré sin embargo aquellos de particular interés para el futuro proceso de rehabilitación que desde los primeros momentos deben ser tomados muy en cuenta. Son estas indicaciones y recomendaciones las siguientes:

- a) Evitar muy cuidadosamente la rotación y flexión de la columna vertebral.
- b) Reducir prontamente la deformidad de la columna por tracción, hiperextensión o ambas.
- c) Evitar la aplicación de aparatos enyesados hasta donde sea posible. La inmovilización es perfecta y satisfactoria en una férula (Stryker frame) o cama especial.
- d) El paciente inmovilizado en el Stryker debe ser vuelto de la posición prona a la supina cada dos horas como mínimo.
- f) Deben ser prodigadas con esmero, medidas de protección contra deformidades, compresiones, escaras, infecciones focales, etc. etc.
- g) El drenaje de la vejiga debe ser asegurado inmediatamente después del accidente.

La posibilidad de practicar la laminectomía inmediata ha sido motivo de largas discusiones entre autores y Congresos médicos.

Muchos cirujanos la practican sistemáticamente. Otros la impugnan y la reservan para aquellos casos con marcado desplazamiento, presencia de fragmentos múltiples de la lámina vertebral con signos de compresión medular.

Me parece este tema, digno de especial estudio, y de mejores estadísticas. La laminectomía tardía tiene más precisas indicaciones y ofrece mayores ventajas y seguridades.

Una vez terminados los primeros tratamientos, el enfermo sale de la fase inicial casi siempre de shock general, para entrar en la llamada fase de shock medular.

La parálisis es completa o semi-completa así como flácida por debajo del nivel de lesión medular. Son características de esta fase las siguientes:

- 1º Pérdida absoluta de apetito con el consiguiente desequilibrio en la administración de líquidos, calorías, alimentos, vitaminas y especial desequilibrio nitrogenado en los ingesta.
- 2º Desacondicionamiento general por la inmovilización, el decúbito y toda falta de actividad.
- 3º Incapacidad de la sección paralizada de producir fijación de proteína por contracción muscular.

- 4º Incapacidad de producir estímulo sobre los huesos largos con pérdida de proteína y calcio en los huesos y su lógico resultado la osteoporosis.
- 5º Aparición de escaras en los puntos de presión, con pérdida de líquido y nitrógeno a este nivel.
- 6º La vejiga es atónica y retencionista, las infecciones génito-uritarias aparecen con hiperpirexia, repercutiendo gravemente sobre el estado general.

Conociendo a fondo estas posibilidades el equipo Médico especializado toma parte muy activamente previniendo y tratando las complicaciones.

- a) El internista muy prontamente y en la fase inicial, debe resolver los problemas de la nutrición, prescribiendo y dirigiendo la administración de una dieta proteinada con un mínimo de 200 gramos de proteína por día, transfusiones, plasma, vitaminas etc. etc y cuidando así mismo la aparición de infecciones intercurrentes.
- b) El neurocirujano trata la compresión de la médula, trata el dolor y el espasmo por medios quirúrgicos.
- c) El cirujano ortopedista corrige las fracturas y deformidades vertebrales, fija las contracturas, adjudica las abrazaderas correctivas.
- d) El Cirujano plástico, previene y cuida la aparición de ulceraciones de compresión, dicta medidas para protección de la piel y trata quirúrgicamente sus complicaciones.
- e) El urologista vigila de cerca el funcionamiento de la vejiga y del árbol urinario, combatiendo las infecciones génito-uritarias etc. etc. Desde el punto de vista urológico quiero enfatizar que el drenaje de la orina por medio del catéter de Foley presenta las mejores ventajas. La cistostomía suprapúbica debe reservarse para casos muy especiales.
- f) El Psiquiatra, auxiliado por psicólogos clínicos juega un importante papel en el reajuste psicológico del lisiado, asimismo el consejero vocacional y la Trabajadora Social tienen papeles claves para el futuro del enfermo.
- g) El especialista en medicina física y rehabilitación aplica todos los recursos a su alcance para combatir los problemas básicos originados por la inmovilización, la pérdida de proteínas y depresión del estado general; poniendo mucho énfasis en programa de ejercicios de acondicionamiento general, movilización pasiva, prevención de contracturas y deformidades y en especial de procedimientos para

verticalización del paciente inmovilizado. Le ayudarán fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Cada profesional especializado debe estudiar y dirigir cuidadosamente su problema terapéutico y periódicamente, pequeñas sesiones científicas se hacen necesarias para cambiar puntos de vista y dirigir esfuerzos. Siguiendo el período de shock medular, después de un período variable de unas semanas a meses, la restauración gradualmente se instala. Si la lesión es de un tipo u otro se instala espasticidad o flaccidez. El estado general mejora, las proteínas dejan de perderse como antes, la vejiga tiende al automatismo y todo parece ayudar a la recuperación. Los elementos especializados del equipo médico, poniendo en juego todos sus recursos siguen adelante con el tratamiento y los resultados no se hacen esperar.

- a) Control automático de la vejiga y del recto.
- b) Cierre espontáneo o quirúrgico de las escaras y ulceraciones.
- c) Control quirúrgico del espasmo y el dolor. (Nunca utilizar drogas a largo plazo).
- d) Reajuste total en el aspecto psicológico y preparación para planes futuros.
- e) Es en esta fase que los recursos de la Medicina Física hacen sentir sus mejores efectos.

Un bien dirigido programa terapéutico y practicado por técnicos especializados es de importancia suprema.

En forma de práctica diaria y coordinados científicamente, deben prescribirse:

- 1º Ejercicios generales para acondicionamiento general.
- 2º Ejercicios especiales con objetivo:
 - a) Para salir de la cama.
 - b) Para usar la silla de ruedas.
 - c) Para llevar a cabo actividades de la vida diaria.
- 3º Ejercicios musculares intensos sobre la caja torácica y los brazos y sobre todo aquello que tenga por objetivo preparar la deambulación del paciente.
- 4º Movimientos pasivos de elongación muscular para combatir contracturas.
- 5º Vigorosos ejercicios especializados para combatir el espasmo.
- 6º Controles y rutinas para ordenar evacuaciones intestinales y el vaciamiento vesical.
- 7º Un bien dirigido programa de Terapia Ocupacional.

- 8º Cuando el estado general del paciente lo indique, abrazaderas metálicas son puestas, y entrenamiento de ambulación se inicia.
- 9º Entrenamiento funcional para la marcha, subir y bajar gradas, levantar y caer, usar aparatos, etc. etc., es de suma importancia y ya estamos cerca de la meta final.

Durante su larga hospitalización el parapléjico debe ser conscientemente observado y planes futuros de rehabilitación dirigidos por las Trabajadoras Sociales, Psicólogos Clínicos, y consejeros vocacionales, sin olvidar el Psiquiatra. Desde muy temprano un objetivo vocacional debe ser enfocado.

La Trabajadora Social debe preparar al paciente, a la familia y al medio para darle facilidades; destruir malas interpretaciones y darle seguridad social.

Algún tiempo después el parapléjico dirigido por rehabilitación vocacional estará en pleno entrenamiento en un nuevo oficio o profesión que le garantice el sustento.

Para ese entonces tendremos un paciente bien nutrido, musculoso, con perfecto control de su espasticidad, con ulceraciones cicatrizadas, sin contracturas y acostumbrado a deambular largas distancias, así como a subir escaleras, manejar carro; o usar transportes públicos con confianza y absoluta seguridad en el futuro.

A través de este programa de actividades, entrevistas y entrenamiento no está por demás insistir que cada persona encargada de alguna misión en el proceso de rehabilitación del parapléjico, sea médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o consejero vocacional y trabajadora social, debe tener además de un simple interés profesional, un profundo sentido e íntimo conocimiento de los problemas del paciente, debiendo existir una perfecta identificación ideológica y emocional; basada en características individuales y no en generalizaciones impersonales; debiendo también el paciente, estimulado por fuerzas positivas, poner todo su entusiasmo y energía en la realización de sus anhelos de dignificación y vuelta al hogar, a la familia y a la comunidad.

NUESTRA EXPERIENCIA

Nuestra experiencia ha sido llevada a cabo en 10 parapléjicos hospitalizados en el Centro de Rehabilitación del IGSS por lesión medular, durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre del presente año. Recibimos estos parapléjicos en condiciones de aceptar fácilmente un tratamiento de rehabilitación intensivo. Hospitalizados desde largo tiempo atrás, algunos con ulceraciones del decúbito, otros con

fuertes y marcadas deformidades y la mayoría víctimas de toxicomanía por demerol, además de las dificultades propias y la limitación de equipo especial y sin embargo los resultados obtenidos hasta hoy son ampliamente halagadores. En el futuro gracias al nuevo equipo adquirido por el IGSS para su Centro de Rehabilitación, las instalaciones del mismo y su personal técnico, se lograrán mayores éxitos en el tratamiento de estos casos.

Me permito presentar las condiciones de mejoramiento general del grupo. Solamente bástame decir que cuatro de ellos deambulan perfectamente con muletas y 8 son autosuficientes para resolver sus propias necesidades diarias, y que actualmente se encuentran recibiendo entrenamiento en los oficios que más tarde les garantizarán la existencia.

CONDICIONES DE INGRESO

Recibimos trasladados de los diferentes Centros quirúrgicos un grupo de doce parapléjicos de los cuales uno murió a consecuencia de sus malas condiciones físicas y la falta de tratamiento psiquiátrico. Otro caso es muy interesante porque simulaba exactamente el cuadro de una paraplejía espástica, sin que en realidad fuera más que un problema de orden psicológico que salió adelante y con todo éxito con el tratamiento psiquiátrico auxiliado con el de rehabilitación.

Tomamos los diez restantes para nuestro estudio, hospitalizados de 1 a 5 años. Son ellos 2 con paraplejía espástica y 8 flácida, consecutivos a fractura de la columna vertebral entre niveles que varían de la 10ª dorsal a la 5ª lumbar. La mayoría en número de seis casos, a nivel de la 1ª lumbar.

Las condiciones generales de ingreso de los pacientes eran malas. Ocho de ellos presentaban complicaciones urológicas con infección de las vías urinarias (urocultivo positivo), incontinencia absoluta de orina y dolor vesical, 2 presentaban litiasis urinaria intensa, otros 2 tenían cálculos en la vejiga. Ninguna rutina para regular su vaciamiento vesical había sido planeada.

Siete de ellos presentaban grandes escaras sacras y de compresión por decúbito, aunque todas iban en fase de franca mejoría, tres tenían sólo restos ya prácticamente cicatrizados.

Atrofia total de los músculos de las extremidades inferiores, con deformidades permanentes y rigidez eran presentes en seis de los pacientes. Anquilosis completa de dos casos. Osteoporosis marcada en todos y debilidad muscular general en todos también, sin entrenamiento alguno para actividades de la vida diaria o de ambulación.

Espasmo muy marcado se observaba en dos casos, y se quejaban de dolor intenso cinco de ellos que estaban acostumbrados a recibir de 3 a 6 ampollas de demerol diarias. Fiebre y dolor acosaban a los casos más deficientes físicamente.

De ellos se laminectomizaron tardíamente con resultados benéficos para su rehabilitación.

El estado general de los pacientes era malo en su mayoría. Cuatro presentaban cuadros severos de anemia por debajo de 3 millones de glóbulos rojos con hipo-hemoglobinemia de casi un 45 a 50%. Las proteínas sanguíneas en el grupo examinado se mantenía por debajo de seis gramos en todos ellos. Pérdida abundante de cristales de fosfatos y oxalatos de calcio eran notorias en la orina.

Ningún plan vocacional se había organizado para el porvenir de los pacientes.

CONDICIONES ACTUALES

En sólo un período de tres meses y medio las condiciones del grupo han mejorado notablemente. La mayoría ha sido deproporcional, pues algunos de ellos se encuentran ya deambulando con facilidad, mientras en los casos más difíciles hasta hace poco hemos logrado sentar a los pacientes y hacerlos salir en silla de ruedas.

Tenemos en la actualidad cuatro pacientes con una bien desarrollada musculatura de los hombros, brazos y tórax, que pueden caminar con toda facilidad ayudándose con sus abrazaderas metálicas y muletas. Dos casos se han recuperado funcionalmente en sus miembros inferiores y ya caminan sin necesidad de soportes metálicos.

El estado general de los pacientes del grupo ha mejorado notablemente. No tenemos un solo caso de anemia, ni hipohemoglobine-mia por debajo de cuatro millones y medio y del 70%. Las proteínas sanguíneas han subido por arriba de 7 gramos y medio en el total y los índices de calcio sanguíneo son de 10.10 mgrs. por ciento por término medio. (Método Clark Collip).

Dos pacientes presentan muy pequeñas ulceraciones del decúbito y dos más presentan las deformidades permanentes con rigidez. Uno anquilosis total de todas las articulaciones de los miembros inferiores. La Osteoporosis es muy marcada en 5 casos y ha mejorado en los otros cinco. Para corregir deformidades y cerrar úlceras del decúbito los pacientes han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas por los Cirujanos especializados, habiéndose obtenido éxitos muy halagadores.

Las infecciones urinarias han desaparecido por completo y seis de los pacientes pueden controlar sus evacuaciones vesicales y rectales; cuatro no han podido alcanzar esta meta. La producción de cálculos disminuyó considerablemente y la hiperpirexia aparece de vez en cuando en uno solo de los casos, que tiene hasta la fecha drenaje por cistostomía suprapúbica, con la vejiga y los uréteres prácticamente llenos de cálculos.

El espasmo cedió en los dos casos afectados y el dolor ha sido controlado en nueve de los enfermos, quienes en la actualidad ya no usan más demerol rutinariamente.

Cinco de los casos han sido examinados y orientados vocacionalmente y tres de ellos están listos para empezar aprendizaje de zapatería, sastrería y joyería de acuerdo con sus aptitudes y vocación.

Ocho de los casos pueden llevar a cabo por sí solos todas las actividades de la vida diaria y del auto-cuidado, pudiendo valerse por sí mismos en sus necesidades.

TRATAMIENTO

El tratamiento instituido además de los especializados indicados, ha sido el de Medicina Física y Rehabilitación, dirigido y organizado con el solo fin de poner al enfermo en condiciones de ser reintegrado a la comunidad. Un programa de trabajo, de ejercicios, de fisioterapia, terapia ocupacional y demás, distribuidos en las seis horas de actividades del día, ha sido utilizado con este fin. Una buena dieta rica en proteínas y los medicamentos adecuados han sido nuestros mejores auxiliares, así como el equipo de que disponemos y la paciencia y constancia del personal auxiliar y de los propios pacientes quienes tienen todo el entusiasmo y la fe puesta en su pronta y feliz reintegración a la vida activa.

Dentro de un plazo no muy largo podremos dar a conocer nuestros resultados finales, que espero estarán rindiéndonos mayores satisfacciones y éxitos.

CONCLUSIONES

- 1º La rehabilitación del parapléjico es en la actualidad un hecho factible y de utilidad práctica, podríamos decir una necesidad en nuestro medio, muy cerca de la realidad, resolutive.
- 2º La rehabilitación en el parapléjico es el resultado de un plan de trabajo médico-quirúrgico, organizado y bien dirigido. Es un

ejemplo típico de trabajo de equipo especializado, de acuerdo con las normas de la Medicina moderna.

3º La rehabilitación del parapléjico a pesar de ser lenta, es segura y resulta económica, ya que reduce estancias prolongadas de años, a pocos meses y transforma elementos inactivos en activos y productivos.

4º Se hace sentir gravemente la falta de unidades y equipo de rehabilitación en los Hospitales Generales donde el parapléjico es confinado a su más absoluta inacción o enviado a su hogar sin la más mínima esperanza de recuperación alguna.

5º Es preciso aunar esfuerzos y hacer cuanto sea posible por ofrecer a los parapléjicos, una oportunidad para recuperarse y reintegrarse a la vida activa, en donde quiera que sea y cualquiera que sea la causa etiológica que produzca la incapacidad que tan grave y deteriorante es para el enfermo.

Guatemala, octubre 27 de 1953.

OBSTRUCCIONES DEL CABO DISTAL DEL COLE-DOCO

Por el Dr. HU C. MYERS M. D.
de la Clínica Myers.
Philippli, West Virginia, EE. UU.

Los problemas encontrados en el tratamiento de las varias enfermedades del conducto biliar son numerosas y complejas. Muchos de estos problemas son quirúrgicos, y un gran porcentaje se relaciona con lesiones obstructivas del cabo distal del coledoco. Esta región es relativamente inaccesible y son por lo tanto indispensables, astucia en el diagnóstico y destreza en la técnica, si es que hemos de lograr resultados satisfactorios.

Durante las últimas tres décadas han surgido nuevos conceptos en relación con las lesiones del colédoco, se han perfeccionado nuevos métodos de diagnóstico, y se han ideado nuevas técnicas para afrontar la patología precoz que se presenta en la papilla duodenal o en sus vecindades. El crédito por estos adelantos corresponde a muchos investigadores entre los cuales están: Graham y Cole (1) que introdujeron la colecistografía, Lyon (2) que ideó la intubación duodenal, Carter (3) quien llamó la atención hacia el papel que juega la diskinesia en las

lesiones del árbol biliar, Whipple (4) que ideó la resección pancreático-duodenal, Lahey, Cattell y Colcock (5) que insistieron en la exploración del coledoco, y Doubilet y Mulholland (6) quienes demostraron que que la esfinterectomía puede aliviar la pancreatitis recurrente causada por estrechez del coledoco al nivel de la papila duodenal. Carecemos aún de métodos de tratamiento adecuado para las lesiones avanzadas.

ETIOLOGIA:

Las lesiones obstructivas del coledoco incluyen: cálculos, estrecheces; carcinoma de las vías biliares, de cabeza del páncreas o del duodeno, y espasmo del esfínter de Oddi.

Los cálculos se forman por lo general en la vesícula biliar, y de allí son expulsados hacia el coledoco, y de aquí bajan a la ampolla de Vater por peristaltismo. Con frecuencia se incrustan en este lugar debido al estrecho calibre de la porción intraduodenal del coledoco. Los cálculos pueden formarse igualmente en los hepáticos, o en el conducto pancreático.

Es posible dejar fragmentos de cálculos durante su extracción, si se hacen maniobras fuertes con las pinzas o las curetas. Estos fragmentos pueden aumentar de tamaño debido a nuevas precipitaciones de bilirrubinato de calcio, o de colessterina, y eventualmente llegar a ser tan grandes que casi ocluyen el conducto.

Las estenosis de la papilla duodenal pueden ser congénitas, o resultado de traumatismo o inflamación tales como los producidos por el paso de cálculos o el uso forzado de dilatadores durante la cirugía.

La causa fundamental del carcinoma permanece desconocida. Puede iniciarse en las células epiteliales del coledoco, del páncreas o del duodeno. El sitio más común es el páncreas.

Raramente, los tumores benignos, úlcera duodenal, parásitos etc. producen obstrucción, la cual es generalmente limitada al cabo distal del coledoco.

PATOGENESIS Y SECUELAS:

El resultado primordial de la obstrucción del cabo distal del coledoco es la ictericia. Los cálculos casi siempre producen obstrucción incompleta, y de consiguiente ictericia intermitente. El espasmo es igualmente intermitente, y el índice ictérico por lo general no sube a niveles importantes. La estrechez habitualmente produce ictericia que es lentamente progresiva, pero la obstrucción no tiene tendencia a volverse completa. El cáncer casi siempre se presenta en edad avanzada. A

pesar de que los tumores malignos tienen la característica de crecer lentamente, pueden ocluir por completo el coledoco al comienzo de la enfermedad, y en consecuencia producir una ictericia intensa, con rasquiña intolerable.

Dependiendo del grado de obstrucción, duración, infección etc., puede haber colangitis asociada, disminución de la función biliar con hipoprotrombinemia, y finalmente cirrosis biliar. La obstrucción del cabo distal del coledoco puede producir obstrucción del conducto pancreático (en los casos en que existe un orificio común en el duodeno) y producir pancreatitis aguda, crónica o recurrente, y quistes de retención. El diagnóstico oportuno, y el tratamiento adecuado, pueden prevenir la mayoría de estas secuelas.

DIAGNOSTICO:

Con los métodos actualmente a nuestro alcance es posible hacer un diagnóstico bastante preciso de una lesión obstructiva en la mayoría de los casos. Rara vez es necesario hacer una laparatomía exploradora, sin estar previamente seguros de que existe una lesión quirúrgica. Sin embargo hay excepciones, especialmente cuando hay una combinación de causas, como en la ictericia obstructiva descuidada que ha producido una cirrosis biliar.

Los síntomas, signos físicos, estudios radiográficos y exámenes de laboratorio que nos ayudarán a determinar si hay una lesión obstructiva del coledoco son numerosos. Ninguno de ellos infalible, pero cuando cada uno de ellos se usa teniendo en cuenta sus limitaciones, puede construirse con seguridad razonable, un "cuadro diagnóstico". Deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

1º) Edad: En la atresia congénita la ictericia aparece prontamente después del nacimiento; el carcinoma se encuentra, por lo general, después de mediados de la vida.

2º) Historia anterior: La exposición al tetracloruro de carbono o a otro agente tóxico orientará hacia una ictericia hepatocelular, y en cambio la historia de cirugía previa para cálculos en la vesícula biliar, sugerirá una ictericia obstructiva.

3º) Síntomas: Puede presentarse: dolor epigástrico, náusea, vómito, rasquiña, escalofríos, fiebre, materias fecales acólicas, orina oscura etc.

4º) Signos físicos: Hígado palpable, vesícula palpable, sensibilidad del hipocondrio derecho, o en el epigastrio, son signos que pueden presentarse en algunos tipos de obstrucción.

5º) La colecistografía puede mostrar cálculos. Ocasionalmente las películas directas muestran cálculos radio-opacos.

6º) El drenaje biliar puede mostrar cristales de bilirrubinato de calcio o de colesterol, o bien células de pus. O cuando hay cáncer, una ausencia completa de bilis. El examen de jugo gástrico muestra una hiperclorhidria, en la disquinesia causada por exceso de ácido clorhídrico en el quimo.

7º) Química sanguínea:

a) El índice ictérico, y la bilirrubinemia muestran diversos grados de elevación.

b) La prueba de la cefalin-colesterol es negativa, a no ser que una obstrucción larga haya producido lesión de la célula hepática.

c) Las fosfatasas alcalinas del suero, se encuentran en cifras elevadas, en las obstrucciones completas.

d) Las amilasas del suero suben temporalmente en las pancreatitis agudas.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del espasmo del esfínter de Oddi es médico. Si la diskinesia es producida por la hiperclorhidria su tratamiento es el mismo que el de la úlcera duodenal a saber: dieta, alcalinos, y anti-colinérgicos. Si proviene de causas psíquicas su tratamiento es psicoterapia, belladona, barbitúricos, y quizás tartrato de ergotamina. Si el diagnóstico es dudoso, debe hacerse un tratamiento de prueba prolongado para espasmo, y si no hay mejoría, puede recurrirse a la laparotomía exploradora.

Si no existe duda de la existencia de una lesión orgánica, debe procederse a la intervención sin demoras innecesarias. Es esencial una buena preparación pre-operatoria; esto significa especialmente que debe mejorarse la función hepática con una dieta alimenticia rica en hidrocarbonados y proteínas y baja en grasas; y que deben administrarse dosis apropiadas de vitamina K, hasta obtener un nivel óptimo de pro-trombina.

La incisión es exploradora, de tal manera que puedan visualizarse y palpase satisfactoriamente vesícula biliar, conductos biliares, y páncreas. Si no es posible llegar a un diagnóstico con esta exploración, debe procederse a hacer colangiografías en serie, después de colocar una aguja calibre 19 e inyectar 20 c. c. de solución yodopricet, según el método de Carter (7).

Si se encuentran cálculos deben extraerse cuidadosamente al tra-

vés de una incisión longitudinal, hecha en la porción suprapancreática del coledoco.

La búsqueda de los cálculos debe ser muy meticulosa, ya que con frecuencia son muy difíciles de encontrar. Si se dejan, con seguridad causarán más molestias al paciente, y más bochornos al cirujano. Cuando los cálculos se encuentran impactados en la ampolla de Vater, es frecuentemente necesario hacer una esfinterotomía transduodenal. Si se encuentra impactado en la porción transpancreática, es necesario movilizar la cabeza del páncreas, y el duodeno, y hacer una incisión sobre la porción posterior del páncreas.

Después de la extracción de los cálculos debe pasarse un explorador maleable hasta que su punta llegue al duodeno. Si se encuentra que la porción intraduodenal está obstruida, se hace una esfinterotomía transduodenal sobre la punta del explorador.

Se repiten los colangiogramas, después de inyectar de nuevo la solución de yodopricet, al través de un tubo en T, o de catéter. Si las películas muestran una buena visualización de los conductos, sin defectos de relleno, que puedan semejar más cálculos, no es necesario hacer más exploración. Algunos cirujanos drenan, de rutina, el coledoco; otros por el contrario lo cierran casi todos. Parece más seguro, cerrar el coledoco si 1) no hay drenaje de la celda hepática; 2) si no hay estado infeccioso; 3) si se ha demostrado que los conductos están libres de obstrucción, y 4) si se han quitado todos los cálculos y sus fragmentos. Se hace colecistectomía siempre, y se deja dren en el lecho vesicular.

Si no se encuentran cálculos, y hay una estenosis del cabo duodenal del coledoco, se hace una esfinterotomía. La técnica transduodenal permite que se haga la incisión bajo visión directa, y da al cirujano la oportunidad de controlar adecuadamente la hemorragia. Por este motivo parece ser la técnica de elección. Boubilet y Mulholland (8) usan un esfinterotomo, y Gillette (9) ha ideado un método de esfinterotomía externa que parece ser útil en casos correctamente seleccionados.

Para el carcinoma del cabo distal del coledoco, cabeza del páncreas, o duodeno, la operación de elección es una resección pancreático-duodenal. Si la lesión no es resecable, la colecisto-duodenostomía, u otro tipo de operación paliativa da frecuentemente varios meses de mejoría, y especialmente del prurito intenso que acompaña a la ictericia por lesión maligna.

CONCLUSIONES:

- 1) La obstrucción del cabo distal del coledoco, desafia la habilidad del cirujano.
- 2) Existen métodos de diagnóstico, que ayudarán a decidir la necesidad de la intervención.
- 3) Con un tratamiento pronto y adecuado, es en general posible evitar consecuencias penosas y fatales.
- 4) Existen tratamientos adecuados para la mayoría de las lesiones, siempre y cuando se haga tratamiento pronto y adecuado.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAHAM, E. A., and COLE, W. H.: Roentgenologic Examination of the Gallbladder, J.A.M.A. 82: 613, 1924.
2. LYON, B. B.: Diagnosis and Treatment of Diseases of the Gallbladder and Biliary Ducts: Preliminary Report on a New Method, J.A.M.A. 73: 980, 1919.
3. CARTER, R. F., GREENE, C. H. and TWISS, J. R.: Diagnosis and Management of Diseases of the Biliary Tract, Philadelphia, Lea and Febiger, 1939, pp. 28-33.
4. WHIPPLE, A. O.: Surgical Treatment of Carcinoma of Ampullary Region and Head of Pancreas, Am. J. Surg. 40: 260-263, April 1938.
5. Lahey, FRANK H., CATTELL, R. B., COLCOCK, B. P.: The Biliary Tract Surgical Practice of the Lahey Clinic, W. B. Saunders Co., pp. 469-530, 1951.
6. DOUBILET, H., MULHOLLAND, J. H.: The Surgical Treatment of Recurrent Acute Pancreatitis by Endocholedochal Sphincterotomy, Surg. Gynec. and Obst., 86: 295, 1948.
7. CARTER, R. F., and GILLETTE, L.: Immediate Cholangiography, J. A. M. A. 143: 951, 1950.
8. DOUBILET, H., MULHOLLAND, J. H.: Recurrent Acute Pancreatitis: Observations on Etiology and Surgical Treatment, Annals of Surgery, 128: 609, Oct. 1948.
9. GILLETTE, LEE: External Sphincterotomy for Pancreatitis, Annals of Surgery, 138: 24, 1953.
10. MYERS, HU C.: Duodenal Drainage in the Diagnosis of Gallbladder Disease, The Southern Surgeon, 10: pp. 653-662, Sep. 1941.
11. Idem: Diagnosis and Treatment of Gallbladder Disease, The West Virginia Medical Journal, 40: Feb. 1944.
12. Idem: Persistent Pain Following Cholecystectomy, The American Surgeon, 19: 412, 1953.

R. C. M. 17 CESTOESTERIOIDES - IMPORTANCIA ENDOCRINOLOGICA

DR. JAIME BETANCOURT OSORIO

Prof. Asociado de Clínica Interna.

DR. GUSTAVO MEJIA ISAZA

Prof. Asociado de Clínica Ginecológica.

Dentro de la enseñanza de Clínicas Médicas funciona en nuestra Facultad el R.C.M. (Reunión de Clínicas Médicas) en forma periódica con asistencia de profesores y estudiantes. Su duración es de una hora dividida así: Acta, proposiciones, memorándums y un caso clínico con sus correspondientes comentarios. El memorándum está reservado para que alguno de los Profesores asistentes presente algún hecho de literatura médica reciente en forma abreviada.

En esta Revista aparecerán en lo sucesivo estos memorándums.

Los 17-CETOESTERIOIDES representan hormonas o metabolitos, productos de desintegración, de origen suprarrenal y testicular. Son compuestos que tienen el núcleo pentanofenantreno con función cetona en el carbono 17 y se eliminan por la orina.

Hay varias sustancias hormonales que dan tal metabolito, y son los testoides suprarrenales y testiculares; entre los suprarrenales (o corticoesteroides androgénicos) tenemos: la androsterona, la hidroisoandrosterona, hidroxiprogesterona y otras más que se encuentran tanto en el hombre como en la mujer, las cuales desempeñan una función anabólica con formación de tejidos y retención de nitrógeno, es decir, balance positivo.

En el metabolismo de estas sustancias interviene el hígado inactivándolas y se eliminan al igual que los hormones testiculares, como metabolitos de núcleo 17-CETOESTERIOIDE.

Actualmente la determinación de los andrógenos en la orina, como dato para el diagnóstico, está reemplazada por la dosificación de los 17-CETOESTERIOIDES lo cual es más práctico y da información equivalente. Es necesario recordar, sin embargo, que tienen un significado semiológico no sólo del testículo sino también de las cápsulas suprarrenales. En el hombre provienen del testículo y de la cápsula suprarrenal (Corteza); y en la mujer de la corteza solamente.

La diferencia de los valores o cifras que hay entre el hombre y

la mujer representan la actividad de las células de LEYDIG del testículo.

Entre los métodos que se conocen para determinar los 17-CETOESTEROIDES, el mejor y más práctico es el de ZIMMERMANN, basado en el hecho de que los compuestos que tienen CH₂ activo dan, en presencia del Metil-Dinitrobenzeno un color amarillo, cuya intensidad se mide cuantitativamente en el ESPECTRO-FOTOMETRO.

Cuando se aplica A.C.T.H. aumenta sólo la fracción Cortico-suprarrenal por liberación de corticoesteroides 11, 17 oxigenados. De tal suerte que al aplicar A.C.T.H. en adrenalectomizados o en addisonianos, se produce muy poco o ningún cambio en la excreción de los 17-CETOESTEROIDES. En cambio, aplicándola en la hipofunción Pituitaria, el aumento sí es considerablemente mayor.

La CORTISONA puede deprimir la excreción de los 17-CETOESTEROIDES por depresión de algunas funciones corticoadrenales; en los addisonianos puede determinar aumento.

La excreción de los 17-CETOESTEROIDES en 24 horas varía en el individuo normal: en los niños antes del año, su cantidad es mínima y no son dosificables; en los niños de 4 años a 7, es de 1 miligramo aproximadamente; en los niños de 7 a 12 años, 4 miligramos hasta 12 miligramos al llegar a la pubertad en ambos sexos. A partir de esta edad, ascienden de manera desigual en el hombre y en la mujer:

Hombre adulto: 10. 15. 25. miligramos.

Mujer adulta: 6. 10. 18. miligramos.

Las curvas de eliminación urinaria de 17-CETOESTEROIDES son paralelas a las de excreción de andrógenos y a las de retención de NACL: triada endocrino-metabólica del HIPERCORTICOIDISMO.

VARIACIONES PATOLOGICAS

La disminución de los 17-CETOESTEROIDES en el hombre significa disminución de la función testicular (Células de Leydig) o suprarrenal; pero una cifra de excreción normal puede significar una disminución de la actividad intersticial testicular con aumento de la actividad de la corteza suprarrenal; en estos casos puede ser útil la determinación de los 17-CETOESTEROIDES alfa y beta puesto que estos últimos, los beta, provienen solamente de la corteza adrenal, y, si están aumentados, querrá decir que la producción de esta glándula está por encima de lo normal. (El 80% son alfa y el 20% son beta.)

Como la función normal de ambas glándulas (testículo y suprarrenal) depende de las hormonas de la hipófisis anterior, la determinación de los 17-CETOESTEROIDES provee información aproximada del funcionamiento de dicha glándula, LA HIPOFISIS.

La dosificación de los 17-CETOESTEROIDES posee además interés no sólo diagnóstico, sino también para control del tratamiento con A.C.T.H. y CORTISONA, en el cual debe buscarse como ideal, no sobrepasar del límite máximo normal de eliminación y evitar así los efectos desagradables que se presentan con estas sustancias.

En CIRUGIA es de gran importancia su dosificación en el preoperatorio, puesto que indican si al paciente puede sometersele, sin peligros, al acto quirúrgico o si deben tomarse medidas especiales para evitar el SHOCK operatorio.

La cetoesteroidiuria se modifica no solamente en los trastornos orgánicos del testículo y de las cápsulas suprarrenales, sino también en afecciones que indirectamente repercuten sobre esas glándulas o que obedecen a una alteración funcional o mal definida (véase el cuadro adjunto).

En el siguiente cuadro de PASCUALINI, al cual aquí se hacen algunas adiciones, damos a conocer aquellas entidades en las cuales se encuentran modificados los 17-CETOESTEROIDES urinarios.

AMBOS SEXOS

AUMENTADOS EN:

Hiperplasia corticoadrenal.
Cáncer corticoadrenal.
Enfermedad de CUSHING (a veces normal).
Pubertad precoz (macrogenitosomía).
Acromegalia (no siempre).
Traumatismos y operaciones (1º a 3º días).
Espondilartritis anquilosante.
Comienzo de enfermedades febriles.
Actividad física intensa.
Administración de gonadotrfinas.
" de Testosterona.
" de Corticotrofina.
" de Salicilatos.
" de Mostazas nitrogenadas.
Radioterapia.
Electroshock.

DISMINUYEN EN:

Enfermedad de ADDISON (mujer hasta cero); hombre (queda la función testicular).
Enfermedad de Simmonds (a veces hasta cero).
Síndrome de Fröhlich - Mixedema hipofisiario.
Anorexia nerviosa (a veces normal).
Inanición, Caquexia.
Desnutrición crónica.
Caquexia cancerosa (generalmente).
Senectud.
Hipotiroidismo.
Hipertiroidismo.
Diabetes.
Leucemia.
Anemias marcadas.
Convalecencias, operaciones e infecciones prolongadas.

Intoxicaciones agudas con gran reacción sistémica (sublimado).
Aumentan en la Reacción de Alarma del Síndrome de Adaptación General.

Scleroderma (hipoadrenalismo?)
Hipertensión (a veces).
Hepatopatías graves.
Trastornos de la absorción intestinal.
Administración de Metiltestosterona.
Gota y Psoriasis (frecuentemente).
Fiebre Reumática y Artritis reumatoidea (a veces).

MUJERES

AUMENTADOS EN:

Hirsutismo (generalmente).
Tumores virilizantes del ovario.
Embarazo.
Síndromes adrenogenitales.

DISMINUIDOS EN:

Castración.
Menstruación.

HOMBRES

AUMENTADOS EN:

Tumores de células de LEYDIG.

DISMINUIDOS EN:

Síndromes Hipoandrogénicos.
Criptorquidia bilateral.
Climaterio Masculino.
Castración.
Administración de Estrógenos.

La eliminación de los 17-CETOESTEROIDES aumenta característicamente durante el primero o segundo día de la reacción de Alarma, pero disminuye cuando la acción del agente estimulante es sostenida. Los agentes o factores estimulantes que principalmente generan la Reacción de Alarma son: traumas, infecciones, toxinas bacterianas, estímulos nerviosos, emociones, quemaduras, cirugía, Radioterapia, y Electroshock. Igual fenómeno de aumento de los 17-CETOESTEROIDES surge en el organismo cuando éste es sometido a la acción de drogas con marcado efecto sistémico, v. g.: Mostazas nitrogenadas, envenenamientos por Sublimado, etc. etc. Por consiguiente, cualquier clase de daño o trauma médico o quirúrgico determina aumento de los 17-CETOESTEROIDES que dura de uno a tres días y casi siempre viene luego un descenso que permanece hasta que se alcanza la convalecencia, cuando se vuelve a lo normal. Es de anotar que estas modificaciones en la excreción de los 17-CETOESTEROIDES durante la Reacción de Alarma son paralelas al descenso de los eosinófilos circulantes, siendo ambas índice y respuesta de la estimulación hipofiso-cortical determinada por aquellos agentes estimulantes.

En los individuos crónicamente enfermos, en la desnutrición cró-

nica, en los debilitados el nivel de los 17-CETOESTEROIDES es sub-normal.

Aumentan en la Reacción de Alarma (por descarga cortico-adrenal de esteroides o por aumento de su producción); descienden en la fase de resistencia porque durante ésta disminuye la producción de testoides tanto en la corteza suprarrenal como en los testículos y además porque hay descenso del estímulo gonadotrófico hipofisiario.

Los 17-CETOESTEROIDES pueden resultar por degradación metabólica de los corticoides (CORTISONA, DOCA o COMPUESTOS Q, COMPUESTOS B, COMPUESTOS A y COMPUESTOS F).

Conviene anotar que la ETIOCHOLENOLONA, que es un 17-cetoesteroide rara vez encontrado en la orina normal, aparece en la orina de algunos pacientes hipertensos, cancerosos, o afectados de la enfermedad de CUSHING.

En la GOTA, la eliminación de los 17-CETOESTEROIDES está bastante disminuída, a pesar de no haber en los casos de ella manifestaciones de hipogonadismo. Esto sugiere o ha dado lugar a afirmar que en la mentada enfermedad se produce un compuesto TESTOIDE anormal.

UN CASO DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARCINOMA DEL ESOFAGO

Dr. Antonio Ramírez
Académico de Número

Dos son los métodos de que se dispone para el diagnóstico del carcinoma esofágico: el radiológico y el endoscópico; al lado de éste puede mencionarse el estudio de las secreciones coloreadas por el Papanicolau. La presunción clínica debe hacerse siempre en presencia de disfagia en personas adultas. La obstrucción del esófago es siempre síntoma tardío y no debe esperarse hasta llegar a ella.

Las lesiones incipientes pueden escapar al estudio radiológico y la gran mayoría de ellas es evidenciable por la endoscopia a la cual únicamente escapan las neoplasias submucosas verdaderamente incipientes y esto sólo por corto tiempo. De aquí la seguridad que ofrece el axioma que dice que "toda disfagia debe investigarse endoscópicamente cuando no sea producida por un aneurisma de la aorta en cuyo caso está contraindicada la esofagoscopia".

El caso que se relata a continuación es una demostración del beneficio derivado de la observancia de tal precepto.

La señora D. G. de 65 años llega a la consulta externa del Hospital de San Vicente a causa de ligera dificultad para la deglución con dolor retroesternal impreciso presente únicamente en el momento de tragar. La radioscopia del tórax fue informada como normal y en consecuencia procedimos a la esofagoscopia con el siguiente resultado: "A 25 cm. de la arcada dentaria superior hay una pequeña área de mucosa de 1 cm. cuadrado, irregular, rígida y enrojecida. El resto del esófago aparece normal. De la zona descrita se tomó biopsia". El estudio microscópico dice así: "Mucosa malphigiana y porción de corion. Uno de los fragmentos muestra grupos de células neoplásicas de tipo epidermoide por debajo del epitelio. Diagnóstico: Carcinoma epidermoide no cornificado del esófago".

En vista de ello la paciente fue internada en el servicio quirúrgico en donde se le ordenó un estudio radiológico de esófago cuyo informe refiere que el aspecto del esófago es normal. Por segunda vez se remitió la enferma al radiólogo por ver si era posible evidenciar en alguna forma la lesión, ya con la indicación específica del sitio y tamaño de ella; de nuevo el Radiólogo informó que el resultado era de normalidad desde el punto de vista radioscópico y radiográfico.

La enferma fue operada por el Dr. Botero Díaz el 22 de julio pasado; después de abrir el tórax resecaando la sexta costilla, disecó el esófago en la región indicada por la endoscopia sin poder identificar el sitio de la lesión. Esta pudo verse únicamente después de abierto el esófago a nivel del cayado aórtico; era una pequeña induración submucosa de menos de 1 cm. de diámetro en la pared izquierda.

Se resecó una longitud de 6 cm. de esófago y se reconstruyó el canal por medio de anastomosis directa termino-terminal.

La descripción microscópica de la pieza operatoria hecha por los doctores Correa Henao y Bojanini es la siguiente: "Esófago. Proliferación neoplásica originada del epitelio malpighiano que invade la muscular sin perforar toda la pared. Las células forman grupos, muestran escasas mitosis y no producen queratina. Los bordes de resección están libres. Diagnóstico: Carcinoma epidermoide espinocelular no cornificado".

V. CONGRESO CATOLICO DE PSICOTERAPIA Y PSICOLOGIA CLINICA

Roma 7 a 13 de abril de 1953.

DR. OSCAR ROBLEDO RESTREPO

Estas reuniones se iniciaron a mediados de 1948 por acuerdos tomados en el Congreso de Higiene Mental de Londres. Los asistentes católicos a este Congreso pudieron percatarse de la necesidad de discutir y ampliar muchos de los aspectos en él tratados desde puntos de vista católicos, y a la vez intentar complementar otros, partiendo de un punto y verificando un desarrollo que no estuviese en desacuerdo con la ortoxia de las doctrinas católicas. Acordaron celebrar una primera reunión, que se llevó a cabo durante la semana de Pascua de 1949 en el monasterio benedictino de Bec. La denominaron "Primer Congreso Internacional de Psiquiatras, Psicoterapeutas analíticos y de Psicopedagogos católicos".

Anualmente continuaron efectuándose las reuniones de estos Congresos. El segundo en las proximidades de Lyon, en "Le Chatelard" con el tema "Problemas de la responsabilidad y libertad en psicoterapia". En Londres se celebró el tercero, y sus temas principales versaron sobre: "El Conocimiento psicosomático al servicio de la integración cristiana de la persona". El inmediato a esta reunión de Roma fue en tierras de Holanda, en Amersfoort, y se trató sobre "El Amor".

El modo de efectuarse discrepa de los congresos corrientes en algunos aspectos. Se realiza en plan de semana de estudios: los congresistas hacen vida común en el local designado y en el cual, además, se efectúan las reuniones reglamentarias. Todo esto favorece el intercambio de ideas y su discusión en pequeños o grandes grupos, además de las reuniones de tipo académico. Desde el comienzo han sido presidente y secretaria de ellos el P. **Leycester King, S. I.**, Profesor del Heythorop College y del Campion Hall, Oxford, y madame **Maryse Choisy**, respectivamente.

En la semana comprendida entre el 7 y el 13 de abril del presente año, se reunió en Roma el "V Congreso Católico de Psicoterapia y Psicología clínica". Estaban representados 14 países de Europa, Africa, Norte y Sudamérica, resaltando la heterogeneidad de los asistentes, entre los cuales se contaban catedráticos y profesores, psiquiatras, psicoanalistas, sacerdotes y religiosos, médicos psicólogos y pedagogos. El

P. **Leycester King** falleció poco tiempo antes, y su lugar fue ocupado por el P. J. P. W. **Ellerbeck**, rector del Berchmanianum de Nimega (Holanda). La presidencia de honor fue aceptada por el P. **Agustín Gemelli, O. F. M.**, rector de la Universidad Católica de Milán y director de la Academia Pontificia de Ciencias.

Durante la sesión inaugural, y luego de las palabras del presidente, correspondió la primera conferencia al Prof. E. A. D. E. **Carp.**, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Leyden, quien, sobre el tema "Naturaleza y situación de la psicoterapia", trazó un completo historial de los diversos métodos psicoterápicos y de las diferentes concepciones doctrinales sobre las cuales han girado éstos, según sus distintos ángulos de enfoque: materialista, vitalista y finalmente espiritual. Se refirió en seguida a los hombres y doctrinas que más han influido en la definición científica de estos métodos de tratamiento: **Freud, Jung, y Adler** con sus diferentes concepciones, sus aciertos y fallos doctrinales o metodológicos. Terminó trazando una línea de conducta que partiendo del hombre existencial en el sentido de V. **Frankl**, deberá llevar a este hombre al conocimiento de su valor como "ser" hijo de Dios, y del sentimiento íntimo de trascendencia que hacia Este conduce desde el fondo mismo de su ser.

Las ideas formuladas en la parte final de esta conferencia, constituyeron una de las aportaciones más interesantes al Congreso. En ellas se entrevé la necesidad de comprender al hombre globalmente, pulsando además sus valores espirituales. Intentar comprender en cada hombre la mayor parte de sus tendencias y motivaciones conscientes e inconscientes; encontrar en cada uno su concepción personal del "mundo". En una postura posterior, hacerlo mejor conocedor de la causa y fin de su permanencia en la tierra, enseñarlo a tomar decisiones siendo responsable de ellas ante Dios y ante sí mismo. Estas decisiones compiten generalmente a sus actos, debiendo conocer la trascendencia que para su "ser" tienen éstos en cada momento. También la trascendencia que el conjunto de sus actos y decisiones tienen para el logro de su fin en el mundo.

Durante las sesiones siguientes se continuaron las conferencias, de las cuales comentaremos algunas. El canónigo **Joseph Nuttin**, Catedrático de Psicología de la Universidad de Lovaina, desarrolló el tema "Psicología clínica y conocimiento científico del hombre". Hizo un análisis discriminativo y crítico de las psicologías clínica y experimental. La psicología clínica estudia el pasado del hombre; la experimental, los aspectos actuales y pasados, y ambas revierten luego sobre problemas

de la conducta. Afirmó que ninguno de los métodos clásicos por sí solo, podrá dar un conocimiento completo del hombre. El psicoanálisis está colocado dentro del ámbito de la psicología clínica y parte de un fragmento de la personalidad para reconstruir la totalidad de ésta, pudiendo el investigador dar diversas interpretaciones a la personalidad. La psicología experimental necesita de estímulos externos (drogas excitantes o depresoras, sonidos, luces, etc.), pero estas investigaciones psicológicas no van a la vida tal cual es ella misma, por eso han necesitado complementarse siempre de la psicología clínica. Los datos experimentales defraudan muchas veces en casos patológicos a las observaciones clínicas. Apesar de ello ambas psicologías deben complementarse; también debe buscarse un medio que permita valorar los datos obtenidos con la psicología clínica. Terminó afirmando que aunque el médico católico en general sea refractario y hostil a la psicología profunda, él cree que ésta permite resolver innumerables problemas.

El Dr. **René Laforgue**, de Casablanca, habló de "La fe y el equilibrio psíquico del hombre". El conocido psicoanalista comenta los puntos de partida utilizados por **Freud** para interpretar el sentimiento religioso. **Freud** intentó tratar la cuestión desde un punto de vista objetivo, siendo por su misma naturaleza imposible de estudiar dicho problema desde este enfoque. Como judío, no pudo entender el perdón que enseña la fe cristiana, por lo cual buscó otras vías para conseguir el alivio del sentimiento de culpabilidad. Sus seguidores ortodoxos, al seguir al pie de la letra esta posición de **Freud**, han conseguido que nazcan barreras infranqueables entre la fe y la religión con la ciencia. Haciéndose eco de su raza la cual toma el sentimiento religioso casi como una obsesión, le dio a éste un tinte obsesivo en sus teorías, añadiéndole, además, un profundo pesimismo. **Laforgue** comentó a continuación algunos casos clínicos: personas inteligentes ya enteradas de su profesión, buenas trabajadoras, se ha visto que han fallado lamentablemente en el ejercicio de ella, o que sumidas en profundo pesimismo se han suicidado. Muchas de ellas eran, o bien religiosas, o profesoras. Explica la causa de estos fracasos por haberles faltado en la infancia las bases de la religiosa. Al aumentar la edad se encuentran con fallos en su psicología, lo que les condujo a trastornos neuróticos: no encontraban la base para sus obligaciones profesionales, su fe había desaparecido. Consideró que las líbidos infantiles se pueden explicar por necesidades de este tipo. También el hombre debe saber que las potencias que posee no son suyas únicamente; no es un superhombre, sino que realmente es "el reflector de Dios".

Algún tiempo más tarde, el Dr. **Gregory Zilboorg** (A. S. A.), se refirió a "Antropología de la agresividad". Indicó cómo la agresividad existe desde el comienzo en la naturaleza del hombre. Se refirió, insistiendo, a las formas intermedias de ella, poco claras en general, que suelen presentarse con la disculpa de sacrificio para mejor servir a otra persona. La agresividad puede ser contra sí mismo o contra los demás; en el primero caso, se puede encubrir bajo la sumisión, el masoquismo, etc. También puede dirigirse a otros como un medio de escape de la autoagresividad. En algunos de sus enfermos ha podido constatar cómo la fe religiosa y la confesión pueden servir de protección contra esas tendencias.

"Psicoterapias cortas" fue el tema del Dr. **C. Burns**, de Birmingham, Inglaterra. Insistió en no ceñirse completamente a un determinado método terapéutico. Hay muchas terapias diferentes y útiles, según el caso, siendo también un factor importantísimo la personalidad del psicoterapeuta, el cual deberá ejercer aquella o aquellas que mejor encajen en su personalidad.

El Prof. **J. J. López Ibor**, Catedrático de Psicología y de Psiquiatría de las Universidades de Madrid y Salamanca, respectivamente, disertó sobre "Catarsis y transferencia". Trazó primero un corto historial de las ideas básicas de **Freud** y **Kretschmer** con respecto a los trastornos nerviosos en general. El primero habla de una impregnación de libido y el segundo de un mal desarrollo somático. Refiriéndose a la catarsis en la historia, mencionó la opinión de **Freud**, según la cual aquélla produce sólo una ligera mejoría, al no suprimir totalmente la base del trastorno. El psicoanálisis realiza un esfuerzo para racionalizar la catarsis, buscando una explicación a las relaciones entre el yo y el ello. Al referirse a la historia psicoanalítica, explicó cómo ésta parte del presente hacia el pasado, está por tanto influenciada por el estado de ánimo actual del sujeto. En las neurosis son dominantes los sentimientos de angustia y responsabilidad, originados en los primeros años de la vida; pero esta responsabilidad no es actual. Da angustia, como síntoma, es una rebelión de las fuerzas del yo poseedoras de una historia y una actualidad, las cuales se ven amenazadas: el yo se siente amenazado a desaparecer.

Los demás conferenciantes fueron los siguientes, enumerados solamente, pues por su número, no sabría el detalle de todos y cada uno en esta reseña: **P. Biernaert**, S. I. (París). Un caso de agorafobia y sus implicaciones religiosas"; Prof. **H. Urbán**, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Insburck, "Superconciencia y percepción ex-

trasensoria en psicoterapia; Dr. **G. Parcheminey** (Francia), "Reacciones de alarma en psicoterapia"; Prof. **Etienne de Greeff**, presidente del Instituto de Criminología de la Universidad de Lovaina, "Tratamiento de la angustia"; Dr. **Igor Caruso**, (Viena), "El complejo del buco emisario"; P. Dr. **J. Rudin**, S. I. (Zurich), "Dirección espiritual y psicoterapia"; P. P. **Meseguer**, S. I. (Madrid), "Los sueños y la dirección espiritual"; Dr. **J. María Pigmen**, profesor adjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, "El test de expresión desiderativa en psicoterapia"; P. **Guillon, O. P.**, profesor de Teología del Colegio Angélico (Roma), "Gracia divina y Psicología humana"; P. **Delannoy**, S. I. catedrático de Psicología moderna; doctor **E. S. Straus**, F. R. C. P., catedrático de Medicina Psicológica de la Universidad de Londres, "Casualidad y Medicina Psicológica"; P. Dr. **H. Samson**, S. I. (Montreal) "Psicoterapia y desintegración afectiva en religiosos"; Prof. **A. Chorus**, catedrático de Psicología de la Universidad de Leyden, "Psicoterapia y condiciones sociales"; P. **Peter Dempsey**, O. F. M., M. A., Ph. D., S. T. D., L. S. S., catedrático de Psicología de la Universidad de Cork (Irlanda), "Psicología de la paz"; Dr. **Cossa**, Secretario general de los Congresos de Alienistas y Neurólogos de lengua francesa, "Psicoterapia y vocación espiritual".

De los enunciados anteriores se puede deducir que la característica dominante no fue una unidad de criterio, por lo que al tema primordial del congreso se refiere. La posición general de tanteo, discusión y valoración, especialmente en lo que atañe al psicoanálisis, se hizo tal vez más concreta, apareciendo con mayor claridad los valores que pueden aceptarse desde el punto de vista católico.

Durante la segunda sesión pública, que se celebró en el salón del Cinquecento de la Cancillería, el P. **Gemelli** habló sobre "Lo vivo y lo muerto en las doctrinas psicoanalíticas". Sentó allí su postura personal frente al problema eje del congreso. Aceptó como parte, viva el poder de estas doctrinas para abrir las puertas a unos estudios fundamentales del psiquismo humano, tales como la psicología profunda, a la cual, además, dio forma y estructura. Consiguieron definir la histeria y delimitarla claramente dentro del conjunto abigarrado en el cual se encontraba. Otro hecho importante fue conseguir un mayor acercamiento humano del terapeuta hacia el paciente. Consideró que lo muerto es obra de los discípulos de **Freud**, en el sentido de seguir demasiado rígidamente algunos conceptos trazados por su maestro. En el origen de todas las neurosis admiten únicamente lo sexual, a la vez que usan una terminología mal aplicada a este respecto, en lo que a la in-

fancia concierne. Dan una importancia desmesurada a los sueños para la comprensión de las neurosis y se apoyan muy poco en el aspecto somático del paciente. Finalmente no aceptan ningún otro tipo de psicoterapia. Tal vez fue esta la crítica más extensa y profunda que los seguidores de Freud escucharon durante todo el congreso.

El día 13 de abril se verificó la audiencia especial concedida por el Sumo Pontífice a los congresistas. Fue en la Sala del Consistorio, y el Papa Pío XII habló en francés, dando a conocer su posición como cabeza de la Iglesia frente a las teorías y doctrinas psiquiátricas en general. Comenzó con un saludo de bienvenida a los participantes. No se adentró directamente en el campo científico práctico como lo anotó expresamente en la alocución dirigida ante el "I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso" (Roma, 13 de septiembre de 1952), la cual puede considerarse como la base y primera parte de sus palabras actuales. Su posición está, dentro de la escala de valores, en un nivel más alto que aquel ocupado por el interés científico como tal.

Dividió su exposición en cuatro partes, en las cuales analiza la actividad que fundamentalmente debe regir los hechos del psicoterapeuta católico.

I. Al referirse al hombre como entidad y totalidad psíquica, indica cómo el conjunto de éste se encuentra constituido por una serie de facultades y mecanismos en íntima correlación al efectuar su cometido. Todos ellos están subordinados a una finalidad. En este caso, las múltiples funciones y facultades psíquicas se conexionan y dan la parte espiritual del ser. Pero la existencia de cada facultad o función psíquica se justifica por el fin del todo. Y lo que constituye al hombre es su alma principalmente; así como de ella en último lugar brota toda vida humana, en ella tienen su asiento los mecanismos psíquicos. A ella, además, la naturaleza ha encargado el gobierno de todas las energías, mientras éstas no hayan conseguido la determinación última para la cual han sido creadas.

"De este dato ontológico y psíquico se deduce que sería apartarse de la realidad querer confiar, en teoría o en la práctica, la función determinante del todo a un factor particular, por ejemplo, a uno de los dinamismos psíquicos elementales y entregar así el timón a una potencia secundaria. Estos dinamismos pueden estar "en" el alma, "en" el hombre; sin embargo, ellos no son ni el alma ni el hombre".

Los dinamismos instintivos que obran en toda naturaleza humana no pueden sustituir a la libertad, a la autonomía de la voluntad.

Con estos conceptos S. S., viene a indicar el peligro que se corre de naturalizar y unilateralizar con exceso las explicaciones y aplicaciones en el campo psíquico. A la vez da la alarma para no perder de vista el conjunto de los valores espirituales.

II. Más adelante, y refiriéndose al hombre como unidad estructural, entra en consideraciones que conducen al concepto de hombre existencial, tocando así el aspecto mencionado anteriormente por **Carp**.

"Quien estudie la constitución del hombre real, debe, en efecto, tomar como objeto al hombre "existencial" tal como es, tal como lo han hecho sus disposiciones naturales, las influencias del ambiente, la educación, su evolución personal. Sólo existe este hombre concreto. Y, sin embargo, la estructura de este yo personal obedece, hasta en el menor detalle, a las leyes ontológicas y metafísicas de la naturaleza humana, de las que Nos hemos hablado más arriba. Son ellas las que la han formado y las que, por consiguiente, deben gobernarla y juzgarla. La razón de ello es que el hombre existencial se identifica en su íntima estructura con el hombre "esencial". La estructura esencial del hombre no desaparece cuando se le añaden las notas individuales, ella no se transforma tampoco en otra naturaleza humana. Pero precisamente la ley fundamental, de la que se trataba hace poco, descansa en sus enunciados principales sobre la estructura esencial del hombre concreto, **real**".

"Por consiguiente, sería erróneo fijar para la vida real normas que se aparten de la moral natural y cristiana y a las que se llamará de buen grado con la palabra "ética personalista"; ésta, sin duda, recibiría de aquélla una cierta orientación, pero no supondría en igual medida una estricta obligación. La ley de estructura del hombre concreto no se debe inventar, sino **aplicar**".

Nada habrá; que añadir para apreciar bien cómo S. S. delimita concisamente al ser creado a imagen y semejanza de Dios, al hombre esencial, el cual en último término vendrá a hallarse a través de un análisis completo de los valores y tendencias de la persona humana en los campos psíquico y espiritual. El camino para conseguirlo, hoy por hoy, no ha logrado plasmarse en el campo de las ciencias naturales, ni en el de las disciplinas psíquicas. En parte por su heterogeneidad y sutileza, y en mucha mayor por los defectos de base consignados por el Papa.

III. Al hacer su enfoque del hombre como unidad social, hace entonces algunas consideraciones de cara al psicoanálisis ortodoxo, criticado ya por el **P. Gemelli**. Estudia al hombre en sus relaciones con

mundo exterior, al psiquismo social tan en íntima conexión con la moralidad, relación en la cual se puede pecar por exceso o por defecto. Comentando el error por defecto, se pone directamente de frente a los problemas sexuales.

“Existe un malestar psicológico y moral, la inhibición del yo, de la que vuestra ciencia se ocupa con el fin de describir sus causas. Cuando esta inhibición invade el campo moral, por ejemplo, cuando se trata de los dinamismos, como el instinto de dominación, de superioridad y el instinto sexual, la psicoterapia no podrá, sin más, tratar esta inhibición del yo como una especie de fatalidad, como una tiranía del estímulo efectivo, que brota del subconsciente y que escapa simplemente al control de la conciencia y del alma. Téngase en cuenta de no rebajar rápidamente al hombre concreto con su carácter personal al rango del bruto. No obstante las buenas intenciones del terapeuta, hay espíritus delicados que se resisten amargamente de esta degradación al plano de la vida instintiva y sensitiva. Ni se olvide tampoco nuestras observaciones precedentes sobre el orden de la importancia de las funciones y el cometido de su dirección central”.

“Una palabra también sobre el método utilizado a veces por el psicólogo para librar al yo de su inhibición en los casos de aberración en el campo sexual; nos referimos aquí a la iniciación sexual completa, que nada quiere callar ni dejar en la oscuridad. No hay aquí, tal vez, una sobrevaloración perniciosa del saber?. Existe, además, una educación sexual eficaz que con seguridad total enseña en el sosiego y de manera objetiva lo que el joven debe saber para regirse a sí mismo y tratar con los demás. Por lo demás, se ha de insistir particularmente en materia de educación sexual, lo mismo que en todo otro género de educación, en el dominio del sí mismo y en la educación religiosa. La Santa Sede ha publicado normas a este respecto poco después de la encíclica de Pío XI sobre el matrimonio cristiano (Sagrada Congregación del Santo Oficio, 21 marzo de 1931, “Acta Apostolicae Sedis, a XXIII, 1931, pág. 118). Estas normas no han sido retractadas ni expresamente ni con los hechos”.

“Lo que se acaba de decir sobre la iniciación inconsiderada por fines terapéuticos, vale igualmente para ciertas formas de psicoanálisis. No se deberá estimularlas como el único medio para atenuar o curar perturbaciones sexuales psíquicas. El repetido principio de que las perturbaciones sexuales del inconsciente, lo mismo que las demás inhibiciones de origen idéntico, no pueden ser suprimidas sino mediante su evocación a la conciencia, no tiene valor si se generaliza sin discer-

nimiento. El tratamiento indirecto tiene también su eficacia y con frecuencia es más que suficiente”.

El error por defecto, compite a aquello relacionado con la guarda de los secretos habidos durante las sesiones analíticas, es decir, los confiados durante ellas al terapeuta. S. S. afirma que “hay secretos que es necesario callar, incluso al médico, aun apesar de graves inconvenientes personales”.

Para mejor comprender el pensamiento Papal a este respecto, veamos lo que dijo con ocasión al Congreso de Neurohistología citado:

“... El médico no tiene sobre el paciente sino el poder y los derechos que éste le ha otorgado, sea explícitamente o bien implícita y tácitamente. Por su lado, el paciente no puede conceder mayor número de derechos de los que posee. El punto decisivo en este debate es la licitud moral del derecho que el paciente tiene de disponer de sí mismo. Aquí se alza la frontera moral de la acción del médico que obra con el consentimiento de su paciente”.

“En lo que concierne al paciente, no es dueño absoluto de sí mismo, de su cuerpo, de su espíritu. El no puede disponer libremente de sí como le plazca... Por que él es usufructuario y no propietario...”.

IV. Terminó su exposición con lo referente al hombre como unidad trascendente que tiende hacia Dios. Es indudable que en las profundidades del psiquismo tienen su existencia diversas fuerzas que tienden a conducir al hombre hacia aquello que es superior a él, hacia el infinito. Pero en medio de esta lucha ascendente, no logra comprender o conocer nada de lo a ella concerniente, sino por una pausada subida de los peldaños del substrato ontológico. También lo es que este dinamismo constituye uno de los impulsos más elementales e independientes del alma humana, a la vez teñido de una gran afectividad.

“Esta afirmación nos lleva en seguida a una observación: si se declara que ese dinamismo se encuentra en el origen de todas las religiones, y que él significa el elemento común a todas ellas, sabemos, por otra parte, que las religiones, el conocimiento natural y sobrenatural de Dios y de su culto no proceden del inconsciente o del subconsciente ni de un impulso afectivo, sino del conocimiento claro y cierto de Dios por medio de su revelación natural y positiva...”.

Deja en manos de las ciencias psíquicas el explicar lo concerniente a la existencia de este impulso ascendente, buscador de su origen, lo mismo que esclarecer los mecanismos empleados por el mismo y la estructura que lo compone. Si las investigaciones son positivas, quedarían dentro del ámbito ocupado por la razón y por la fe. Más

aún, si se trata de un dinamismo común a todos los hombres, pueblos y épocas, como parece desprenderse de la historia y las costumbres, se alegra el Papa por los apreciables datos que se aportarían en la afirmación y búsqueda de Dios.

El sentimiento de culpabilidad, o sea la conciencia de haber violado una ley superior, puede conducir al sufrimiento e incluso a una perturbación psicológica. Aquí pueden contemplarse dos aspectos: el sentimiento de culpabilidad irracional, muchas veces patológico, y aquel engendrado por la conciencia de una falta que no ha sido borrada. Los procesos seguidos en la conciencia para producir este tipo de sentimiento, están formados por una estructura muy personal y delicada, por lo que ni la ética ni la psicología son poseedoras de un criterio que sea infalible para su juicio correcto.

“Pero, en todo caso, es seguro que la culpabilidad real no se curará con ningún tratamiento puramente psicológico. Aun cuando el psicoterapeuta lo niegue de muy buena fe, ella perdura. Aunque el sentimiento de culpabilidad sea alejado por intervención médica, por autosugestión o por persuasión de otro, la falta queda y la psicoterapia se engañaría y engañaría a los demás si, para borrar tal sentimiento de culpabilidad, pretendiera que la falta no existe ya. El medio de eliminar la falta no depende de algo puramente psicológico; consiste, como todo cristiano lo sabe, en la contrición perfecta y en la absolución sacramental del sacerdote. Aquí, la fuente del mal, la falta misma, es la que se extirpa, aunque el remordimiento tal vez continúe atormentando”.

Resumidamente, el Papa Pío XII da una concepción amplia de la psicoterapia y las normas morales que deben regir esta clase de tratamientos. Critica algunas de sus modalidades, como ciertas formas de psicoanálisis, explicando las fallas doctrinales en desacuerdo con las normas católicas. No condena al psicoanálisis en su totalidad, como se desprende de lo anterior, pero delimita su alcance filosófico y práctico. Puede, además, considerarse que los estudios psicológicos y los tratamientos psíquicos en general, tienen actualmente su labor a medio hacer. El tratamiento analítico, solo, no resuelve el problema; muchos de sus aspectos deben ser superados por módulos más puros y acordes con el hombre como tal, como ser trascendente y moral.

Por su parte, los psicoanalistas católicos aceptan estas sugerencias. Ya antes de ser dadas expresamente, a ellas adaptaban sus teorías científicas, y aplicaciones en la práctica. A través de las inquietudes y conocimientos del presente congreso y de los anteriores, los psi-

coterapéutas católicos van encontrando la verdad de sus investigaciones y estudios conforme a las doctrinas católicas.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

BOLETIN No. 6

El 31 del mes próximo pasado se llevó a efecto la reunión de la Academia para tratar sobre problemas gremiales y dar fin al debate que sobre tales asuntos había iniciado con anterioridad la Corporación. A este respecto la Secretaría dio lectura al informe de los comisionados Drs. Joaquín Aristizábal, Benjamín Mejía C. y Miguel Múnera Palacio cuyo texto es el siguiente:

Medellín, marzo 23 de 1954.

Señor Presidente de la Academia de Medicina de Medellín.
Ciudad.

En cumplimiento de la comisión que Ud. tuvo a bien encomendarnos en la sesión del 10 del presente, nos permitimos someter a la consideración de la H. Academia las siguientes proposiciones:

Primera: "La Academia de Medicina de Medellín, después de escuchar la exposición del Sr. Presidente de la Sociedad de Pediatría de Antioquia, en relación con la tesis general sostenida por dicha sociedad sobre la ocupación de médicos extranjeros en posiciones en las cuales los médicos nacionales puedan prestar servicios en igualdad de circunstancias comparte y apoya lo sostenido por la Sociedad de Pediatría.

La Academia deplora que, en contraposición con la actitud mesurada de la Sociedad de Pediatría, la Junta Directiva y la Gerencia de la Caja Seccional del ICSS en Antioquia hayan respondido en términos ásperos y francamente autoritarios, los cuales no se compaginan con la altura intelectual y la magnífica voluntad que el Cuerpo Médico de Antioquia ha demostrado siempre con los Seguros Sociales".

Segunda: "La Academia de Medicina de Medellín declara que no está dentro de sus funciones, la intervención en problemas meramente gremiales de la Profesión Médica. En consecuencia, considera que en

los actuales momentos es urgente e indispensable la constitución de una entidad de defensa gremial del Cuerpo Médico.

Para este efecto, nómbrase una comisión de tres académicos para que, de acuerdo con los señores Presidentes de las distintas Sociedades Médicas de la ciudad, se procure realizar la fundación de dicha entidad”.

Del señor Presidente, muy atentamente,

Dr. Joaquín Aristizábal M., Dr. Miguel Múnera P., Dr. Benjamín Mejía Cálad.

Puestas en consideración las proposiciones presentadas por la comisión, la primera fue aprobada por unanimidad y sin modificaciones en todas sus partes; la segunda, fue modificada por el Dr. Emilio Robledo y con la modificación propuesta fue aprobada por unanimidad. Esta proposición ya modificada quedó así:

“La Academia de Medicina de Medellín considera que en los actuales momentos es urgente e indispensable la constitución de una Entidad de defensa gremial del Cuerpo Médico”.

Además se aprobó otra proposición relacionada con el mismo asunto, cuyo texto es el siguiente:

“Mientras se organiza una Entidad que vele por los intereses gremiales y profesionales del Cuerpo Médico, créase una comisión gremial permanente de tres Académicos nombrados por la Presidencia, para que estudien en primera instancia los problemas gremiales que se sometan a consideración de la Academia. Dicha comisión presentará a la Corporación en pleno sus opiniones sobre la solución del problema planteado, cuando considere que el asunto deba ser sometido a la Academia”. Para integrar la comisión que implica la proposición anterior, la Presidencia designó a los Drs. Emilio Robledo, Rafael J. Mejía y Antonio J. Ospina.

Durante la sesión a que nos hemos venido refiriendo, se dio lectura al informe que los Drs. Jesús Peláez Botero y Gustavo González Ochoa rindieron en su calidad de comisionados, sobre el trabajo de ingreso presentado por el Dr. Bernardo Jiménez para Miembro Correspondiente. De acuerdo con dicho informe, la Presidencia preguntó a la Academia si aceptaba dicho trabajo como tema de ingreso y la respuesta fue afirmativa. En consecuencia y tal como ya lo hizo en la mencionada fecha, la Presidencia recuerda que la votación se llevará a efecto en la próxima reunión que será el miércoles 21 del presente.

La Academia aprobó por unanimidad la siguiente Resolución:

La Academia de Medicina de Medellín

Teniendo en cuenta:

a).-Que la adecuada nutrición es quizás el más grave problema social colombiano.

b).-Que en la solución de este problema, la conservación de los alimentos es un factor de tanta importancia como su producción y distribución.

c).-Que en Colombia es impresionante el porcentaje de alimentos que se desperdician, dadas nuestras especiales condiciones climatológicas, y lo inadecuado de los elementos de conservación.

d).-Que debido a los modernos adelantos en los métodos de conservación de alimentos por medio del frío, dichos métodos constituyen la manera más al alcance de nuestras familias y comunidades, y las más adaptables a nuestras condiciones geográficas y ambientales,

Resuelve:

Solicitar del Gobierno Nacional,

1º. -Que se declare de utilidad pública la producción, importación y distribución de congeladores, neveras, cuartos fríos, enfriadores, etc. ya que estos elementos no son artículos de lujo, sino por el contrario elementos de primera necesidad para Colombia.

2º. -Que se estudie por las autoridades económicas del país, el método más indicado con el fin de obtener una reducción apreciable en los costos de dichos elementos, bien sea eliminando los impuestos para su importación y distribución, o eximiendo por un período prudencial de toda clase de impuestos y dando amplias facilidades de crédito, a los capitales que se vinculasen a la industria de producción y distribución de estos artículos en el país. Artículos que deben ser adecuados, pero libres de lujos y aditamentos que encarecen innecesariamente su costo”.

Pásese copia de esta resolución al Excmo. Sr. Presidente de la República, a los Sres. Ministros de Hacienda, Salud Pública y Fomento, a la Academia Nacional de Medicina, a la ANDI, a la FENALCO, y a la prensa del país.

Las Directivas recuerdan a los Sres. Académicos la obligación de asistir a las sesiones de la misma, con lo cual se llenan dos funciones: 1ª - Cumplir con los reglamentos de la Institución y 2ª - Cumplir con un deber elemental de cortesía para con el ponente, quien seguramente ha hecho un esfuerzo grande para preparar su conferencia.

Las Directivas saludan muy cordialmente al Académico de Número Dr. Benjamín Mejía C. y lo felicitan por su nombramiento para Miembro del Consejo Consultivo de la Facultad de Medicina.

La próxima reunión se verificará el 21 de abril del presente y en ella se hará la elección de un Miembro Correspondiente tal como se anunció atrás. La ponencia del día estará a cargo del Académico Dr. Gonzalo Botero Díaz quien disertará sobre "TRAUMATISMOS ESOFAGICOS" y "Timomas".

A esta reunión, así como a las demás que se verifiquen en el futuro están cordialmente invitados el Cuerpo Médico de la ciudad, así como los señores Estudiantes de la Facultad de Medicina.

El suscrito Presidente agradece muy cordialmente a la Academia de Medicina y a sus Miembros las manifestaciones de condolencia recibidas con motivo de la trágica desaparición de su hermano el R. P. Samuel Vélez Escobar S. J.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente.

Oriol Arango, M. D., Secretario.

Medellín, abril de 1954.

BOLETIN No. 7

El 21 próximo pasado se llevó a efecto la reunión ordinaria de la Academia. En tal sesión presentó el Académico de Número Dr. Gonzalo Botero Díaz un interesante caso de tumor mediastinal, el cual había sido ampliamente discutido primero en las salas médicas del Hospital de San Vicente y luego en las quirúrgicas. Es interesante anotar que antes de practicar la intervención quirúrgica, se llegó al diagnóstico de Timoma, el cual fue posteriormente confirmado por la Anatomía Patológica. Este caso despertó gran interés entre los Sres. Académicos y dio lugar a una prolongada discusión, especialmente en lo relacionado con el tratamiento por los Rayos X.

Las Directivas agradecen al Dr. Botero Díaz su colaboración.

Durante la sesión a que nos hemos venido refiriendo, la Academia eligió por unanimidad al Dr. Amador Neghme como Miembro Honorario de la Corporación y al Dr. Bernardo Jiménez como Miembro Correspondiente de la misma. Con orgullo damos esta noticia a quienes no estuvieron presentes en tal reunión.

Las Directivas agradecen altamente la Resolución por medio de

la cual el Gobierno Departamental de Antioquia honra la memoria del Dr. Julio Restrepo Arango en el primer centenario de su natalicio.

Con gusto informamos que la Comisión encargada de propiciar la fundación de la nueva Asociación Gremial ha venido trabajando activamente. El Dr. Rafael J. Mejía, Miembro de dicha comisión, informó a la Academia, que ya se habían reunido con los presidentes de las distintas Sociedades Médicas de la ciudad y con algunos distinguidos médicos, que dedicados a alguna rama especial de la medicina, aún no tienen Sociedad debidamente formada. Manifestó el Dr. Mejía que habían encontrado buen ambiente para la formación del nuevo organismo y que ya habían nombrado una comisión compuesta por los Drs. Miguel Múnera P., Jorge Henao P., Luis Germán Arbeláez y Oriol Arango M. para que de acuerdo con ellos estudiaran y redactaran unos reglamentos que luego serían sometidos a una convención general.

Podemos informar que la comisión de la Academia y la comisión asesora tuvieron una segunda reunión, en la cual se discutieron las bases para la Nueva Sociedad de Defensa Gremial y en ella se acordó discutir el viernes 30 del presente lo relativo al reglamento.

Esperamos que cada uno de los Sres. Académicos colabore difundiendo la idea de la Asociación Gremial, la cual nosotros consideramos de gran trascendencia.

De acuerdo con el Reglamento de la Corporación, en la próxima reunión del 5 de mayo, la ponencia estará a cargo del Dr. Bernardo Jiménez, nuevo Académico Correspondiente, quien disertará sobre "*Notas sobre la Bacteriología de la Leche*".

Recordamos a los Sres. Académicos que este Boletín sirve de citación a las sesiones. Así mismo les recordamos que la asistencia a las sesiones científicas obliga a todos, primero para cumplir con el Reglamento y segundo por cortesía con el ponente.

Lamentamos informar que por inconvenientes de última hora no será posible el viaje a esta ciudad del Dr. Abraham Mosovich.

La Comisión de la Mesa de la Academia está en estos momentos elaborando el programa para su día clásico el próximo mes de julio. Se ruega a los señores Académicos hacer las sugerencias del caso.

Se recuerda a los Sres. Académicos que en la Secretaría de la Academia al cuidado de la Srta. Margarita Hernández se ha instalado un teléfono cuyo número es el 290-91; allí pueden obtener todas las informaciones pertinentes.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente.

Oriol Arango, M. D., Secretario.

BOLETIN No. 8

El 5 próximo pasado se reunió la Corporación en su sesión ordinaria, con el fin de escuchar la conferencia del día a cargo del Dr. Bernardo Jiménez, quien en tal fecha fue recibido como Académico Correspondiente. El Dr. Jiménez hizo un interesante estudio sobre "*Bacteriología de las Leches*" en el cual analizó las circunstancias que operaban antes de que el producto llegara a las plantas de pasteurización, tales como ordeños, ordeñadores, transporte a la planta, etc., cuál de todas más deficiente, razón por la cual la leche que llega a las pasteurizadoras es de pésima calidad. Comentó el Dr. Jiménez sobre la carencia absoluta de medidas higiénicas en casi todos los ordeños, en los cuales no se tenían en cuenta las mastitis ni otras enfermedades similares de los animales. Luego analizó las leches ya pasteurizadas, las cuales tampoco ofrecen garantía y por ello recomendó su ebullición en forma sistemática. Esta presentación fue sumamente interesante y de una gran utilidad. Para sacar un provecho práctico de ella la Presidencia nombró al Dr. Jiménez y al Dr. Jesús Peláez Botero para que redactaran una resolución para ser presentada en la próxima sesión, resolución en la cual se establecerán las medidas que deban ser tomadas frente a tan grave problema.

Las Directivas agradecen muy sinceramente la conferencia del Dr. Jiménez y lo invitan a continuar estudios de esta naturaleza, que benefician directamente a la ciudadanía.

Sobre un problema similar, relacionado con el consumo del agua en algunos sectores de la ciudad, los Dres. Tomás Quevedo, Marco Barrientos, Darío Sierra L., Bernardo Jiménez y Alonso Restrepo presentaron la siguiente resolución que fue aprobada por unanimidad.

"La Academia de Medicina de Medellín"

Considerando:

1º - Que es uno de sus deberes velar por el buen estado sanitario de la ciudad.

2º - Que como lo demuestran las publicaciones de la Sección Municipal de Bioestadística y la práctica profesional diaria, es de todos conocido el aumento de la morbilidad que se ha presentado últimamente en enfermedades de origen hídrico, como disentería bacilar, enteritis microbiana, parasitosis intestinal, hepatitis infecciosa, etc.

3º - Que indudablemente esto se debe a que la mayor parte de la ciudad, precisamente las zonas residenciales, están recibiendo aguas

contaminadas por falta de los adecuados tratamientos; como se ha comprobado con análisis bacteriológicos, especialmente para los barrios occidentales.

4º - Que a pesar de que este problema es antiguo y de que las autoridades están interesadas en resolverlo, falta mucho por hacer al parecer por dificultades económicas.

Resuelve:

1º - Ruégase encarecidamente a la Alcaldía de Medellín, a la Empresa del Acueducto y a la Secretaría Municipal de Higiene, organicen una campaña sanitaria con el fin de activar la financiación de las obras indispensables e inaplazables para que la ciudad tenga un acueducto que supla a sus necesidades.

La Academia considera que esta obra es más importante y urgente que todas las de aspecto suntuario o de otra índole, ya que la salud del pueblo es la base de la economía nacional.

2º - Como la solución definitiva del problema es lógicamente demorada, ruégase también a dichas entidades empleen, momentáneamente, los sistemas de emergencia que se conocen con el fin de evitar el suministro de aguas bacteriológicamente impotables. Además la Academia cree que la Secretaría Municipal de Higiene debe dar al público una información real de la situación, explicando claramente las zonas de la ciudad donde el agua esté contaminada, y cuándo ésta debe ser filtrada, hervida, etc. Estas medidas higiénicas deben hacerse conocer por medio de permanente y profusa propaganda para hacer una alarma protectora, en lugar de tratar de ocultar el problema, con el fin de que la ciudadanía pueda siquiera en parte, evitar los graves perjuicios que ahora sufre.

3º - Invítese al Gobierno Municipal, para que si lo desea, informe a la Academia, por medio de sus voceros autorizados, los programas que se tienen respecto al acueducto y a la solución de los problemas anteriormente enunciados.

4º - Comuníquese esta Resolución a los Gobiernos Nacional, Departamental, Municipal y a la prensa del país".

Oportunamente avisaremos la fecha en que deba verificarse la reunión con los Sres. Secretarios de Higiene y demás personas interesadas en estos problemas.

La Academia aprobó por unanimidad la siguiente proposición presentada por los Dres. Emilio Robledo, Alfredo Correa Henao y Oriol Arango:

“La Academia de Medicina de Medellín consecuente con sus ideas respecto a la producción y consumo de las bebidas alcohólicas, tal como lo expresó en resolución aprobada por unanimidad en su sesión de julio 15 de 1953, copia de la cual se envió a las Autoridades Civiles, Eclesiásticas y a la ANAC, solicita muy encarecidamente del Gobierno Nacional se haga un estudio detenido del artículo propuesto por el Dr. Jorge Bejarano a la C. E. C. a fin de que dicho artículo, con modificaciones, si fuere el caso, se incorpore a la Constitución Nacional”.

Las Directivas lamentan muy sinceramente el deceso de su Miembro Honorario el Dr. Tomás Rengifo O. A este respecto la Academia aprobó la siguiente constancia:

“La Academia de Medicina de Medellín, deja constancia en el acta de hoy de su muy sentida condolencia por la desaparición del distinguido médico y Miembro Honorario de la Corporación Dr. Tomás Rengifo O., de Buga (Valle)”.

La Academia de Medicina de Medellín en colaboración con la Biblioteca Médica de la Facultad de Medicina, está interesada en conseguir colecciones completas de todas las publicaciones médicas antiguas del Departamento y del resto del país, tales como Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Boletín Clínico, Revista Médica de Bogotá (Organo de la Academia Nacional de Medicina), Gaceta Médica (Organo de la Sociedad de Medicina de Bogotá), Boletín de Medicina (Organo de la Sociedad Médica de Manizales), Clínica Gil, etc. Se agradece por anticipado la colaboración que en este sentido presten los señores Académicos.

La Academia y la Biblioteca Médica dan los agradecimientos a los familiares de los doctores Juan Bautista Londoño y Gabriel Toro Villa, por la donación que han hecho de las muy valientes bibliotecas de estos dos ilustres médicos desaparecidos.

Por sugerencia del Dr. José Miguel Restrepo nos estamos dirigiendo al Sr. Tulio Orozco de Rizaralda (C) quien ha sido un gran coleccionista de Tesis de Grado.

La Academia celebra complacida el regreso a su seno del Dr. Dionisio Arango Ferrer, quien hizo uso de la reciente resolución sobre reingreso de ex-académicos. Ojalá que otros se animen a tomar igual determinación.

La idea lanzada por la Academia de fundar un organismo gremial poderoso, para defensa de la profesión ha tenido una magnífica acogida. Después de múltiples reuniones, unas de los miembros de la Comisión Preparatoria y otras de éstos con los socios fundadores, se lo-

gró redactar unos Estatutos que creemos serán la base para la buena marcha de la nueva entidad. Estos están siendo sacados en mimeógrafo con el fin de enviárselos al Cuerpo Médico del Departamento. Por ahora podemos informar que tal entidad se llamará "Unión Médica Antioqueña", y que como personal directivo provisional se hicieron los siguientes nombramientos:

Presidente, Dr. Emilio Robledo; Primer Consejero, Dr. Luis Germán Arbeláez; Segundo Consejero, Dr. Rafael J. Mejía; Tercer Consejero, Dr. Ignacio Vélez Escobar; Cuarto Consejero, Dr. Jorge Henao Posada; Tesorero, Dr. Antonio J. Ospina, y Secretario, Dr. Oriol Arango. El Presidente y la Junta actuarán hasta que el número de afiliados de la Unión llegue a ciento, momento en el cual se llamará a Asamblea General, con el fin de hacer los nombramientos en propiedad.

Esperamos que todos los Sres. Académicos se inscriban como socios de la Unión y presten su colaboración animando a otros a pertenecer a ella. Estamos íntimamente convencidos de que aprovechando debidamente las experiencias pasadas, este nuevo organismo será un éxito completo.

La Academia de Medicina de Medellín agradece a la Asociación Nacional de Industriales, y a la Federación Nacional de Comerciantes la buena acogida que han dado a su Resolución sobre aparatos de conservación de alimentos por medio del frío.

Las Directivas continuarán en esta campaña, ya que creemos que es uno de los métodos más eficaces para rebajar el costo de los alimentos, especialmente aquellos que como las proteínas animales, son las de más fácil descomposición, de mayor costo y de mayor valor alimenticio.

Aradecemos por anticipado toda insinuación que se nos haga, tendiente a hacer más interesante la celebración del Aniversario de la Academia que será en el próximo mes de julio.

La próxima sesión se verificará el 19 del presente y la ponencia del día estará a cargo del Dr. Alberto Gómez Arango quien disertará sobre: "El Bilroth I en Cirugía Gástrica".

Volvemos a insistir ante los Sres. Académicos para que su asistencia sea lo más numerosa posible. Recordamos una vez más que este Boletín sirve de citación.

Para todo lo relacionado con la Academia pueden llamar al teléfono 290-91, Secretaría de la misma.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente.

Oriol Arango, M. D., Secretario.

Medellín, mayo 14 de 1954.

BOLETIN No. 9

El 19 próximo pasado se reunió la Corporación en sesión ordinaria. A ella asistió por primera vez y después de una larga ausencia, el Dr. Dionisio Arango Ferrer. Este saludó a la Corporación y agradeció el que se le hubiera invitado a regresar a ella.

La Academia aprobó por unanimidad la siguiente adhesión a la "carta abierta" del Sr. Rector de la Universidad de Antioquia.

"La Academia de Medicina de Medellín se ha informado con pena y con sorpresa de las dificultades económicas de la Universidad de Antioquia hasta tener que apelar al crédito para atender a necesidades urgentes, apenas para subsistir; y sin que sea posible por tales razones pensar en desarrollar los planes ambiciosos de engrandecimiento, llevando en mínima parte las necesidades del desarrollo natural del país.

"Cree que las inversiones de esta naturaleza reportarían a la patria retribución técnica y bienestar imponderables. Piensa que en este campo se podrían hacer sacrificios.

"Por ello se atreve a pedir respetuosamente al Excmo. Sr. Presidente de la República que ponga el Vº Bº a las peticiones del Sr. Rector de la Universidad de Antioquia".

Las siguientes comunicaciones fueron enviadas a las familias de los Dres. Juan B. Londoño y Gabriel Toro Villa por haber atendido la solicitud de la Academia sobre revistas médicas.

"Señor Dr. Víctor Manuel Botero. - Ciudad.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para darle los agradecimientos en nombre de la Academia de Medicina de Medellín y en el mío propio por la donación de los libros para la Biblioteca de la Facultad que hizo la familia del Dr. Juan Bautista Londoño.

Con sentimientos de alta consideración y aprecio me suscribo de Ud. atentamente, - Fdo. *Oriol Arango, M. D., Secretario*".

"Señor Dr. Gabriel Toro Mejía. - Ciudad.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para darle los más sinceros agradecimientos en nombre de la Academia de Medicina de Medellín y en el mío propio por la donación de los libros para la Biblioteca de la Facultad que hizo su apreciable familia.

Con sentimientos de alta consideración y aprecio me suscribo de Ud. atentamente, - Fdo. *Oriol Arango, M. D., Secretario*".

La ponencia del día estuvo a cargo del Dr. Alberto Gómez Arango quien disertó sobre Gastrectomía Bilioth tipo I en forma clara y precisa, demostrando de manera categórica sus ventajas sobre los otros procedimientos. Su conferencia fue documentada con casos sumamente ilustrativos. El Dr. Gómez Arango presentará próximamente su trabajo por escrito para ser publicado.

Con gusto informamos sobre la reunión de las Directivas de la Unión Médica Antioqueña con el Cuerpo Médico del Departamento. Tal como había sido programado y de acuerdo con citaciones hechas por intermedio de "El Colombiano", se llevó a efecto esta reunión conjunta, con asistencia de numerosos médicos, quienes gentilmente aceptaron la invitación. La sesión fue presidida por el Dr. Luis Germán Arbeláez M., ya que el Dr. Emilio Robledo se encontraba ausente de la ciudad y no le fue posible regresar oportunamente.

El Dr. Arbeláez explicó ampliamente el origen de la nueva entidad, su organización y sus planes futuros. Manifestó que la Unión Médica sería exclusivamente un organismo de defensa gremial, que no perseguía ningún fin económico. Durante su disertación, analizó los artículos más trascendentales de los Estatutos e insistió en que era hora de sacar ventaja de los procesos pasados, para salir adelante. Tanto él como los demás miembros de la Directiva provisional insistimos en que lo único necesario para el éxito de la Unión Médica Antioqueña era tener fe y espíritu y pidieron a quienes tuvieran ambas cosas, solicitaran su admisión a ella. Inmediatamente se abrió la inscripción, la cual terminó en forma más que satisfactoria, ya que en la noche de la reunión a que nos hemos venido refiriendo, el número de solicitudes montó a ciento treinta (130). Esperamos que para un futuro cercano la mayoría del Cuerpo Médico esté debidamente afiliado; entonces se procederá a hacer la primera elección para Comisión de Delegados a fin de que ésta elija Junta Directiva en propiedad y posteriormente se hará la primera Asamblea General.

Rogamos muy encarecidamente a los Sres. Académicos continuar su labor de propaganda a esta empresa que tan magnífica acogida ha tenido hasta ahora.

El próximo miércoles 2 de junio el Sr. Dr. Alfredo Naranjo Villegas, Secretario Municipal de Higiene, hará una exposición ante la Academia sobre los problemas afrontados por su dependencia, especialmente en lo que se relaciona al acueducto y a las leches. Queremos agradecer la gentileza del Dr. Naranjo Villegas al aceptar la invitación de la Academia para enterarla de tales problemas.

Rogamos muy encarecidamente la asistencia de los Sres. Académicos a esta reunión.

Recordamos una vez más que este Boletín sirve de citación a la próxima reunión.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente.

Oriol Arango, M. D., Secretario.

BOLETIN No. 10

El 2 de junio próximo pasado tuvo lugar la reunión ordinaria de la Academia con asistencia de la mayoría de los Sres. Académicos y de un buen número de médicos de la ciudad interesados en el problema del acueducto que se discutía en tal sesión.

El Dr. Alfredo Naranjo Villegas, actual Secretario de Higiene Municipal, especialmente invitado por la Academia, felicitó a la Corporación por su interés en problemas de orden higiénico como el de el acueducto y otros similares que últimamente ha afrontado. Al referirse el Dr. Naranjo Villegas a la Resolución recientemente aprobada por la Academia sobre el problema del acueducto, manifestó que ni él ni ninguno de los colaboradores de la Administración Municipal aceptaban el cargo que implícitamente se les hacía de que se había tratado de ocultar la verdad sobre la gravedad del problema de la potabilidad del agua. A este respecto se le explicó al Sr. Secretario que esa no había sido la intención de la Academia y que lo único que ésta buscaba era oír la opinión de las personas autorizadas, razón por la cual se le había invitado a la sesión. ACLARADO ESTE PUNTO, el Sr. Secretario hizo un recuento pormenorizado de todas las dificultades que ha tenido la Administración Municipal para dotar de un acueducto moderno a la ciudad y poder así suministrar agua perfectamente potable. Dejó claramente establecido el Dr. Naranjo Villegas que el problema de abastecimiento de agua era sumamente complicado y que en épocas de mucho verano, la ciudad se veía abocada al problema de carecer de agua o de disponer de agua mala y que desafortunadamente esto último era preferible, o quizás menos grave que lo otro y que por esta circunstancia, no una sino muchas veces el acueducto se veía obligado a suministrar aguas de mala calidad. Advirtió el Dr. Naranjo Villegas que de todos modos ellos habían hecho campañas previniendo al público cuando tales situaciones se presentaban, campañas desde luego de acuerdo con el escaso presupuesto de que disponían.

Luego el Dr. Alberto Bernal Restrepo informó ampliamente a la Academia sobre las gestiones de orden técnico que se adelantan para dotar a Medellín de un moderno acueducto y se refirió en particular al empréstito de catorce millones de pesos que con tal fin consiguió la Administración Municipal y a la destinación que se le va a dar a tal empréstito. Finalmente el Dr. Bernal Restrepo se refirió a las dificultades actuales para un buen suministro de agua potable.

Tanto la exposición del Dr. Naranjo Villegas como la del Dr. Bernal Restrepo estuvieron muy interesantes.

Con gusto anunciamos que el próximo miércoles 16 de junio tendrá lugar la reunión ordinaria y en ella se referirán al problema de la leche el Dr. Alfredo Naranjo Villegas y sus colaboradores. Invitamos muy encarecidamente a los Sres. Académicos para esta sesión.

Las Directivas presentan un cordial saludo de bienvenida al Académico de Número Dr. Eugenio Villa H., quien acaba de regresar al país después de su viaje a Norte América.

Con gusto informamos que la semana próxima pasada se llevaron a efecto unas reuniones entre las directivas de la Federación Médica Nacional, los representantes de los distintos Colegios Médicos del país y las Directivas de la Unión Médica Antioqueña, con el fin de tratar de conseguir la unión de todo el Cuerpo Médico del país. En tales conversaciones se llegó a un acuerdo perfectamente satisfactorio para todos, el cual será sometido a la consideración de la primera Asamblea General de la Unión Médica Antioqueña que se reunirá el próximo dos (2) de julio del presente. A este respecto informamos que ya está abierta la votación para elección de Comisión de Delegados. Quienes aún no hayan solicitado inscripción, pueden hacerlo ante cualquiera de los miembros de la Junta Directiva provisional o llamando al teléfono 290-91.

A partir del 15 del presente, se empezará a cobrar la cuota ordinaria por el año de 1954. Se ruega a los Sres. Académicos que puedan hacerlo, entregar el valor correspondiente en cheque cruzado y a favor de la Academia, a la Srta. Margarita Hernández, en el local de la Facultad de Medicina. El correspondiente recibo les será enviado con el Boletín.

Les rogamos nuevamente el favor de darnos sus ideas sobre la manera como deba celebrarse el aniversario de la Academia.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente.

Oriol Arango, M. D., Secretario.

Medellín, junio 14 de 1954.

El día 16 de junio del presente tuvo lugar la reunión ordinaria de la Academia a la cual había sido especialmente invitado el Sr. Dr. Alfredo Naranjo Villegas, Secretario Municipal de Higiene, para que éste informara a la Corporación sobre el delicado problema de la leche.

El Sr. Presidente Dr. Ignacio Vélez Escobar agradeció al Dr. Alfredo Naranjo Villegas y al Dr. Alberto Bernal Restrepo su colaboración al haber ilustrado a la Academia sobre los problemas del acueducto e inmediatamente concedió la palabra al Dr. Naranjo Villegas, quien manifestó que el problema de la leche todavía era más difícil que el del acueducto y que para remediarlo había múltiples disposiciones oficiales, la mayoría de las cuales no se cumplían, ni se podía hacer cumplir. Analizó los tres factores principales para que la leche que se consumía entre nosotros no fuera de buena calidad, así: 1º *Tiempo*. Comentó a este respecto que había una demora sumamente grande entre el momento en que se ordeñaba y aquel en que el producto llegaba a las plantas de pasteurización, por lo cual muchas veces se pasteurizaba leche ordeñada la víspera. 2º *Transporte*. Comentó que era indispensable hacerlo en carros frigoríficos a una temperatura adecuada lo cual entre nosotros en la actualidad era impracticable y hoy en día ello se hace en las peores condiciones. 3º *Almacenamiento*. Manifestó el Dr. Naranjo Villegas que aun suponiendo que se diera al consumo un producto de buena calidad, éste llegaba luego a los expendios y de allí a las residencias, la mayoría de los cuales carecen de aparatos de refrigeración y por consiguiente vendría la alteración del producto. El problema en este sentido es tan delicado que en las plantas no ha sido posible obtener una refrigeración a cuatro grados que es lo indispensable y entre nosotros únicamente se ha logrado bajar la temperatura a 10 grados.

Respecto a la vigilancia por parte de las Secretarías Departamental y Municipal de Higiene manifestó el Dr. Naranjo Villegas que ésta se podría ejercer únicamente sobre las plantas pasteurizadoras y los grandes centros, pero que en las regiones apartadas tal cosa era absolutamente imposible, máxime que ninguna de las dos entidades disponía del personal adecuado para ello. Se refirió a que las canecas en que se transporta el producto eran controladas en las plantas pero que una vez salidas de allí ellas contribuían poderosamente a deteriorar el producto.

Se refirió el Dr. Naranjo Villegas a los controles que ejercen en

la Planta Municipal de leches, sobre los cuales comentó que el relacionado con el contenido de grasa que él considera de utilidad secundaria, dada la circunstancia de que una leche de contenido graso abundante e igualmente abundante en bacterias, por ley debe ser aceptada y en cambio otra de bajo contenido en grasas e igualmente un porcentaje bajo de bacterias, debe ser rechazada aun cuando lógicamente sea mejor que la otra; y luego sobre otro control interesante que consiste en enviar varias muestras que hacen el recorrido por toda la ciudad, las cuales son examinadas bacteriológicamente una vez regresan a la planta después de la distribución del producto.

Analizadas todas las situaciones anormales que se presentan entre nosotros para un expendio de leche de buena calidad, el Dr. Naranjo Villegas manifestó que era imposible rechazar todo producto que no viniera en condiciones óptimas, porque ello equivaldría a carecer del todo de este producto de primera necesidad. Manifestó el Dr. Naranjo Villegas que la pasteurización con los productos de que actualmente se dispone para tal efecto y las malas condiciones en que se verifican el expendio y el almacenamiento posteriormente, no resuelven el problema y que por consiguiente, a pesar de una pasteurización correcta la leche debe ser hervida, para lo cual solicita la colaboración de la Academia, a fin de que ella secunde las campañas de la Secretaría de Higiene en el sentido de que la ciudadanía no consuma el producto sino después de una adecuada ebullición.

Finalmente el Dr. Naranjo Villegas manifestó que la preocupación de la Secretaría de Higiene había llegado hasta impedir las propagandas indebidas a la leche, sobre tipo, etc. y que gustosamente anunciaba que a quienes se les había llamado la atención habían atendido inmediatamente.

Terminada la exposición del Sr. Secretario de Higiene Municipal Dr. Alfredo Naranjo Villegas, tomó la palabra el Dr. Alberto Echavarría Restrepo, colaborador de la Secretaría de Higiene Municipal, quien empezó por manifestar que lo importante de las leches era que carecieran de gérmenes nocivos, lo cual entre nosotros no ocurría. Luego leyó las ratas de pululación de leches en relación a manera de ordeño, transporte etc. Analizó las condiciones en que una leche es potable e hizo ver cómo era de difícil entre nosotros obtener las condiciones óptimas. Al referirse al problema de la pasteurización manifestó el Dr. Echavarría Restrepo que este procedimiento conserva el producto bueno pero no lo mejora y que si las leches son malas, como ocurre con frecuencia entre nosotros que llegan a las plantas productos impasteu-

rizables, malas se quedan. Comentó sobre estadísticas argentinas para demostrar que este problema es grave y de difícil solución, no solamente en nuestro medio, sino en otros más avanzados. Finalmente se refirió a la presencia del proteus vulgaris en la leche que hasta hace poco se consideraba como no patógeno, pero que estudios recientes de norteamericanos han probado que sí lo es y lo han encontrado en niños hasta de 2 años.

Por último se le concedió la palabra al Dr. Iván Molina, Jefe de Bioestadística del Municipio, quien presentó ante la Academia una serie de gráficas absolutamente demostrativas para probar que la morbilidad y la mortalidad infantil han disminuído en forma considerable, a lo cual han contribuído las campañas del Municipio tales como reparto de biberones (medio millón en el año pasado), sopas escolares y pre-escolares, vacunaciones en masa, reparto de drogas, etc.

Comentó sobre las enteritis bacterianas por debajo de 2 años de edad y demostró con gráficas que el 91 por mil que era su frecuencia en el año 35, bajó a 20 por mil en el año pasado, ello a pesar de la mala leche y de la mala agua que se ha suministrado a la ciudad.

Comentó el Dr. Molina que podría pensarse que la disminución de la mortalidad fuera debida únicamente al adelanto en las drogas modernas, dada la circunstancia de que el descenso en la mortalidad y la morbilidad coinciden con la aparición de la estreptomycina, aureomicina, etc., pero que él consideraba que si esta manera de pensar podría ser correcta respecto a la mortalidad, no lo era a la morbilidad y que por otro lado aún aceptando que tales drogas tuvieran influencia en la morbilidad, las campañas sanitarias tenían un papel primordial, ya que en ellas se distribuían tales productos.

Terminada la exposición del Dr. Molina se abrió la discusión y en ella intervinieron los siguientes Académicos: el Dr. Ignacio Vélez Escobar para felicitar a los ponentes y a la vez comentar sobre las magníficas gráficas presentadas por el Dr. Iván Molina. El Dr. Eduardo Vasco, quien igualmente felicitó a los ponentes y sugirió que para hacer resaltar el resultado de tales campañas, se compararan estos datos con los obtenidos en poblaciones carentes de centros de higiene, con lo cual se podría demostrar sin lugar a dudas, el efecto que en la baja de la morbilidad y la mortalidad puedan tener las drogas modernas. El Dr. Darío Sierra manifestó que estaba en un todo de acuerdo con la idea del Dr. Vasco. El Dr. Tomás Quevedo para manifestar que en conclusión, el agua y la leche debían ser hervidas antes de su consumo.

Finalmente el Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente de la Aca-

demia, presentó una proposición en el sentido de que se hiciera una discusión amplia sobre el problema de la leche invitando a ella a todas aquellas personas que directamente o indirectamente puedan tener influencia para mejorar la leche, discusión de la cual podrían salir soluciones a corto o a largo plazo. En la discusión de esta proposición intervinieron los Dres. Sanín Aguirre, Quevedo, Peláez Botero, quien manifestó que la leche pasteurizada era indudablemente mejor que la cruda y que él no era demasiado pesimista respecto al problema y comentó que en otras ciudades más avanzadas que la nuestra también se recurría a hervir la leche a pesar de poseer grandes plantas de pasteurización; manifestó el Dr. Peláez Botero que el problema del porcentaje bajo de grasa en la leche sí era muy grave puesto que ello implicaba un robo y como tal debía ser castigado. El Dr. Vasco manifestó que mejorando el problema educativo, se podría mejorar notablemente la calidad de la leche. Finalmente Martínez Echeverri y Marcos Barrientos se pronunciaron en favor de la pasteurización aun en las condiciones anotadas. Todos los que intervinieron en la discusión estuvieron de acuerdo en que la proposición debía ser aprobada. Puesta en discusión la proposición mencionada, fue aprobada por unanimidad.

Luego el Dr. Tomás Quevedo presentó una proposición en el sentido de que oídas las exposiciones del señor Secretario de Higiene Municipal y sus colaboradores, la Academia recomendaba consumir la leche hervida. Esta proposición despertó una promulgada discusión y finalmente se convino en que se aplazaría hasta que el tema hubiera sido totalmente agotado.

Finalmente el Dr. Jesús Peláez Botero presentó la siguiente proposición que fue aprobada por unanimidad:

“La Academia de Medicina de Medellín agradece muy sinceramente la ilustración que el Sr. Dr. Alfredo Naranjo Villegas y sus colaboradores, hicieron a la Academia sobre los problemas de acueducto y leche, los cuales fueron tratados en forma amplia y con toda claridad. La Academia declara que tanto el actual Secretario de Higiene Municipal como sus antecesores se han preocupado por el estudio y solución de tan graves problemas”.

Con gusto informamos que el día 3 de julio llegará a la ciudad el Dr. Carlos D. Guerrero y dictará en tal fecha, a las 6 p. m., en el salón de la Academia una interesante conferencia sobre “CIRUGIA CONSERVADORA EN GINECOLOGIA”. Invitamos muy cordialmente a los señores Académicos a esta conferencia. Nos es igualmente grato

informar que el Dr. Carlos D. Guerrero fue elegido Miembro Honorario de la Corporación.

La próxima reunión se verificará el 30 de junio y en ella el Dr. Darío Sierra Londoño leerá un trabajo enviado por el Dr. Edmundo Murray, Académico Honorario, titulado "CONCEPTOS MODERNOS SOBRE FLUJOS VAGINALES".

Nos permitimos recordar que ya se está cobrando la cuota ordinaria por el año de 1954. Rogamos a los señores Académicos que pueden hacerlo, entregar el valor correspondiente en cheque cruzado y a favor de la Academia, a la señorita Margarita Hernández, en la Secretaría de la Academia. El correspondiente recibo les será enviado con el Boletín.

También nos permitimos recordar que está abierta la elección para Comisión de Delegados de la Unión Médica Antioqueña. Los escrutinios se verificarán el miércoles 30 del presente inmediatamente después de la sesión de la Academia. Esta Comisión de Delegados se reunirá al día siguiente y hará la elección de cuatro Miembros de la Junta Directiva en propiedad y sus suplentes.

La Asamblea General de socios tendrá lugar el viernes 2 de julio a las 6 p. m. en el Auditorium de la Facultad de Medicina; esta Asamblea General hará la elección de Presidente y en ella se discutirán las bases de unión con la Federación Médica Nacional.

Les rogamos nuevamente el favor de darnos sus ideas sobre la manera como deba celebrarse el aniversario de la Academia.

Dr. Ignacio Vélez Escobar, Presidente.

Oriol Arango, M. D., Secretario.

Medellín, 24 de junio de 1954.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 35

Mes de Julio de 1954.

- Jueves 1º.** 10 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.
- Viernes 2.** 7.30 a.m. R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas en el aula de Quirúrgica.
11.30 a.m. Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad en el Decanato.
- Sábado 3.** 8 a.m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el Auditorium.
10 a.m. C. P. C. Reunión de Clínica Obstétrica en el Auditorium.
- Lunes 5.** 5.30 p.m. Reunión del Consejo Académico de la Facultad en el Decanato.
- Martes 6.** 3 a 5 p.m. Conferencia de autopsias a cargo del Staff de Patología, en el Instituto de Anatomía Patológica.
- Miér. 7.** Celebración del aniversario de la Academia de Medicina de Medellín, con el siguiente programa:
8.30 a.m. Santa Misa en la Basílica Metropolitana por los Académicos fallecidos.
6 p.m. Sesión solemne en el Salón de la Academia. El discurso estará a cargo del Académico Dr. Emilio Robledo.
8 a.m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
10 a.m. Conferencia de Patología Ginecológica a cargo de los Staffs combinados, en el anfiteatro del Instituto de Anatomía Patológica.
11 a.m. Conferencia y reunión del Staffs de Urología, en el aula de Clínica Urológica.
- Jueves 8.** 10 a m Conferencia sobre tumores en el Instituto de Anatomía Patológica.
10 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.
- Sábado 10.** 8 a m C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el Auditorium de la Facultad. Estudio de interesantes casos que se han presentado en la semana, con la intervención de todos los asistentes. A estas conferencias se invita a todo el cuerpo de la ciudad, pues son de libre asistencia.
- Lunes 12.** 5.30 p.m. Reunión del Consejo Académico de la Facultad en el Decanato.
- Martes 13.** 3 a 5 p.m. Conferencia de autopsias a cargo del Staff de Patología, en el Instituto de Anatomía Patológica.
- Miérc. 14.** 8 a.m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.

- 10 a.m. Conferencia de Patología Ginecológica a cargo de los Staffs combinados, en el anfiteatro del Instituto de Anatomía Patológica.
- 11 a.m. Conferencia y reunión del Staff de Urología, en el aula de Clínica Urológica.
- Jueves 15.** 10 a.m. Conferencia de Patología Quirúrgica con los Staffs combinados, en el Instituto de Anatomía Patológica. Se invita a todos los grupos quirúrgicos.
- 10 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.
- 6 p.m. Confesión general del estudiantado de la Facultad de Antioquia, con el fin de aprovechar el último día hábil de laño para cumplir con el precepto de la Iglesia de «confesar y comulgar por lo menos una vez al año». Se instalarán en la Facultad varios confesores.
- Viernes 16.** 7.00 a.m. Santa Misa oficiada en el Oratorio de la Facultad y comunión general del estudiantado y de los Profesores.
- 7.30 a.m. a.m. R. C. Q. Conferencia y reunión de Clínicas Quirúrgicas.
- 11.30 a.m. Reunión del Consejo Consultivo de la Facultad en el Decanato.
- Sábado 17.** 9.30 a.m. Gran peregrinación a la Estrella como homenaje a la Santísima Virgen de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia, y la Escuela de Enfermería, con el fin de ganar el jubileo Mariano. Esta peregrinación estará presidida por la Santísima Virgen y por el H. Consejo Directivo de la Universidad, previamente invitado a esta ceremonia de fe, de cristianismo y de amor filial a la Madre de Dios y de todos los hombres.
- Receso de actividades hasta el 9 de Agosto, por motivo de las vacaciones de mitad de año. En este día se iniciarán las clases a las 7 a.m.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

1. Durante el mes de Junio les fue conferido por la Universidad de Antioquia el título de Doctor en Medicina y Cirugía a los señores siguientes:

- Dr. Rubén Uribe Arcila. **Título de la tesis:** Algunas consideraciones terapéuticas sobre asma.
- Dr. Santiago Lora Diago. **Título de la tesis:** Injertos dermoepidérmicos con dermatono Brown.
- Dr. Néstor Castro Torrijos. **Título de la tesis:** Monografía y estudio médico social del Municipio de Envigado.
- Dr. Roque Tolosa Ramos. **Título de la tesis:** Aspecto médico social de la ciudad de Rionegro (Antioquia).
- Dr. William García Castrillón. **Título de la tesis:** Estudio médico social del Municipio de Puerto Berrío. Comentarios Obstétricos y Ginecológicos. Comas hepáticos por fiebre amarilla.
- Dr. Horacio Muñoz Suescún. **Título de la tesis:** Monografía Médico-social del

Municipio de El Jardín (Antioquia). Esta tesis mereció la calificación de MENCION HONORIFICA.

Dr. Jaime Agudelo Escobar. **Título de la tesis:** Algunos aspectos sociológicos y médicos de los municipios de Campamento y Anorí (Antioquia).

Dr. José A. Cortizos Gil. **Título de la tesis:** Diversos aspectos de tumores en el ovario.

2. El Consejo Académico de la Facultad de Medicina se ha venido reuniendo normalmente todos los lunes a las 5.30 p.m., con el fin de organizar los distintos servicios, según las posiciones académicas y de escalafón, y es así como ya están marchando las clínicas Obstétrica, Ginecológica, Quirúrgica, Urológica, Organos de los Sentidos y Pediatría. En las sesiones que se efectúan durante el mes de Julio se terminará la organización de los servicios, en cuanto se refiere a posiciones académicas.

3. El Decano de la Facultad de Medicina, obrando conjuntamente con el Consejo Académico de la Facultad, han abierto concurso para llenar cuatro plazas de Residentes en Cirugía. La inscripción está abierta en la Secretaría desde el 6 hasta el 16 de Julio, día en que se cierra. El examen a los concursantes se efectuará el miércoles 21 de Julio, de acuerdo con las normas estatuidas en los reglamentos.

Los Residentes deben permanecer todo el tiempo en el servicio, a excepción de dos horas vespertinas reglamentadas que se concederán a cada uno para prestar sus servicios médicos particulares. Durante la noche, prestarán su servicio de acuerdo con turnos reglamentados por el Jefe del servicio o por el Director del Hospital de San Vicente. Cada Residente recibirá cada mes la cantidad de doscientos cincuenta pesos m/l. (\$ 250.00), para atender modestamente a sus gastos personales. Quienes deseen una información más completa, pueden solitarla a la Secretaría de la Facultad.

4. El Rector de la Universidad de Antioquia, el H. Consejo Directivo y el suscrito Decano expresan sus agradecimientos a los señores Profesores y estudiantes que se dignaron asistir a la magna procesión del Sagrado Corazón de Jesús, pues gracias a ellos la Facultad de Medicina se presentó dignamente en esta solemne apoteosis con una magnífica representación.

5. El H. Consejo Directivo de la Universidad concedió licencia al Dr. Gustavo Calle Uribe para retirarse de la cátedra de Clínica Urológica, por espacio de un mes, con el objeto de viajar al exterior en consecución de información médica. Entró a reemplazarlo como Jefe del servicio el Dr. Gustavo Escobar Restrepo, mientras dura la ausencia del Dr. Calle.

6. Desde los últimos días del mes pasado regresó el Dr. Eugenio Villa Haeusler, quien en uso de licencia había viajado a Méjico y a Estados Unidos en busca de descanso. Nos es muy placentero registrar su reintegro a la Jefatura de la Cátedra de Clínica Interna de esta Facultad, como Profesor Titular que es de ella.

7. El Decanato y el claustro presentan su manifestación de condolencia al alumno Gustavo Sanín, a su señora madre y a toda su familia por la extinción de la vida del distinguido ciudadano Dn. Eduardo Sanín.

8. Normalmente transcurrieron los exámenes de las materias que tienen

como duración un semestre. En términos generales el estudiantado obtuvo buen provecho del esfuerzo realizado en sus estudios, y fueron pocos relativamente los alumnos que reprobaron alguna de las asignaturas, lo que habla claramente de la efectividad de los estudios de esta Facultad, gracias a la constancia, interés y decisión puestos en vigor por todo el alumnado y al permanente apostolado de los señores Profesores. Este Decanato espera que en el segundo semestre ya iniciado, obtengan todos éxitos cumplidos en sus asignaturas.

9. El H. Consejo Consultivo de la Facultad en atención a solicitud elevada por la mayoría de los estudiantes, ha concedido que los exámenes correspondientes a las segundas pruebas parciales o a la única prueba semestral, se efectúen del 30 de Agosto al 10 de Septiembre. Conviene advertir que durante este tiempo las clases no se interrumpen, pues la preparación de los exámenes debe hacerse separada de ellas.

10. Con motivo de la peregrinación que se efectuará el Sábado 17 de Julio a La Estrella para participar en la celebración del Año Mariano, el claustro se permite invitar a participar de ella las Facultades de Odontología y Farmacia y a la Escuela de Enfermería.

La peregrinación saldrá de la Facultad de Medicina a las 8.30 a.m., y se espera la asistencia de todos los profesores y alumnos. Se ruega a los que tengan carros particulares, asistir con ellos, a fin de prestar su servicio a quienes no poseen esta comodidad.

Para saber cuántos buses son necesarios para el transporte al lugar dicho, se ruega al personal firmar la lista de peregrinos que se ha abierto en la Secretaría de la Facultad.

11. Durante el mes de Julio se desarrolló un Cursillo de Anestesiología en el Auditorium de la Facultad de Medicina, a cargo de los distinguidos médicos Dr. Nacienceno Valencia, Dr. Guillermo Velásquez, Dr. Marceliano Arrázola, Dr. Carlos Emilio Mesa y Dr. Abel Sánchez. La asistencia a este Cursillo resultó nutrida, pues aparte de todos los Internos del Hospital de San Vicente de Paúl, concurren muchos médicos de la ciudad y Profesores de la Facultad. Este Decanato expresa los agradecimientos a todos los ponentes y directores de este interesantísimo Cursillo efectuado conjuntamente por la Facultad de Medicina y el Hospital de San Vicente.

12. Durante el mes de Julio se efectuarán los siguientes congresos: IIIº Congreso Internacional de Gastroenterología, en Londres y Oxford, del 12 al 22 de Julio. Es Presidente de este Congreso el Dr. Tunbridge, Dpto. de Medicina, General Infirmary, Leeds, Grande, Bretagne.

Congreso Internacional de Obstetricia y de Ginecología, que se efectuará del 20 al 24 de Julio en Génova, Suiza.

VII Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica en Méjico. III Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax en Barcelona (España). VI Convención Nacional de Gastroenterología en Barranquilla y III Congreso Panamericano de Endocrinología en Chile.

13. El Decanato de la Facultad de Medicina y el claustro, se asocian cordialmente a la celebración del aniversario de la Academia de Medicina de Medellín, que se efectuará el 7 del mes en curso, y se permiten felicitar a tan alta corporación académica por la excelente y provechosa labor que ha venido desa-

rollando en todos los tiempos de su existencia, como también le desean continúe cosechando éxitos cumplidos en todas sus actividades.

ALTA DISTINCION LE CONFIEREN A UNO DE NUESTROS ALUMNOS EN ESTADOS UNIDOS.

El Dr. JAIME BOTERO URIBE, hijo de Dn. Ricardo y Doña Elvira, es oriundo de Rionegro. Cursó sus estudios de bachillerato en el Liceo Antioqueño y en 1945 ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en donde terminó sus estudios profesionales en el año 1951 con un grupo de 65 estudiantes, entre los que descolló en el transcurso de su carrera profesional. En 1952 le correspondió hacer la Medicatura Rural en la ciudad de Aguadas y se hizo al aprecio general de la ciudadanía por sus grandes capacidades, por su vasta competencia, por su ética profesional y por su exquisita caballerosidad.

En el lapso de sus estudios profesionales fue siempre alumno cumplido, consagrado, buen compañero, amigo de la investigación, de excelente aprovechamiento, respetuoso y leal con sus superiores. Desempeñó el profesorado de Anatomía, Fisiología e Higiene en el Liceo Antioqueño por espacio de cinco años.

En 1953 presentó su trabajo de tesis titulado «ANOTACIONES SOBRE EL ESTADO HIGIENICO Y ASISTENCIAL DEL MUNICIPIO DE AGUADAS», el que fue calificado por un Tribunal de Honor como TESIS DE MENCION HONORIFICA, la primera sobre Medicatura Rural que alcanzaba hasta entonces esta alta calificación.

La Universidad de Antioquia le confirió el título de Dr. en Medicina y Cirugía el 19 de Mayo de 1953, y como joven de grandes aspiraciones se dirigió a Estados Unidos e ingresó a Touro Infirmary de New Orleans con el carácter de Interno, bajo la dirección del Dr. John C. Mackenzie. En esta institución ha sabido poner en alto el nombre de su patria y del Alma Mater, pues al celebrar el «Segundo Centenario de Touro Infirmary», confieren la «LLAVE DEL SERVICIO» sólo a quienes hayan sobresalido en sus trabajos realizados en un año de internado, y es la segunda vez que tal distinción otorga la entidad a los tres Internos que en los últimos 100 años se hayan destacado por el real mérito de sus trabajos. Son ellos el Dr. JAIME BOTERO URIBE, el Dr. DESHAUTREAUX y el Dr. MANSON. De esta suerte han recibido este galardón en los 00 años de existencia de Touro Infirmary, sólo 5 médicos Internos, de los 67 grupos que han recibido su entrenamiento médico en esta institución.

Los que conocemos a Jaime Botero Uribe no estamos sorprendidos de sus triunfos, porque su espíritu es grande, su voluntad templada en la disciplina del talento, su apreciación es severa y madura y el concepto que tiene de la vida no está arraigado en el utilitarismo sino en las disciplinas espirituales, únicas que engrandecen al hombre y lo colocan en el escalafón de la sabiduría y del bien.

La Universidad de Antioquia, y en particular este Decanato y la Facultad de Medicina, se congratulan muy cordialmente con el Dr. Botero, le felicitan de veras y hacen extensiva a sus padres y familiares su profunda complacencia por sus triunfos y por la alta y merecida distinción que le han conferido.

Dr. OSCAR DUQUE HERNANDEZ

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

DE LA CONFERENCIA DEL SR. MINISTRO DE EDUCACION

DR. DANIEL HENAO HENAO

La Universidad, lo dije en alguna ocasión, debe enfocar en forma distinta su tarea. Hasta hoy se ha dejado al libre crecimiento la creación indefinida de Facultades en cada Universidad nacional o departamental oficiales, sin contar con las posibilidades financieras, basadas siempre tales creaciones en los auxilios que vendrán y que muchas veces no llegan y sin tener en cuenta las posibilidades de empleo que encuentren los doctores salidos de su aulas. Por ello tenemos Universidades sin locales, con laboratorios rudimentarios, y profesionales sin clientela. En un solo año se crearon en una región del país tres Facultades de la misma rama en tres Universidades distantes una hora en avión la una de la otra, y en la más costosa de las especializaciones científicas. Hoy, muchas de esas Facultades se ven en grandes dificultades para conseguir personal docente y dicente, y en mayores dificultades se verán los alumnos en el futuro para conseguir el empleo de su profesión. Desearía convocar una reunión de Rectores de Universidades para estudiar con ellos éste y otros problemas ya enunciados y para que ellos propaguen el modo de revisar este sistema que parece defectuoso. No es racional, además, que mientras muchas Facultades de provincia están sin alumnos, rebosen las de la capital porque estudiantes provincianos desconfían de sus propias facultades regionales. Sólo quiero mencionar el caso de cursos de Facultad en que el número de alumnos oscila alrededor de seis mientras en Facultades de Bogotá pasan de 300.

La Universidad ha sido materia de todas mis devociones: a su amparo me formé, a ella he prestado mis servicios con dedicación y cariño, pero el Estado no puede seguir presentando al país el caso de un proletariado intelectual en el cual se gastan ingentes recursos, formando en veces contra su voluntad, por la presión de la familia y el medio, que piden y exigen doctores, al tiempo mismo que una tercera parte de la niñez colombiana y una proporción aún mayor de adultos no conocen ni la primera letra del alfabeto. Para coordinar esta tarea sería muy conveniente la creación de un Consejo Permanente de Universidades, que estudiara y aconsejara los métodos para enhebrar la cultura universitaria con las otras etapas del saber que le sirven de fundamento y de peldaño.

CARTA DEL DR. PELAYO CORREA

School of Medicine - Atlanta, Mayo 31 de 1954.

Sr. Dr. Alfredo Correa Henao
Redactor Jefe de ANTIOQUIA MEDICA.
Medellín, Colombia.

Muy estimado doctor Correa Henao:

Quisiera hacer algunos comentarios acerca de artículos aparecidos en el número de marzo de ANTIOQUIA MEDICA. Los submito a su consideración para ser publicados en la sección miscelánea de un número venidero de la revista.

En el interesante artículo del doctor Gustavo Isaza Mejía sobre carcinoma incipiente del cérvix uterino, noto que el caso N° 2 se presentó en una mujer embarazada. Quisiera llamar la atención sobre el hecho de que parece haber una diferencia entre la entidad carcinoma in situ en mujeres embarazadas y las no embarazadas. Algunos casos se han observado en los cuales un carcinoma in situ observado durante el embarazo ha desaparecido posteriormente. Uno de estos casos está descrito en el artículo del cual le incluyo reimpresos (Mullen & Foraker, *Obstetrics and Gynecology* 3: 274, 1954). Aunque este hecho no niega la posibilidad de que se puedan presentar verdaderos carcinomas in situ en mujeres embarazadas, sí implica que antes de hacer tal diagnóstico es necesario hacer biopsias repetidas de la lesión hasta seis a doce meses después del parto.

Acerca de la conclusión N° 3 en la que el autor dice que la biopsia del cérvix sólo debe hacerse cuando el estudio citológico es positivo, yo creo que esa es una opinión bastante personal. La biopsia del cérvix sigue siendo el método universal para el diagnóstico del carcinoma de ese órgano, lo cual no niega la utilidad del método citológico en algunos casos.

En el mismo número de la revista aparece un artículo del doctor Alberto Echavarría con una excelente descripción de un caso de anemia de células en hoz. Como el autor insiste en que es el primer caso descrito en Colombia, yo quisiera referirme al hecho de que el doctor Benjamín Mera publicó un estudio sobre dicha entidad hecho en Puerto Tejada (Cauca). El artículo aparece en el volumen 22 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, páginas 680-682, agosto de 1943. El autor estudió la sangre de 577 niños en aquella población que él calcula tener 80% de negros y mulatos. No encontró tendencia a formar células

en hoz entre los niños de raza blanca. En los de raza negra y mulata encontró una incidencia de 5,45% de meniscocitemia (tendencia a formar células en hoz sin síntomas clínicos) y 3,95% con anemia de meniscocitos. El total de casos positivos fue el 9,4% de la población estudiada. En los casos de la enfermedad observó los siguientes síntomas: anemia, ictericia, debilitamiento permanente, cólicos abdominales y úlceras de las piernas. El autor da a entender que aquél es un informe preliminar pero no sé si el estudio completo haya sido publicado posteriormente.

Le agradecería, si no es mucha molestia, que antes de publicar estos comentarios se los enseñe a los doctores Isaza y Echavarría.

Cordialmente, su discípulo:

Pelayo Correa Vélez

NOTA. En el mismo sentido se han recibido comunicaciones en relación con el trabajo del Dr. Alberto Echavarría R. sobre Anemia Falciforme. Estas comunicaciones han sido de los doctores Laurentino Muñoz y Augusto Gast Galvis; este último envió además un reimpreso de su artículo titulado "Meniscocemia".

PRIMERAS JORNADAS INTERUNIVERSITARIAS ARGENTINAS DE GASTROENTEROLOGIA

Rosario, 24 de agosto de 1954.

Señor Director
Antioquia Médica
MEDELLIN (Colombia)
Apartado 20-38.

En nombre de nuestra Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral y como residente de las "PRIMERAS JORNADAS INTERUNIVERSITARIAS ARGENTINAS DE GASTROENTEROLOGIA" me dirijo al Sr. Secretario de Redacción para solicitarle se digne hacer aparecer en la sección información de tan importante Revista Médica, el anuncio del mencionado evento científico que acompaño a la presente.

Muy agradecido por la atención que dispensará a lo solicitado, saludale con la mayor consideración y respeto.

Prof. Dr. Tomás Ocaña
Secretario

Prof. Dr. José M. Oviedo Bustos
Presidente

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

Primeras Jornadas Interuniversitarias Argentinas de Gastroenterología

A realizarse en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas

Del 3 al 6 de Noviembre de 1954.

ROSARIO — ARGENTINA

Con el auspicio del Ministerio de Educación de la Nación y sus Universidades y bajo la organización y dirección científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, del 3 al 6 de Noviembre del año en curso se llevarán a cabo las "PRIMERAS JORNADAS INTERUNIVERSITARIAS ARGENTINAS DE GASTROENTEROLOGIA", en la Ciudad de Rosario. Se ha elegido como temario oficial "El Yeyunoileon" y "El Mesenterio" en sus diversos aspectos-histoanatómico, fisiopatológico, anatomopatológico, clínico, radiológico, quirúrgico y terapéutico. Habrá también una reunión científica para temas libres. Ha sido designado Presidente de las mismas, el Profesor Titular y Director del Instituto de Clínica Médica, Dr. José M. Oviedo Bustos. Serán relatores, distinguidos eminentes profesores de nuestras Universidades del país y extranjeras.

Se invita a todas las Instituciones Científicas del país y a todos los colegas en general a asistir y presentar sus ponencias a dichas jornadas.

Para informaciones, adhesiones, dirigirse al Secretario General, Prof. Dr. Tomás Ocaña. Oficina: Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.

Calle Santa Fe 3100—Rosario.

FEDERACION MEDICA COLOMBIANA

Bogotá, Septiembre 8 de 1954.

Señores Doctores
LUIS GERMAN ARBELAEZ y
ORIOI ARANGO.
Presidente y Secretario del
Comité del Colegio Médico de Antioquia
MEDELLIN — Antioquia.

Para su conocimiento, tengo el gusto de comunicar a Uds. que la Directiva Nacional de la Federación Médica, para el período de 1954, 1955, quedó constituida, en la siguiente forma:

Presidente: Profesor JOSE DEL CARMEN ACOSTA.
Vice-Presidente: Profesor GUILLERMO URIBE CUALLA.
Secretario General: Doctor PEDRO C. ROJAS BUITRAGO.

Por Presidente Colegio Médico de Antioquia, Dr. Jorge Castro Duque.
" " " " " Atlántico, Dr. Vicente Néctor García.
" " " " " Caldas, Dr. Ramón Londoño Peláez.
" " " " " Cundinamarca, Dr. Mario Gaitán Yanguas.
" " " " " Bolívar, Dr. Alfonso Bonilla Naar.
" " " " " Boyacá, Dr. Rafael López Ruiz.
" " " " " Santander Norte; Dr. Laurentino Muñoz.
" " " " " Santander del Sur; Dr. Jorge Camacho Gamba.
" " " " " Tolima; Dr. Camilo Casas Santofimio.
" " " " " Valle; Dr. Jorge Vergara Delgado.

De Uds. atentamente,

Pedro C. Rojas Buitrago
Secretario General

TERCER CONGRESO PANAMERICANO DE ENDOCRINOLOGIA

Santiago, 9 de Julio de 1954.

Señor
Director de la Revista
Antioquia Médica
Facultad de Medicina
Medellín
COLOMBIA.

Estimado colega:

En nombre de la Comisión Organizadora del TERCER CONGRESO PANAMERICANO DE ENDOCRINOLOGIA, que se celebrará en Santiago de Chile del 21 al 27 de Noviembre del año en curso, me permito enviarle un folleto con el programa preliminar con el temario oficial y el reglamento de las comunicaciones, con el objeto que se sirva darle publicación en la Revista de su digna Dirección, para el conocimiento de las personas interesadas en este torneo científico.

No escapará a su elevado criterio, la trascendencia que para todos tendrá la oportunidad de un contacto directo con los más notables investigadores americanos, en el campo de una disciplina que está en permanente renovación y que abarca casi todos los aspectos de la medicina. De aquí el interés de que un gran número de personas esté informado de la realización de este Congreso, que tendrá una importancia continental.

Agradeciéndole la colaboración que Ud. pueda prestarnos en este sentido, aprovecho la oportunidad para invitarlo a participar en las reuniones del Congreso concurriendo personalmente a sus deliberaciones o, de no serle posible, enviarnos sus trabajos científicos relacionados con el temario para prestigio y éxito de la jornada.

Sin otro particular, lo saluda atentamente su affmo. colega y S.S.

Dr. Arturo Atria
Secretario General