

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 9 — MEDELLIN, OCTUBRE DE 1959 — N° 9

Continuación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.
Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Alfonso Aguirre C.
Decano de la Facultad

Dr. Gustavo González Ochoa
Presidente de la Academia

REDACTORES:

Dr. Héctor Abad G.
Dr. Joaquín Aristizábal
Dr. Marcos Barrientos

Dr. Alfredo Correa Henao
Dr. Antonio Escobar E.
Dr. Fernando Toro M.

ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"Antioquia Médica" publica 10 números anualmente.

CIRCULACION:

Cada número consta de 1.600 ejemplares.

Para el país, 960

Para el exterior, 450

"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.

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

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

SUMARIO:

EDITORIAL

Universidad y Maestros.—**Dr. Alfonso Aguirre Ceballos** 350

TRABAJOS ORIGINALES

Estudio comparativo de la Infección por Entamoeba Histolytica y otros parásitos intestinales en Indios y Blancos del Chocó (Colombia).—**Dr. Oscar Duque Hernández** 365

Intervención de Catarata después de Operaciones Fistulizantes Antiglaumatosas.—**Dres. Augusto Estrada E. y Julio Maldonado B.** 386

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Palabras pronunciadas por el **Dr. Tomás Quevedo** en el Banquete ofrecido a los Profesores Honorarios 391

Palabras pronunciadas por el **Dr. Benicio Gaviria** con motivo de la colocación de los retratos de los Dres. Luis Abad y Ernesto Rodríguez. . 394

ANTIOQUIA MEDICA

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

VOLUMEN 9 — MEDELLIN, OCTUBRE DE 1959 — Nº 9

EDITORIAL

UNIVERSIDAD Y MAESTROS

Dr. Alfonso Aguirre Ceballos
Decano de la Facultad de Medicina
de la U. de A.

Palabras pronunciadas por el Dr. Alfonso Aguirre Ceballos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el Acto Académico efectuado en el Paraninfo de la Universidad, para entregar los diplomas de Profesores Honorarios de la Facultad a los Dres. Joaquín Aristizábal M., Martiniano Echeverri D., Gustavo González O., y Hernán Posada G.

La asociación de los seres individuales para vivir en comunidad, no es solo un llamado de las propias fuerzas naturales, sino una elaboración definida y razonada de sus inteligencias.

Mediante la conjunción de ideas, esfuerzos y voluntades ha podido el hombre sostener el progreso de sus obras morales, intelectuales y materiales. La continuidad de millones y millones de vidas ha logrado la superación de culturas y civilizaciones y en esta primera década de la segunda mitad de nuestro siglo, vemos al hombre aún no dueño y señor de su planeta, con sus ojos y sus deseos colocados en las esferas vecinas del sistema solar.

A través de la historia la continuidad y conjunción de las sociedades, ha sido posible gracias a "ideas-aglutinantes" y "hombres-anTORCHAS" que han sabido representar y simbolizar el común de las aspiraciones.

En las Universidades, donde la asociación de los individuos ocurre en modo más noble y elevado, para lograr el conocimiento a través de la búsqueda de las verdades, toman dimensión más amplia y acentos más puros las "ideas-aglutinantes" y los "hombres-antorchas". La Universidad es el crisol donde se depura el ser humano, el ámbito donde se estructuran las personalidades, el hogar donde se gestan las ideas, el alma mater de las culturas.

La Universidad es el foco donde concurren los hombres ansiosos de verdades y de conocimientos y en sus recintos espirituales, que son secundarios los materiales, el que más tiene da y en esta forma recibe y el que menos tiene recibe y sin pensarlo también da. Allí en sus aulas y laboratorios debe haber una comunión de ideales, una semejanza de aspiraciones, una conjunción de esfuerzos.

Docentes y dicentes deben ser los mismos en cualidades de humildad, desinterés, amor y generosidad. Entre ellos solo deben existir las diferencias cuantitativas del que por más cargado de años y de vigiliias de estudio, va iluminando el camino del más ligero en años y con menos equipaje de conocimientos.

Pero todos deben ser uno en su amor y esfuerzo frente a las humanidades, las ciencias y las artes.

La Universidad debe ser un solo cuerpo con diversidad de órganos y de funciones, pero con individualidad propia, con alma particular, con la misma sangre circulando e irrigando el todo.

Con la característica de que sus células-individuos, un día son dicentes, al otro docentes sin por eso dejar de ser dicentes, y otro buen día por merecimientos propios y varias veces por azar o bondad de las circunstancias, pasan a ser cabezas dirigentes de este cuerpo universitario. Y así vemos como en el curso de pocos años, el que ha sido nuestro oyente, pasa a ser nuestro maestro.

Bella y satisfactoria continuidad de esfuerzos y de vidas. Somos en la Universidad un todo armónico y unido. Por eso extraña tanto a los espíritus universitarios las divergencias y luchas que en ocasiones y sin motivos suficientes aparecen en sus recintos. No me refiero a la emulación por el saber —motor estimulante de progreso— ni a la lucha por ideas diversas, pero cada una con verdades propias y peculiares; sino a las las luchas intestinas que por la entrada de factores distintos a los que le son propios a la Universidad, desencadenan trastornos y conmociones que originan desarreglos en su armonía y

ocasionan detenciones a veces irreparables en su desarrollo. Tal vez esto sea, particularidad propia de Universidades jóvenes, que aún no han creado los "anticuerpos" suficientes para defenderse de los patógenos "antígenos", cuales son: incidencias politiqueras —para no mal usar de la palabra política—, apasionados y torpes personalismos y menos aún en nuestro medio, presiones de casta o de dinero.

La Universidad debe tener su propio medio interior, que en perfecto equilibrio se reparte entre: inteligencia para razonar o idear, libertad para elegir lo mejor y apropiado y voluntad que origina el esfuerzo que logra lo ideado y escogido.

Entre los varios componentes de la Universidad, permitidme que me refiera hoy solo a uno de ellos, a quienes les damos el sonoro y armonioso nombre de maestros.

Estamos ante la presencia corporal de cuatro de ellos en quienes hoy queremos espiritualizar a todos los que han alumbrado las aulas, laboratorios y salas hospitalarias de nuestra joven Escuela Médica.

Ser maestro no es ser dómine, ni ser autoridad. Ser maestro significa guiar, dar, y amar.

Guía para los que empiezan a abrir los ojos a la luz y en sus pasos vacilantes necesitan de una tea que los conduzca. Dáviva para brotar en fuente donde todos beban y calmen su ansia de conocimientos; donación de mente cristalina de donde irradian en llamaradas su sabiduría y su arte. Amor para tener la generosidad en la entrega de conocimientos y habilidades, para colmarse de paciencia frente a los errores y los titubeos de los discípulos que en sus manos germinan amor que engendra la humildad suficiente para contrarrestar la soberbia y el envanecimiento de los falsos sabios. La labor educativa es ardua y tensa tarea que solo puede lograrse cuando ponemos como denominador común de todas nuestras acciones, el amor.

El maestro no es aquel que trata de hacer burda imitación suya en quien lo sigue y lo oye, sino el que da de sí todo lo que tiene para que su discípulo asimile lo suficiente y necesario para cuajar su propia personalidad.

El educador que intenta sustituir al discípulo en la formación de su particular individualidad deja por ello mismo de ser maestro, ya que educar es ayudar y contribuir a formar y estructurar la personalidad y a que el educando se haga un espíritu consciente y libre, con capacidad de pensar y de querer por sí mismo.

Toda educación que siga el sencillo camino de aplicar reglas pedagógicas o se torne en un simple procedimiento mecánico de enseñar teorías o técnicas, se hace negación de la obra educativa: podrá armar máquinas, no crear hombres; logrará construir autómatas, no vivificar espíritus libres, conscientes y responsables, capaces de hacer uso de su inteligencia, su voluntad y su libertad. Bien dice Plutarco: "Las almas no son ánforas que se hayan de llenar, sino fuegos que se han de encender".

En su prístino sentido podemos decir que educar, es ejercitar la libertad, con este ejercicio que es disciplina interior poder conocer el valor exacto de las cosas, en el conformar el propio comportamiento y así seguir el camino del sabio que es la depurada ecuación de maestro y discípulo.

Qué fácil es decir estas cosas, frente a estos cuatro "hombres-anorchas" de nuestra Universidad, maestros de nuestra Facultad de Medicina ahora sin cátedra fija, pero con residencia estable en su reino espiritual.

Para no cometer error en el orden que daré a la pública y corta citación de sus méritos, daré la primacía al alfabeto y podré comenzar con el nombre de:

JOAQUIN ARISTIZABAL. Hijo de su propio esfuerzo personal. En medio del ajetreo y la fatiga del ejercicio profesional en una población de las breñas de esta Antioquia, logra cuajar una de las mentes médicas más amplias y enciclopédicas de nuestro medio. Su audacia y habilidad operatorias lo lanzaron a efectuar intervenciones hasta ese entonces no practicadas en el Hospital de San Vicente de Paúl y tras su palabra incisiva e irónica siguen numerosos discípulos que hoy en la clínica y la cirugía dan lustre al nombre de la Escuela de Medicina.

Joaquín Aristizábal es maestro acogedor y cordial, dispuesto a dar el honesto consejo, no solo en materia científica, sino en problema humano, en momento de incertidumbre o de duda. Y tras su aspecto hosco y su frase cortante, se esconde un puro corazón y una mente limpia de prejuicios y envidias.

MARTINIANO ECHEVERRI DUQUE. Símbolo de varonil entereza y de gallarda generosidad. Frente a su nombre que bien suena y ondea el castellano y castizo título de Don. En la memoria de quienes

por entonces eramos revoltosos y casi irresponsables estudiantes, bien quedó grabada su erguida y serena figura, cuando le tocó enfrentarse a uno de los más absurdos movimientos que registra la historia de nuestra Alma Mater. Y cuando las fuerzas del fanatismo y de la ignorancia política se conjuraron para derribar nuestra embrionaria escuela médica, él supo tener mano segura y esperanzado corazón para salvar la tormenta e iniciar la parte más fecunda y pródiga de nuestra existencia.

Martiniano Echeverri Duque es el varón del señorío, el colega de la silenciosa generosidad, el maestro espiritual de muchos que no tuvimos la fortuna de oír su palabra docta y amena, pero que de lejos conocemos su vida y nos sirve de ejemplar vivencia.

GUSTAVO GONZALEZ OCHOA. Audaz y estudioso adalid de los niños. Su parla de fluída adjetivación, es el señuelo que pone para atraer las imaginativas mentes de sus discípulos, al humano y social problema de la niñez desvalida y enferma. En horas de oscuridad despótica, se sirvió de las blancas páginas de las historias clínicas, para dar la estremecida clarinada de la libertad y de la democracia a las entonces adormecidas juventudes. Tiene la fortuna de haber creado Escuela Pediátrica y sus numerosos discípulos, hoy doctos profesores, siguen plenos de entusiasmo rompiendo los caminos de la redención infantil.

Gustavo González Ochoa verá culminar en pocos meses la máxima obra de su vida, cuando abra sus puertas el Hospital Infantil "Arzobispo Caicedo" y se llenen sus salas con las caras conturbadoras de los niños enfermos.

HERNAN POSADA. La modestia y los conocimientos humanísticos son la concreción depurada de este hombre. Su misma figura patriarcal, toda envuelta de negro, desde cuando en fecha aciaga el dolor golpeó fuertemente su enamorado corazón, en una plástica corporalización de nuestro ideal del médico. Cuánto aprendimos no solo de su palabra, sino de la misma inflexión de su voz, de la sencillez de su ademán, de la decencia de su gesto. Nunca ha brotado de sus labios, no digamos un concepto hiriente para un colega, siquiera un término destemplado o enunciado en alta voz.

Hernán Posada nos ha enseñado el desinterés por los bienes temporales, llámense ellos honores o riquezas, cuando ha recibido los pri-

meros no han conmovido para más su depurada y sencilla personalidad y en su desprecio para los segundos, es vivido y necesario ejemplo para las actuales juventudes que hacen de ellos estímulo principal y en veces único.

Señores Doctores Hernán Posada, Gustavo González Ochoa, Martiniano Echeverri Duque y Joaquín Aristizábal, en este momento cuando se os entregan los diplomas que os acreditan como PROFESORES HONORARIOS de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se establece una doble y honorífica corriente. La Universidad os honra al llevaros a ocupar destacada posición académica en su Claustro y en manera semejante vosotros honrais a vuestra Universidad cuando de nuevo cruzáis su portón en cuyo dintel hoy refulgen dos palabras:

GRACIAS MAESTROS.

Medellín, 1959

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INFECCION POR ENTAMOEBA
HISTOLITICA Y OTROS PARASITOS INTESTINALES EN INDIOS
Y BLANCOS DEL CHOCO (Colombia)**

Por Oscar Duque, M. D.
Graciliano Arcila, Lic. Antrop.; y
Horacio Zuluaga, M. D. (*)

INTRODUCCION

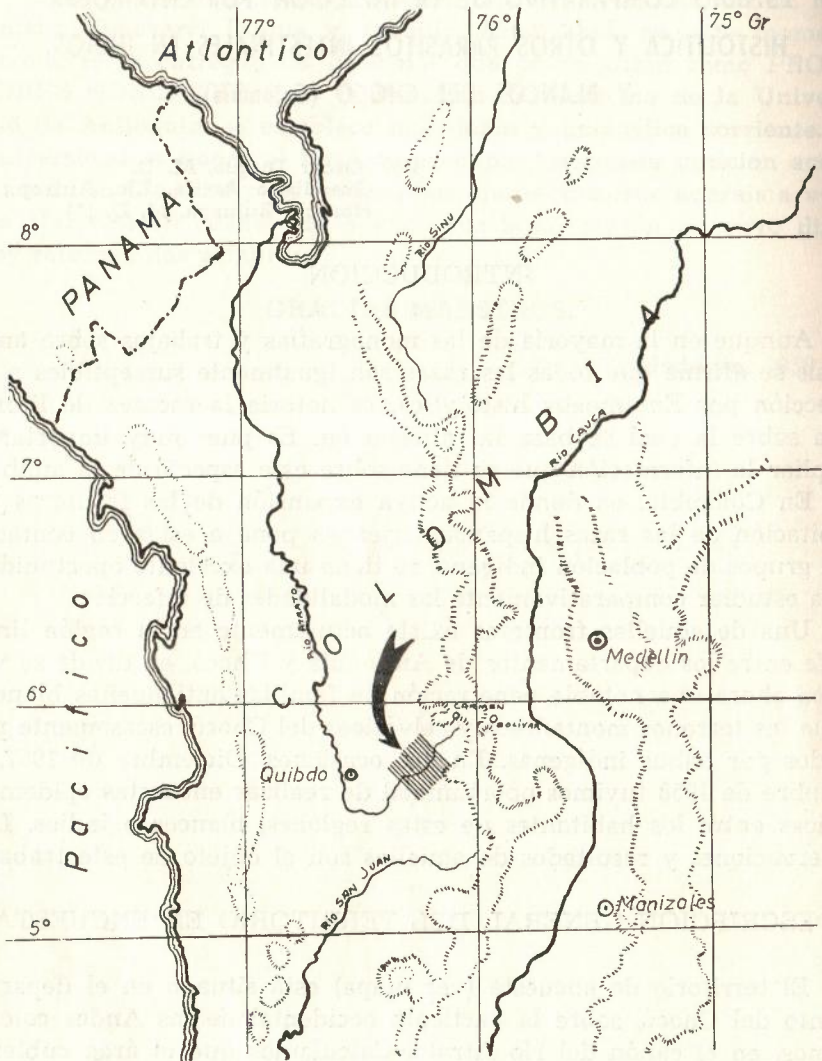
Aunque en la mayoría de las monografías y trabajos sobre amibiiasis se afirma que todas las razas son igualmente susceptibles a la infección por *Entamoeba histolytica*, es notoria la escasez de literatura sobre la cual se basa tal afirmación. Es pues muy importante ampliar la información que se tiene sobre este aspecto de la amibiiasis. En Colombia, en donde la activa expansión de las fronteras de habitación de las razas hispanoamericanas pone a estas en contacto con grupos de población indígena, se tiene una excelente oportunidad para estudiar comparativamente las modalidades de infección.

Una de aquellas fronteras existe actualmente en la región limítrofe entre los departamentos de Antioquia y Chocó, en donde se verifica ahora una notable penetración de familias antioqueñas blancas hacia los terrenos montañosos y selváticos del Chocó, escasamente poblados por tribus indígenas. En dos ocasiones, Diciembre de 1957, y Octubre de 1958 tuvimos oportunidad de realizar encuestas epidemiológicas entre los habitantes de estas regiones, blancos e indios. Las observaciones y resultados de aquellas son el objeto de este trabajo.

DESCRIPCION GENERAL DEL TERRITORIO EN ENCUESTA

El territorio de encuesta (ver mapa) está situado en el departamento del Chocó, sobre la vertiente occidental de los Andes colombianos, en el cañón del río Atrato. Calculamos que el área cubierta

(*) Departamentos de Patología y Parasitología, Facultad de Medicina, e Instituto Antropológico, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



por el estudio pudo tener un radio de unos 25 kilómetros, con centro en un lugar llamado "El Piñol", sobre la carretera que une las poblaciones de Bolívar y Quibdó.

El territorio es extremadamente abrupto y empinado; su temperatura media es de 25°C, pero por razón de la gran pendiente de la cordillera, los habitantes situados en el extremo más occidental viven en un clima tórrido (31°C), mientras que los del extremo oriental gozan de un clima más fresco (aprox. 22°C). Toda la zona es intensamente lluviosa siendo el promedio de precipitación probablemente mayor que el de Quibdó (675 cm. anuales), que está situado en el valle del río Atrato. La zona es recorrida por una estrecha carretera de montaña a lo largo de la cual se encuentran claros en el monte con viviendas de colonos, pastizales y sembradíos donde el terreno lo permite. No hay electricidad en la región y la vida, tanto de los indios como de los colonos es pobre y precaria. Hace poco tiempo se estableció una escuela misional de la que se están beneficiando los niños de ambos grupos raciales.

LA POBLACION

1.—Grupo Indígena

Los indígenas estudiados pertenecen al grupo Cholo, de los Chocós, pertenecientes a su vez a la rama lingüística Katio de la gran familia Caribe, repetidamente estudiada desde el punto de vista etnológico y lingüístico (Ortiz 1). Estos aborígenes son relativamente cortos de estatura, fornidos, de tez cobriza oscura, facciones angulosas, ojos ligeramente mongólicos y cabello lacio y negro (Fig. 1). En los rasgos de algunos se nota influencia caucásica, probablemente remota ya que se casan entre ellos. La mayoría son cristianos pero conservan aún creencias y ritos ancestrales que combinan con la nueva fe de manera a veces bizarra y pintoresca. Los niños están asistiendo a la escuela pero entre los adultos no encontramos ninguno que supiera leer y escribir. A pesar del establecimiento de colonos blancos en la región, sus hábitos ancestrales de vida no han sufrido cambios severos, notándose sin embargo el impacto de las nuevas circunstancias en el reemplazo de algunas palabras de su idioma por la correspondiente española.

Ninguno de los indios usa calzado y la mayoría solo viste camisa y pantalón cuando salen a las regiones vecinas de la carretera, pues en sus casas van escasos de ropa. Todos ellos se dedican a la agricul-

tura, cultivando principalmente maíz, yuca y plátano que cocinados de manera tosca, forman la mayor parte de su dieta, complementada con pescado y ocasionalmente con otras carnes. Su manera sencilla de vivir les permite bastarse a sí mismos, ya que de la venta de sus escasos excedentes agrícolas obtienen con qué comprar algunas ropas y sencillos utensilios.

El indio es monógamo y entre ellos existe la unidad familiar de padres e hijos, pero otras relaciones de parentesco son vagas; los matrimonios son prolíficos pero la mortalidad infantil parece ser muy alta. En cada casa se albergan, además de la familia inmediata, personas mayores y niños cuyos nexos familiares no son fáciles de establecer. Por esta última circunstancia nos vimos forzados a desistir de clasificar los grupos de indios por familias.

Las casas o bohios son todos de madera redonda, edificadas sobre pilotes de troncos, de tal manera que al piso, hecho de esterilla de guadua, deben subir por una escalerilla de tronco labrado (*). La planta es circular, el techo pajizo y cónico y las paredes hechas de cañabravas ligadas (Fig. 2). El primer piso es la sala común que contiene los elementos de cocina y un caldero central alrededor del cual se sienta la familia para comer, sacando cada uno con la mano o con una totuma lo que guste. Un zarzo provisto de hamacas y esterillas sirve de dormitorio común (Fig. 3). Las necesidades fisiológicas de exoneración se cumplen en algún lugar discreto alrededor de la vivienda. Ninguna de las casas estaba dotada de agua corriente ni de letrinas y no parecía existir entre los indios ninguna razón para mantener las manos limpias. En las habitaciones y personas había evidencia de contaminación fecal. Es costumbre muy generalizada la de criar cerdos que viven debajo de la casa o en lugar cercano.

2.—Colonos Antioqueños

Todas las familias de colonos examinadas pertenecían al grupo blanco antioqueño cuyas características han sido bien descritas (Parsons 2). A estas gentes, venidas en su mayoría de las poblaciones de Carmen de Atrato, y de Bolívar las distingue su dominante sentido

(*) Situación que no ha variado desde la conquista si hemos de creer lo que nos dice Jorge Robledo en su Descripción de los pueblos de la provincia de Anserma: "En las provincias de Sima y Tatape y Chocó llámanse por sí de barvacoas en indio, llámanlas así porque todas las casas las tienen amarradas sobre altos y grandes maderos, por causa de la vanidad, suben a ellas por escaleras, y de noche las alcan..." (Ortiz, loc. cit. pág. 273).

familiar, su independencia, y su trato rudo y franco. Muy pocos de ellos saben leer y escribir pero sus niños están asistiendo a la escuela. Los colonos se dedican en su mayoría al trabajo en aserríos o como peones al cuidado del mantenimiento de la carretera. Muy pocos trabajan solamente en la agricultura pero alrededor de cada casa se ven pequeñas huertas con sembrados de maíz, yuca y plátano que constituyen, como para el indio, la mayor parte de su dieta, complementada una o a lo más dos veces por semana, con carne o huevos, o leche, pero raramente los tres.

Al establecerse en la región, el antioqueño limpia un área de monte y levanta una casa de madera toscamente aserrada y peor junta que por todas partes deja huecos y hendidias (Fig. 4). La casa tiene generalmente dos alcobas, un recibo y un área de cocina que sirve a la vez de comedor. En casi todas las casas examinadas había agua corriente traída por tubos de guadua a la cocina (Fig. 5). Las letrinas (Fig. 6), eran invariablemente hechas de tablas sobre un hoyo o cañada secos, pero lavados a menudo por las frecuentes lluvias. El menaje doméstico es rústico pero suficiente para la vida sencilla de los habitantes; notamos el interés de las amas de casa por mantenerlas ordenadas y limpias, labor difícil, o bien por la abundancia de niños, o por la frecuente invasión de las habitaciones por cerdos, terneros, gallinas y perros. En casas y personas se podía descubrir indicios de contaminación fecal.

Las familias son muy numerosas siendo rara la que tiene menos de 5 hijos. Los adultos usan calzado pero la mayoría de los niños van descalzos. A diferencia de los indios que recurren al curandero cuando están enfermos, el colono blanco aprecia los servicios del médico que no siempre puede obtener por razón de su escasez. Mientras que el indio gusta de vivir solo en casas muy distantes unas de otras, el colono demuestra un espíritu gregario y comunal, y sus casas se encuentran en grupos de dos o tres, pero separadas la una de la otra.

METODOS

En la primera encuesta solo los indios fueron examinados. Previamente les habíamos anunciado nuestro viaje, solicitándoles también que se reunieran con sus familias en "El Piñol", donde había facilidades para alojarlos. El primer día se empleó en ganar la confianza de los nativos obsequiándoles ropas, telas, pequeños utensilios, drogas y golosinas. A cada jefe de familia se le dio instrucciones y se le proveyó de suficientes vasos parafinados para todos sus dependien-

tes. Un procedimiento similar se siguió con los colonos blancos, que fueron examinados en la segunda encuesta. En cada muestra se anotó el nombre, edad, sexo y la familia a la que pertenecía; esto fue fácil en el grupo antioqueño, pero con los indígenas se tuvo dificultad para agruparlos en familias por la imprecisión de sus datos respecto a parentescos.

Se examinó un total de 46 indios, de los cuales 24 eran mujeres y 22 hombres. La distribución por edades abarcó desde un niño de 9 meses hasta un viejo de 81 años (cuadro I). En el grupo de colonos se examinó un total de 176 personas, 80 hombres y 96 mujeres, distribuidos en 22 familias, con un promedio de ocho individuos por familia. En este grupo los extremos de edad (cuadro II) estuvieron representados por dos niños de 9 meses, y un hombre de 75 años. Consideramos que ambos grupos son una muestra representativa de las respectivas poblaciones, dentro del área ya delimitada.

Se examinó una sola muestra fecal de cada individuo, sin purgante previo. En su gran mayoría las muestras fueron sólidas, formadas, y en todas se podía observar a simple vista deshechos no digeridos de frisoles, yuca y plátano, los cuales producían una intensa coloración violeta con la solución yodurada. Las pocas muestras semisólidas obtenidas se examinaron inmediatamente; las demás dentro de pocas horas después de su entrega. Cada muestra se examinó en solución salina y en lugol, en la misma placa; las muestras negativas se homogenizaron en solución salina y se repitió su examen varias veces. Aquellas muestras negativas aún con este procedimiento se fijaron en formaldehído y se trajeron al laboratorio en Medellín en donde se sometieron a concentración por flotación según el método de Faust al sulfato de zinc. Para estimar la relativa abundancia de parásitos por muestra se adoptó una escala arbitraria de + a +++++. Se determinó el diámetro de los quistes de *E. histolytica* en algunas muestras tomadas al azar pero no se continuó el procedimiento cuando se advirtió indiferencia en la distribución de razas grande y pequeña, estimadas por la incidencia de quistes mayores o menores de 10 micrías.

La encuesta se completó con la inspección de un número representativo de viviendas, anotando en cada caso el tipo de construcción, dotación de agua, disposición de excreta, menaje, grado relativo de limpieza, y aglomeración de las familias, que era notable en ambos grupos.

RESULTADOS (*)

A — Indios

De los 46 individuos examinados solo 3 fueron negativos para cualquier parásito. Veintiocho (60%) estaban parasitados por *Entamoeba histolytica* (cuadro I); de estos, 3 niños de 7, 7 y 9 años tenían trofozoitos en las heces, una de las cuales era diarreica y glerosa. La mayor incidencia por edad se encontró en la segunda década con 83% de infección. En 23 individuos (50%) había infección por *Entamoeba coli*; *Iodamoeba butschlii* se encontró en 13 indios (28%). El más intenso parasitismo fue por *Ascaris*, presente en 34 personas (74%), mientras que *Trichiuris trichiura* y *Ancilostomídeos* se encontraron en 14 indios (30%) respectivamente.

Se encontró una marcada preponderancia de la infección amibiana en mujeres pero la infestación por nemátodos fue indiferente al sexo, como se ve por los siguientes datos:

		E. histol.	E. Coli	Iodamoeba	Ascar.	Tricocef.	Ancilost.
24 mujeres	%	75	58	33	70	33	29
22 hombres	%	45	41	22	77	27	32

B — Colonos Blancos

1 — Resultados Generales

Solo 14 de los 176 individuos examinados fueron negativos para cualquier parásitos. 74 personas (42%) estaban parasitadas por *E. histolytica* (cuadro II); el pico de incidencia correspondió a la segunda década con 50% en mujeres y 53% en hombres. Se encontró trofozoitos solamente en las heces semisólidas de una mujer de 45 años, sin sintomatología. *Entamoeba coli* estaba presente en 64 individuos (37%); *Iodamoeba*, en 35 (20%), y *Endolimax nana* en 38 (21.5%). En

(*) Nota: Las cifras de incidencia encontradas en esta encuesta para los diversos parásitos no deben tomarse como Incidencia Real. Es un hecho generalmente admitido que la Incidencia Observada, en una encuesta limitada, puede ser muy diferente de la Incidencia Real, y en nuestro caso estamos convencidos de que esta última habría sido considerablemente más alta multiplicando el número de exámenes por persona, y aplicando métodos de concentración consistentemente, lo cual no era posible en las circunstancias en que se llevó a cabo este trabajo. Las cifras de incidencia observada tienen pues solo un valor relativo, suficiente para los fines buscados.

este grupo, *Ascaris* tuvo también la más alta cifra de incidencia con 118 individuos (66.5%) parasitados. Se encontró 12 personas con quistes o trofozoitos de *Giardia*, 11 de ellos menores de 9 años. En 67 individuos (38%) había infección por tricocéfalos, y en 41 (23%) por *Ancilostomídeos*.

La infección por *E. histolytica* fue más pronunciada en mujeres que en hombres, debido a una notable preferencia por el sexo femenino en la primera década (47.3%), sobre el masculino (33%), que desapareció en la segunda y tercera décadas para invertirse en la edad madura pero con balance favorable a las mujeres. La infección por nemátodos fue relativamente indiferente al sexo como puede verse en las cifras siguientes:

	<i>E. Histol.</i>	<i>E. coli</i>	<i>E. Nana</i>	<i>Iodam.</i>	<i>Ascar.</i>	<i>Tricoc.</i>	<i>Ancilost.</i>
96 mujeres	% 46	41.6	21	21	73	39.5	21
80 hombres	% 34.5	30	22.5	19	60	36.2	26

2 — Características de la Infección Familiar

Solo una de las 22 familias se encontró libre de infección por *E. histolytica*; en las demás el grado de infección fue variable pero casi siempre severo, pudiéndose demostrar una relación directa entre la severidad de la infección y el tamaño de la familia:

Nº de personas por familia	Incidencia de Infección por <i>E. histolytica</i>
4 - 6	37%
6 - 10	45%
10 - 15	48%

En cinco de las 22 familias había menos de dos personas infectadas. Todas las familias infectadas por *E. histolytica* lo estaban también por *E. coli*, pero esta situación no se encontró necesariamente entre los individuos infectados por una u otra amiba. El cuadro IV muestra una familia numerosa con intensa parasitización por *E. histolytica*, otras amibas, y nemátodos. En el cuadro V se ve otra familia de tamaño comparable en la cual la infección por *E. histolytica* es ligera, al paso que la contaminación por otros parásitos es severa. obsérvese en estos dos cuadros la relativa independencia entre la infección amibiana y la helmíntica.

ANALISIS

El cuadro III muestra los porcentajes comparativos de la infección por *E. histolytica*, *E. coli*, y *Ascaris* en los grupos de indios y blancos. Se ve que en el indio la infección por *E. histolytica* (60%) es más severa que en el blanco (42%); igual cosa ocurre con la infección por *E. coli*, pero la tendencia no es la misma cuando se consideran porcentajes de infección por nemátodos: *Ascaris*, Tricocéfalos y Ancilostomídeos, que en el indio son respectivamente 74, 30, y 30; y en el blanco 66, 38 y 23.

El grado diferente de infección amibiana no puede ser debido a una relativa inmunidad del blanco ya que probablemente ambos grupos han estado expuestos al parásito por un largo tiempo; por otra parte, tanto en los indios como en los blancos el síndrome disentérico es raro y, aún más, entre nuestros pacientes hospitalarios blancos, provenientes de medios socio-económicos similares al estudiado aquí, la disentería amibiana se observa con frecuencia. La dieta no explica tampoco las diferencias observadas pues es muy similar en ambos grupos; ni la presencia de letrinas en la habitación del blanco contribuye al esclarecimiento del problema ya que todas las que vimos eran mal situadas y de defectuosa construcción, pudiendose pensar más bien que sirvieran como focos de diseminación. Mackie (3) ha demostrado que la letrina, aún bien construída, si erradica la infección helmíntica, no tiene efecto sobre la epidemiología de la amibiasis.

El papel que juega el agua de consumo, exceptuando brotes epidémicos por contaminación masiva de las fuentes, ha sido muy discutidos. Mackie (4), en un estudio parasitológico de una comunidad urbana encontró que la cifra de infección en familias que usaban agua del acueducto municipal era de 5,2% mientras que las que usaban agua de otro origen tenían 24,5% de infección. Sin embargo, es aparente en este caso que el primer grupo pertenecía a un nivel socio-económico superior ya que en el estudio de una comunidad uniformemente pobre Eyles (5) no encontró ninguna diferencia entre quienes tenían agua corriente en sus casas, y los que la traían de otras fuentes. En esta encuesta encontramos agua corriente en las cocinas de casi todas las casas de colonos blancos y creemos que esto puede ser factor de alguna importancia para explicar su menor grado de infección puesto que agua corriente en la casa es un factor de limpieza, y esta es enemiga de la amibiasis.

Hay tres factores que nos parecen decisivos para explicar a diferente intensidad de infección amibiana entre blancos e indios: 1 —

la costumbre de los indios de comer de una misma olla, tomando sus alimentos con las manos ya contaminadas en un ambiente altamente infectado. 2 — El indio es poco melindroso en la selección y preparación de sus alimentos como lo demuestra el hecho de que cuando aquellos escasean come casi cualquier cosa que pueda masticar. 3 — Aunque el grado de instrucción de los colonos blancos es muy bajo, todos aquellos con quienes hablamos tenían alguna idea sobre el modo como se transmiten las enfermedades infecciosas, resultado de su contacto ocasional con médicos y campañas sanitarias. En cambio el indio, separado de estos medios de comunicación tanto por la valla del idioma, su aislamiento y su carácter reservado, como por su apego a prácticas empíricas ancestrales, no tiene sobre el asunto ninguna idea que pudiéramos llamar científica.

Nos parece que estas consideraciones explican las diferencias encontradas en la intensidad de la infección amibiana sin necesidad de introducir el factor racial. Ellas concuerdan por otra parte con el postulado de contagio amibiano por contactos personales, como se ve al considerar la mayor prevalencia en niños de 5 a 15 años, y en mujeres. Recordemos que las cifras de infección por helmintos, cuyos huevos no son directamente infectantes, muestran una tendencia epidemiológica diferente a la de las amibas entre los grupos estudiados, reflejando un modo de transmisión en el cual el contacto personal íntimo no juega un papel tan prominente. Aquellas consideraciones destacan también la importancia de factores sociológicos y culturales en la epidemiología de la amibiasis similares a los propuestos por Buchanan (6) para explicar la mayor infección de tropas hindúes comparada con la de tropas británicas en India, y por Elsdon-Dew (7) para aclarar las diferencias de infección entre bantús, hindúes y blancos de Sur Africa.

La naturaleza de este estudio hace conveniente algunas consideraciones sobre las características de infección por *E. histolytica* en el negro. Amaral y Pires (8) en el Brasil, dan los siguientes porcentajes de infección en un grupo de 289 personas: 36,4 en mulatos; 39,6 en blancos y 52,6 en negros. Galvao (9), también en el Brasil, confirma estos hallazgos dando para zona urbana una infección de 10,2% en blancos y de 15,3% en negros; y en zona rural 16,4% en blancos y 23,6% en negros. Infortunadamente no se dan detalles amplios en estos trabajos sobre el modo de vida y hábitos de las comunidades estudiadas, los cuales podrían explicar por sí solos las diferencias mencionadas. Mackie (10) no halló divergencias en el grado de contami-

nación de escolares blancos y negros, pero las familias de los niños negros contaminados tuvieron una incidencia de casi el doble de las de escolares blancos infectados. Estos resultados inducirían a creer que el negro sufre de una mayor susceptibilidad a la amibiasis, pero los hallazgos de Basnuevo (11) en Cuba son completamente contradictorios: 62% en el blanco; 17% en negros y 21% en mestizos. El autor citado afirma que en Cuba la disentería amibiana se observa con mayor frecuencia y mayor gravedad en el blanco que en el negro. Los hallazgos de Eyles (loc. cit.) son paradójicos, pues este autor no encontró diferencias de infección entre negros y blancos, aun cuando las condiciones de vida de los blancos eran mejores que las del negro (Tennessee). De todo esto nos parece que la única conclusión que se puede sacar en limpio es que no existe una mayor susceptibilidad de uno de estos grupos raciales, y que las diferencias publicadas podrían quizá explicarse sobre una base de factores socio-económicos.

Resalta en nuestro estudio el carácter familiar de la infección amibiana. De 22 familias solo una resultó negativa (?); en cinco familias, dos de 4 miembros, dos de 5 y una de 11 miembros, había uno o dos miembros contaminados, mientras que en todas las demás el grado de infección fue severo. Otros autores han llamado la atención sobre el mismo asunto; Mackie (10) encontró que la cifra de infección en familias de escolares infectados era de 34%, y de solo 0.6% en las de escolares negativos. El estudio de nuestros protocolos nos demuestra que si hubiéramos empezado la encuesta con los alumnos de la escuela misional, los resultados habrían sido muy similares a los mencionados arriba. Digno de notarse es la relación muy clara entre el tamaño de la familia (que en nuestro caso podría llamarse grado de aglomeración, pues el tamaño de las casas no varió con el número de habitantes), y el grado de contaminación amibiana.

Las cifras de infección amibiana encontradas en el grupo indígena, son las mayores publicadas en Colombia, hasta donde lo sabemos. En la literatura pertinente la cifra vecina inferior es de 53,7%, encontrada por Kofoid (12) entre los obreros de la zona bananera de Santa Marta. No es para extrañarse que los habitantes primitivos de una región húmeda y cálida puedan estar tan parasitados. Lo que sí llama la atención es que el síndrome disentérico sea tan raro entre ellos. Quizá el fenómeno se explique en parte por una alta inmunidad, ya que en los grupos estudiados la infección se adquiere muy temprano: 39,3% de los niños entre 1 y 5 años y 41,8% de los niños entre 5 y 10 años estaban infectados. Faust (13) ha sugerido que una dieta excesivamente rica en carbohidratos podría prevenir contra el

síndrome disentérico al suministrarle a la amiba suficiente nutrición en forma de granos de almidón libres en la luz intestinal, sin que tengan que invadir la mucosa para nutrirse. Sin embargo, entre los bantús e hindúes de Surafrica, que comen un exceso de harinas en su dieta, la amibiasis es frecuente y grave (14); y nuestros casos hospitalarios de disentería amibiana severa o fatal, ocurren en su inmensa mayoría, entre individuos del grupo socio-económico inferior que, como los de esta encuesta, son grandes comedores de harinas. Como puede verse, en este capítulo, como en tantos otros de la amibiasis, hay amplio campo de estudio.

CUADRO I
AMIBIASIS — EPIDEMIOLOGIA — INDIOS

EDAD	0-1	1-5	5-10	10-20	20-40	40-80	Total
Nº Examinado	1	5	6	12	16	6	46
E. Histolytica		1	6	10	7	4	28
E. Coli		2	5	7	7	2	23
Iodamoeba			2	4	4	3	13
Ascaris	1	1	6	12	10	4	34
Tricocefalo			3	5	5	1	14
Ancilostomid.				6	5	3	14

CUADRO II
 AMIBIASIS — EPIDEMIOLOGIA — BLANCOS

EDAD	0-1	1-5	5-10	10-20	20-40	40-80	Total
Nº Examinado	5	46	43	32	31	10	176
E. Histolytica		18	18	16	14	8	74
E. Coli		16	15	15	7	11	64
Iodamoeba		7	9	5	10	4	35
E. Nana		6	7	9	10	6	38
Ascaris	1	27	29	29	21	11	118
Tricocefalo		14	20	18	9	6	67
Ancilostomid.		4	1	10	7	9	41

CUADRO III

EDAD	BLANCOS				INDIOS			
	Nº Examin.	% inf. E. Hist.	% inf. E. Coli	% inf. Ascar	Nº Examin.	% inf. E. Hist.	% inf. E. Coli	% inf. Ascar
0—10	94	39	33	60	12	58	58	66
10—20	32	50	46	90	12	83	58	100
20—30	15	33	26	86	9	33	33	55
30—40	16	56	18	50	7	71	71	71
40—50	8	50	16	75	3	33	33	100
50—80	11	36	54	45	3	33	33	33
Total	176	42	37	66	46	60	50	74

CUADRO IV
AMIBIASIS — EPIDEMIOLOGIA

FAMILIA GALLEGO	EDAD	E. Histolytica	E. Coli	E. Nana	Iodamoeba	Ascaris	Tricocef.	Ankylost.	Strongyl.	Giardia
Aparicio	40	+	+		+					
Gabriela	32		+			+				
Juan	14	+				+				
Elvia	13	+	+							
Gabriel	11	+			+	+				
Luz	9	+	+	+		+				
Rubén	7	+			+					
Julio	6	+	+			+				
Adolfo	4	+							+	
Myreya	3	+	+	+	+					

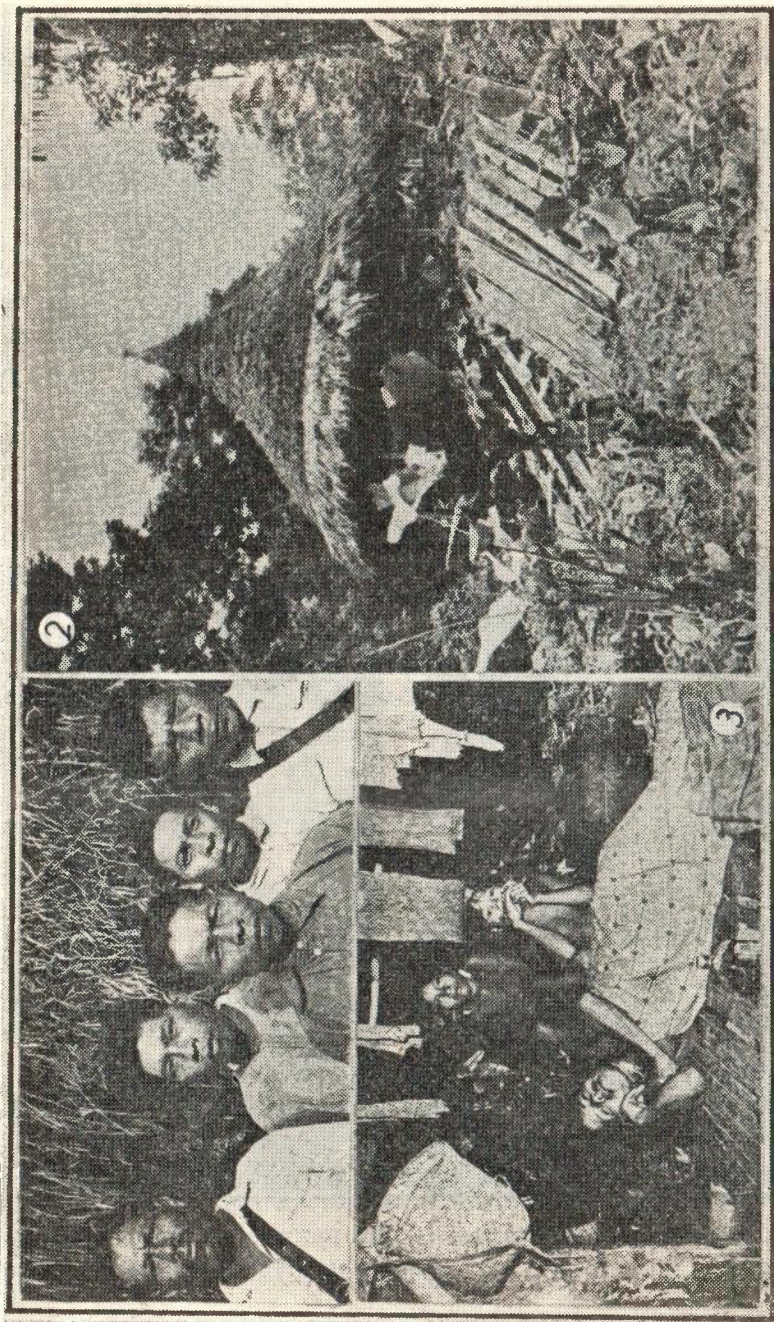


Fig. 1 — Indios Cholos vistiendo las ropas que han adoptado de los colonos antioqueños. Nótese que dos de ellos llevan guarniel.

Fig. 2 — Un bohío en pleno monte.

Fig. 3 — Escena interior en el bohío. Dormitorio común en el zarzo.

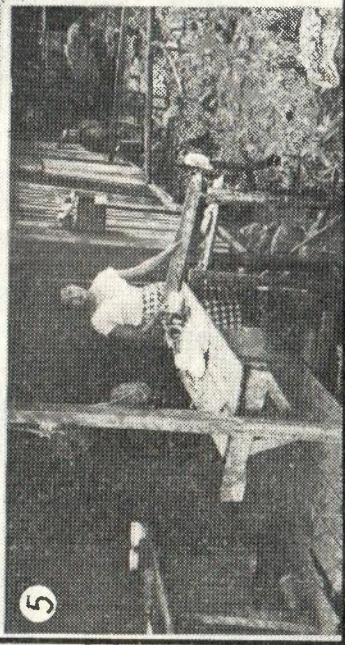
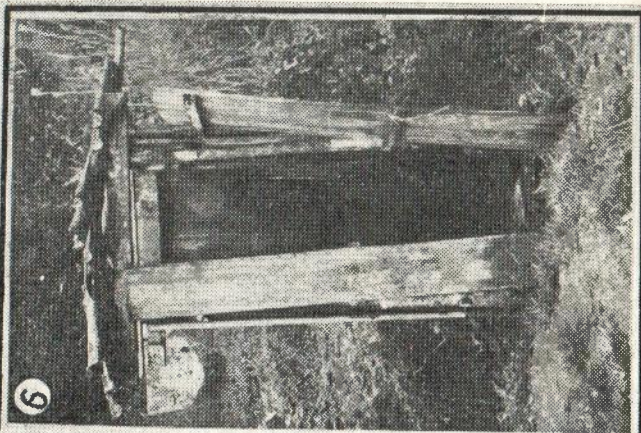
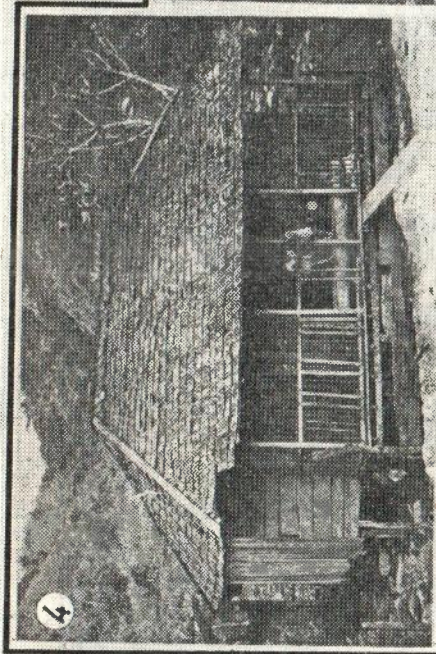


Fig. 4 — Vivienda típica del colono antioqueño.
Fig. 5 — Área de lavadero, cocina y comedor de la habitación del colono.
Fig. 6 — Letrina característica de las casas de colonos.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Se estudió comparativamente el grado de infección por *Entamoeba histolytica* y otros parásitos intestinales entre un grupo de indios Cholos, y un grupo de colonos blancos del Chocó.

La infección amibiana fue mayor en el indio (60%) que en el colono blanco (42%), pero las cifras de infección por helmintos no demostraron la misma tendencia.

El examen de las costumbres y condiciones de vida de ambos grupos permite encontrar factores suficientes para explicar aquellas diferencias en el grado de infección, sin necesidad de hacer intervenir el factor racial, el cual no creemos que tenga de por sí ninguna importancia en la epidemiología de la amibiasis. Igual concepto se desprende de un examen somero de trabajos publicados con cifras de infección diferente para grupos de personas de razas negra y blanca.

Se hizo notar el carácter familiar de la infección amibiana; de 22 familias blancas, 21 estaban contaminadas. Se halló una relación directa sobre el tamaño de la familia y la intensidad de la infección. La infección se adquiere muy temprano en la vida del individuo hallándose contaminado un 39.3% de los niños entre 1 y 5 años de edad; en ambos grupos la mayor incidencia ocurrió en la segunda década.

Tanto entre blancos como entre indios las cifras globales de infección por *E. histolytica* fueron mayores en mujeres que en hombres, debido a una notable prevalencia de la infección en el sexo femenino durante las dos primeras décadas de vida.

Se llamó la atención sobre el intenso grado de parasitismo encontrado en ambos grupos, y sobre la infrecuencia del síndrome disentérico amibiano, que no guarda relación con aquel. En relación con esta discrepancia se mencionó la posibilidad de que exista un alto grado de inmunidad asociado con la infección temprana del individuo.

Se concluye del examen general de la encuesta que la suciedad, la ignorancia y la aglomeración de las familias son factores de primera importancia en el mantenimiento de altos niveles de infección en la comunidad, mientras que los contactos personales con individuos o cosas contaminadas son muy directamente responsables por la propagación de la infección amibiana.

Como un corolario de todo esto se desprende la inutilidad de usar tratamientos individuales en la lucha contra la amibiasis, cuyas cifras de infección no se modificarán sino por campañas sanitarias al nivel familiar y por el mejoramiento general de las condiciones de vida de la comunidad.

REFERENCIAS

- 1 — **Ortiz, S. E.:** "Estudios sobre lingüística aborígen de Colombia" Biblioteca de Autores Colombianos; Ministerio de Educación, Bogotá 1954, pp. 271 - 348.
- 2 — **Parsons, J. J.:** "Antioqueño colonization in western Colombia" University of California Press; Berkeley 1949, pp. 1 - 9.
- 3 — **Mackie, T. T. et al.:** "Intestinal parasitic infections in Forsyth County, N. C.; V - Prevalences of individual parasites". *Am. J. Trop. Med. & Hyg.*, 5: 40, 1956.
- 4 — **Mackie, T. T. et al.:** "Intestinal parasitic infections in Forsyth County, N. C.; IV - Domestic environmental sanitation and the prevalence of *Entamoeba histolytica*". *Am. J. Trop. Med. & Hyg.*, 5: 29, 1956.
- 5 — **Eyles, D. E. et al.:** "A study of *Endamoeba histolytica* and other intestinal parasites in a rural West Tennessee community". *Am. J. Trop. Med. & Hyg.*, 2: 173, 1953.
- 6 — **Buchanan, W. J.:** *J. Trop. Med.*, 1899. Citado por Brown, W. C.; "Amoebic dysentery"; John Bale & Sons, London 1910, p. 159.
- 7 — **Elsdon - Dew, R.:** "Endemic fulminating amebic dysentery" *Am. J. Trop. Med.*, 29: 337, 1949.
- 8 — **Amaral, A. D. F. et al.:** "Amebiase. Estudio etio-patogenico, clinico, terapeutico e epidemiologico". Public. Univer. de Sao Paulo, Brasil, 1947 .
- 9 — **Galvao, A.:** "Estudios epidemiológicos sobre enteroparasitoses em Araraquara" Tese, Faculdade de Higiene e Saude Publica, Univ. de Sao Paulo, 1953. Citado por Pessoa, S. B.; "Parasitología Médica", 5ª edic., Librería Edit. Guanabara, Rio de Janeiro 1958; p. 120.

- 10 — **Mackie, T. T., et al.:** "Intestinal parasitic infections in Forsyth County, N. C.; II - Amebiasis, a familial disease".
Ann. Int. Med., 43: 491, 1955.
- 11 — **Basnuevo, J. G.:** "Caracteres epidemiológicos de la amibiasis en Cuba" Rev. Kuba Med. Trop. Parasitol., 14: 10, 1958.
- 12 — **Kofoid, C. A., et al.:** "A report on an investigation of intestinal protozoan infections at Santa Marta, Colombia".
United Fruit Co., Med. Dept., 14th. Ann. Rep., p. 140, 1925.
- 13 — **Faust, E. C., and Read, T. R.:** "Parasitological surveys in Cali, Departamento del Valle, Colombia. V - Capacity of Endamoeba histolytica of human origin to utilize diferent types of starch in its metabolism".
Am. J. Trop. Med. & Hyg., 8: 293, 1959.
- 14 — **Elsdon - Dew, R.:** "The pathogenicity of Endamoeba histolytica"
South African Med. J., 27: 504, 1953.

INTERVENCIÓN DE CATARATA DESPUÉS DE OPERACIONES FISTULIZANTES ANTIGLAUMATOSAS

Dr. Augusto Estrada E.
Dr. Julio Maldonado B.

Una decisión difícil en Oftalmología, es el indicar una operación de catarata en un ojo afectado de glaucoma, presentándose actualmente la tendencia a practicar la intervención antiglaucomatosa en primer término, para proceder a la extracción del cristalino solo cuando se haya normalizado la tensión.

Lee Weyh y Huges presentan una numerosa serie de intervenciones combinadas, practicando al mismo tiempo que la extracción del cristalino, una intervención de Elliot o una esclerectomía con iridencloisis, siendo interesante anotar los buenos resultados obtenidos en tan complicadas técnicas quirúrgicas. Sin embargo, como se anotó anteriormente, la tendencia actual es de practicar en primer término la operación antiglaucomatosa, presentándose frecuentemente la necesidad de proceder a la extracción de una catarata, en un ojo operado con éxito para un glaucoma de ángulo abierto, siendo fundamental en estos casos la localización de la sección en un punto en el cual, el proceso cicatricial no modifique las condiciones de filtración de la fístula creada por la primera intervención.

Para efectuar la intervención en estas condiciones, se han propuesto varias modificaciones. Callahan y Ruzzuti, aconsejan una incisión anterior al área de filtración; Mc Lean, Kirby, Guyton y Sheie, practican una incisión anterior si la tensión es normal, pero a través de la misma fístula, si existe tendencia a la hipotensión. Realmente como opina Sheie, el método más fácil, consiste en hacer la incisión a través de la fístula, lo que permite practicar la intervención siguiendo la técnica acostumbrada para los casos normales, pero en algunos casos la lesión de la fístula, somete al paciente a nuevas alzas tensionales, con la consecuente necesidad de una nueva intervención. Si variando el sitio de la incisión, se utiliza la zona corneal anterior a la fístula, no se tiene más inconveniente que la menor apertura de la herida, dificultándose la extracción del cristalino; esta dificultad puede evitarse en gran parte, si se efectúa la sección corneal sin bisel, y se usa la maniobra de Kirby para la extracción, procediendo al simple

deslizamiento, es decir iniciando la extracción por el borde superior del cristalino.

Finalmente la zonulolisis enzimática, permite una extracción más fácil en estos casos, eliminando la contrapresión.

Técnica

Todas las intervenciones han sido practicadas con anestesia local, utilizando una mezcla anestésica compuesta de novocaína al 2%, adrenalina y Kinadena Shering (hilonidasa). Después de la aplicación del anestésico, se procede a un masaje del globo por tres o cuatro minutos, y se hace la blefarostasis por medio de suturas, en el borde palpebral. Se fija el recto superior y se procede a la incisión corneal la cual se inicia en plena córnea, aproximadamente a 1½ milímetros de la trepanación de Elliot.

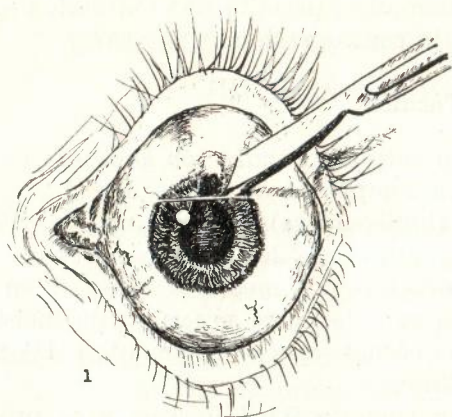
Para este tipo se utiliza un cuchillo Bard Parker, y se procede ab externo en forma recta, tomando la incisión la forma de una cuerda geométrica al círculo limbar. Después de abrir cámara anterior se prolonga la incisión con una tijera recta hasta llegar al limbo esclerocorneal. En este momento se cambia la tijera, por una tijera curva, para practicar los tramos laterales, los cuales se prolongan hasta el meridiano horizontal. Es importante que los cortes sean perpendiculares al plano corneal, evitando lo posible un corte en bisel, el cual disminuye la amplitud de la apertura corneal, dificultando la extracción.

Terminado el tiempo corneal, se procede a efectuar la iridectomía, en los casos en los cuales se haya practicado una fistulizante con iridectomía periférica y utilizando un repositor de iris se rompen las sinequias que puedan existir.

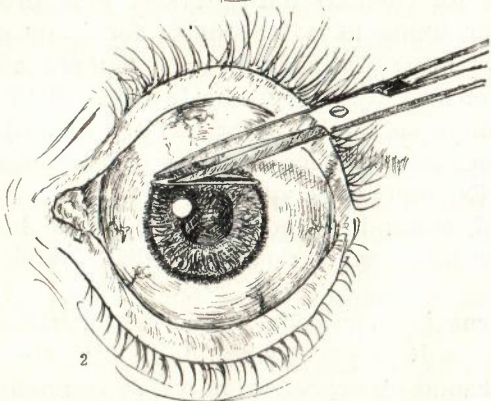
Antes de proceder a la extracción, se colocan dos puntos previos corneo corneales en los extremos de la porción horizontal de la incisión. Para estos puntos se utiliza seda virgen, o seda seis ceros y cada punto se termina con nudo de seguridad de Gómez Márquez.

Terminados estos tiempos preparatorios se procede a la extracción, la cual se obtiene por deslizamiento, es decir evitando la rotación del cristalino (técnica de Kirby). Terminada la extracción, se anudan los dos puntos previos corneales y se aplican otros dos adicionales en la mitad de los tramos laterales de la incisión.

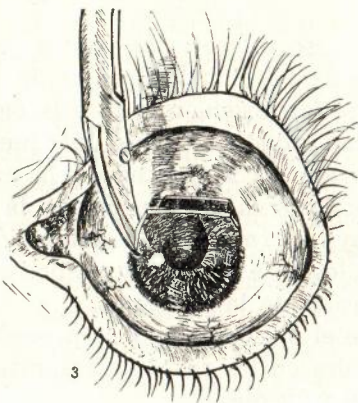
Finalmente se ocluye únicamente el ojo operado y se procede con los cuidados post-operatorios observados en los casos de catarata simple, retirando las suturas entre los 10 y 12 días.



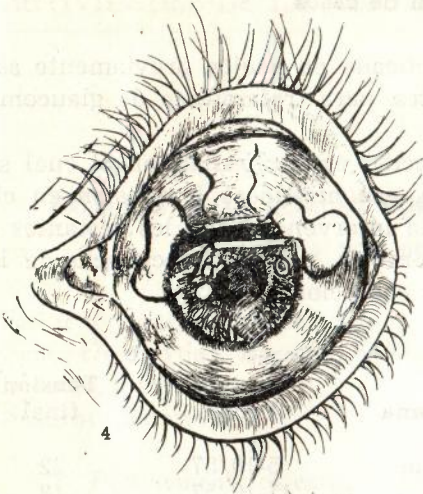
Nº 1 — Incisión ab externo
con cuchillo Bard Parker



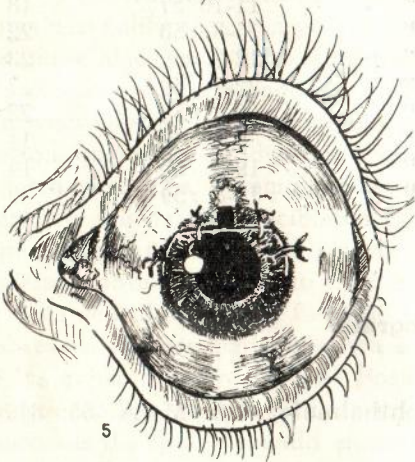
Nº 2 — Ampliación del corte
horizontal con tijera rec-
ta.



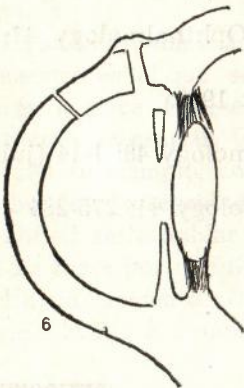
Nº 3 — Cortes verticales con
tijeras curvas.



Nº 4 — Preparación para la extracción. Observar los puntos previos, con nudos de seguridad de Gómez Márquez.



Nº 5 — Dos puntos adicionales laterales, y cierre de la herida.



Nº 6 — Esquema del corte sin bisel y de la persistencia de la fístula.

Presentación de casos

Esta intervención, ha sido practicada en 9 ojos previamente sometidos a intervenciones fistulizantes, para tratamiento de glaucoma crónico simple.

Exceptuando un caso de extracción extracapsular, en el cual se presentó una hipertensión pasajera, encontrándose la tensión en cifras normales, a los dos meses de la intervención, en los restantes 8 casos, los resultados fueron inmejorables, como consecuencia de la persistencia de la fistula en buenas condiciones.

Caso	Edad	Tipo de glaucoma	Fecha	Tensión final
1	52	crónico simple	5-10/57	22
2	52	2	11-10/57	18
3	64	" "	15-3 /58	22
4	60	" "	12-7 /58	23
5	60	" "	22-7 /58	17
6	54	" "	9-8 /58	23
7	75	" "	6-8 /59	11
8	75	" "	19-8 /59	14
9	49	" "	11-8 /59	20

Bibliografía

Sheie H. G.—Archives of Ophthalmology A. M. A. 55: 819-829 (junio) 1956.

Rizzuti A. B.—American Journal of Ophthalmology 47: 548-556 (abril) 1959.

Kirby.—Surgery of cataract Lippincot 1950.

Huges.—American Journal of Ophthalmology 48: 1-14 (julio) 1959.

Lee and Weih.—Archives of Ophthalmology 44: 275-284 - 1950.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. TOMAS QUEVEDO EN EL
BANQUETE A LOS PROFESORES HONORARIOS**

Señor Rector de la Universidad,
Señor Decano de la Facultad de Medicina,
Señores Profesores,
Señoras, señores.

Posiblemente os estrañaréis de que habiendo, entre vosotros, personas más calificadas, sea yo quien ofrezca este homenaje. Pero se quería que fuese algo espontáneo, sincero y un poco más de cuello suelto, y no el panegírico estereotipado de rutina. Modestia aparte, juzgo que pueden tener más mérito los elogios de un inoquista, por naturaleza y por formación, que no los prodiga, pero que no es avaro en ellos cuando los encuentra merecidos. Y como una razón más, he tenido la fortuna de ser discípulo de quienes hoy recibieron el título de Profesores Honorarios. Por supuesto que este acto fue sólo la protocolización de algo que era una realidad contundente. Y no es este el título que se da a quien se retira después de ardua lucha y fatigado por ella. Nó, Vuestra labor como profesores no ha terminado y nunca se interrumpió con el retiro, aparente, de las aulas. Siempre Hernán Posada, González Ochoa, Martiniano y Aristizábal han sido los consejeros íntegros y cordiales, a quienes acudimos sus discípulos cuando en momentos de incertidumbre necesitamos de su ayuda.

Cuando asistimos a sus clases, por primera vez, entendimos lo que es un maestro en el que se unen la ciencia, la cultura, el humanismo, el desinterés, la ética. En ese entonces no existían cátedras de moral médica, y no eran necesarias. Cada profesor, sin sermones, sin discursos, nos enseñó con su ejemplo, como la medicina es apostolado y comprensión del hombre en su integridad.

Difícil sería hablar de cuatro caracteres tan disímiles y polifacéticos si no fuese por que tienen ese común denominador.

En un momento crítico para nuestra Escuela Médica, cuando se creía que ella iba a desaparecer, surgió Martiniano Echeverri, el pionero

ro de la radiología en Antioquia, y con la tenacidad, la hombría y la inteligencia que lo caracterizan, de un día para otro, y ante el asombro de muchos, descubrió un grupo de profesores que no sólo continuaron sino que transformaron, mejorándola, la labor anterior. Se le impuso a la Facultad un ritmo renovador y revolucionario. Y si algún cambio radical ha sufrido nuestra educación médica, debe buscarse de Martiniano para acá. Pero los jóvenes de entonces, con ese criterio de independencia que se nos inculcó en las cátedras, pero también con irreflexión e injusticia, nos fuimos contra la obra de Echeverri Duque y la dejamos trunca. Pero ahora renace la vieja Universidad después de una época oscura. Martiniano puede estar satisfecho de que sus antiguos adversarios seamos hoy sus mejores amigos.

Pero aquel cambio en la Universidad no fué llevado a cabo por Martiniano solo. El estaba acompañado por su generación, y a ella pertenecéis vosotros y muchos de los aquí presentes, sino cronológica, si intelectual y anímicamente.

Aún recordamos nítidamente doctor Hernán vuestras clases sencillas y claras, cuando sin más elementos de diagnóstico que los cinco sentidos y un estetoscopio, simple llana y elegantemente nos enseñastéis a captar y utilizar los pequeños y grandes signos de la enfermedad. Hernán Posada detrás de su apariencia modesta, sencilla, reposada, sin ostentaciones, es lo que a mí me enseñaron a conocer como un sabio. Y si sus conocimientos médicos son múltiples, su cultura enciclopédica es tan ilimitada como su bondad y su señorío.

González Ochoa, de ideas universales, es la réplica personificada a quienes creen que sólo en tierras foráneas pueden formarse especialistas. Es entre nosotros el fundador de la pediatría. Y no por que antes no la hubiese, sino porque con él nació, creció y se multiplicó la cátedra de Medicina Infantil. Su clara visión, su enorme sentido común, su fina ironía y ese conocimiento profundo, no sólo de la patología de la infancia, sino de la psicología materna —y paterna—, obtenidas en el diario trajinar, lo hicieron el profesor por antonomasia.

Joaquín Aristizábal pudo quizás, en cada curso de cirugía de Urgencias y Ortopedia, dar, si mucho, dos de las tan rimbombantemente llamadas conferencias magistrales. Pero qué de múltiples enseñanzas nos dio en las rondas de enfermos; en las noches inolvidables de policlínica con el malogrado Pedrolo; en las conversaciones, que inicialmente con timidez, entablamos con el Profesor. Y que sentido de responsabilidad nos inculcó sin pláticas ceremoniosas, entregándonos enfermos y dejándonos, aparentemente solos, pero vigilándonos con ojo avizor, con

el problema médico o quirúrgico para nosotros desproporcionado. Y que de críticas mordaces pero educadoras para una juventud que se creía superior, como todas.

Casi por primera vez durante la carrera nos dimos cuenta de que seríamos médicos, que tendríamos que enfrentarnos a la enfermedad solos, sin más armas que nuestros escasos conocimientos. Pero llevábamos ya esa confianza y ese escepticismo mezcla indispensable para ejercer correctamente, aunados a las enseñanzas de integridad y moral que habíamos recibido de todos vosotros.

Así pues Profesores, constituís un emblema de lo que fué y hoy vuelve a ser nuestra Facultad. Y no es que volváis a Ella, es que Ella vuelve a vosotros. Y todos estamos satisfechos de poder deciros: bienvenidos Aristizábal, Martiniano, González Ochoa, Hernán Posada. Que vuestra presencia sea real en las aulas para que los nuevos os conozcan integralmente y sepan lo que es el maestro, el médico integral, el caballero, el amigo.

He dicho.

Octubre 9 de 1959.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. BENICIO GAVIRIA CON
MOTIVO DE LA COLOCACION DE LOS RETRATOS DE LOS DRS.
LUIS ABAD Y ERNESTO RODRIGUEZ**

Señor Decano de la Facultad de Medicina
Distinguidos Familiares de los profesores Luis Abad y Ernesto Dodríguez.
Señores Profesóres.
Señores.

He sido gentilmente designado por el Señor Decano de la Facultad de Medicina, para que en este acto solemne os dirija la palabra, y exalte los sentimientos de gratitud y de Veneración de la Universidad de Antioquia a dos de sus hijos ilustres desaparecidos. Profesores Luis Abad y Ernesto Rodríguez.

Yo quisiera recordar muchos pasajes se olvidan en medio de la silenciosa catástrofe de los días, el olvido progresa, invade inmensos y profundos territorios del alma, es cada vez más tenaz e implacable, cubre de momento en momento, etapas de figuras, de nombres, de rostros de amigos. El olvido es la muerte en la vida. Podemos mirar hacia allá, hacia atrás, indagar esa inmensidad del ayer, sin que de allí se levante una imagen concreta, lúcida —todo es gris, se ha perdido su significado y su perfil—por el olvido nos podemos preguntar. Qué fue de esa devastadora ambición que no pudo a la postre, dominar nuestra vida? Qué fue de tanto dolor, de tanta inquietud y desvelos con los cuales se llenaron nuestras horas? Qué se hicieron, que quedaron de ellos?

En la amistad sincera, el haber vivido muchas horas de prolongada angustia y desvelos, también de alegrías, ese espíritu no se olvida, queda esculpido en nuestra alma.

No olvida nuestra Universidad, que siempre está presente, vigilante, dispuesta a dar su mano bondadosa a sus hijos, en tiempos de alegrías, al igual que en momentos de angustia y de tristezas. Y sus hijos no la olvidan, es el recuerdo constante, agradecido, el recuerdo imperecedero.

Hoy honramos una memoria, un pasado,
no un olvido.

Profesor ERNESTO RODRIGUEZ

Nació en la ciudad de la Hidalga Rionegro el 26 de noviembre de 1872, del hogar respetabilísimo de Atilano e Isabel López. Hizo el Bachillerato en el Colegio de los Rdos. Padres Jesuitas. Obtuvo su grado de Doctor en Medicina y Cirugía el 4 de Septiembre de 1897.

En los años de 1906 y 1907 se trasladó a París en donde hizo estudios de Obstetricia y Cirugía. Ejerció en la Ciudad de Aguadas 25 años y luego se radicó en esta Ciudad, de Medellín. Fue Profesor de la Facultad de Medicina desde 1920. Ocupó las Cátedras de Histología, cirugía operatoria y Anatomía Patológica como encargado. Del año de 1931 a 1941 regentó las Cátedras de Obstetricia y Clínica Obstétrica. Representó a sus conciudadanos en la Cámara de representantes. Médico del Manicomio por muchos años.

En sus bodas de oro profesionales la Academia de Medicina le otorgó el título de Miembro Emérito—Fallece el 5 de Abril de 1955. Un pasaje de su vida: en el año de 1897 se doctoró y presentó su Tesis de Grado con el Título de Apendicitis. A los que se tomen el trabajo de leer este pequeño estudio, espero no buscarán en el nada nuevo y extraordinario. He querido tratar de la Apendicitis, con los escasos medios de que dispongo y con las pocas pero importantes observaciones hoy confirmadas, únicamente con el proyecto de llamar la atención a tan frecuente y desconocida afección, deseando si reunir en él, los resultados de las grandes y acaloradas discusiones que se han suscitado en estos últimos tiempos. Creo obligación y deber de gratitud, al concluir mi carrera, presentar mis agradecimientos a los respetables médicos y profesores por el decidido apoyo que han prestado a mis estudios—Es la modestia, la sinceridad, el agradecimiento por sus profesores. En sus descendientes, en el Dr. Jaime Rodríguez, su hijo médico, quedan estas virtudes que nunca han sabido olvidarlas.

Profesor LUIS ABAD C.

Nació en la Ciudad de Jericó en el año de 1899—del hogar de Dn. Salvador Abad y Mariana Calle. Se doctoró en el año de 1927 con el título de "La Diatermia y sus aplicaciones Clínicas".—Profesor de esta Cátedra de Obstetricia y clínica Obstétrica—Jefe de la Clínica—Profesor de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia, Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología—Obstetra de renombre en la Clínica León XIII de los seguros Sociales.

Constituyó en su vida un motivo de alegría y de orgullo, asistir a las lecciones clínicas de los célebres profesores Franceses Braindea y Couvelaire, en un viaje de estudios de especialización en París—Fue un técnico en operaciones destructivas del feto—embriotomias y Basiotripsias—En 1936 intervino en la primera Cesárea Segmentaria entre nosotros con el Profesor Gil J. Gil—Fue un pionero honrado y honorable de la Obstetricia—Sustrajo contra el medio y arrancó de manos empíricas y en veces mortales, una especialidad—indiscutible herencia para los actuales y futuros obstetras—Imprimió a la Cátedra disciplina, método, orden y responsabilidad—Desde sus comienzos se perfiló como un obstetra de prestigio por su constancia y abnegación—Su mayor felicidad y alegría el trabajo.

Defendía sus tesis con personalidad y carácter. Su gran valor lo demostró con espíritu cristiano, cuando pensaba como el Sabio "El precio usual de la vida es la muerte—No lo sorprendió ni el dolor, ni la enfermedad, ni la misma muerte.

He aquí que un día cualquiera la muerte del Profesor Abad nos sorprendió—Avanzamos absortos, indiferentes por la vida y de pronto la enfermedad, el dolor físico nos asalta—hasta ayer, hasta hace unas pocas horas, hasta hace unos minutos nos sentimos dueños del mundo y poseídos una infinita capacidad de trabajar de pensar.

El incoercible dolor con que la muerte prelude su llegada, nos inmoviliza y desarma en un paso fugaz del tiempo—Ese adolescente de ancho pecho de atleta y de templados músculos, aquel varón fuerte y duro desploma en el lecho toda la magia vital que lo sostenía.

Fue el Profesor Abad, un apóstol de la amistad y del consejo. Sus amigos predilectos—Gabriel Toro Villa—Julio Tobón—Eliseo Velásquez, Ernesto Peña—Carlos Obando—Manuel Salvador Arango—Elkin Rodríguez—Dn. Julio Vásquez—Todos nos confundimos en un solo espíritu: en una amistad del ayer y en un recuerdo.

Señores:

Invoquemos sus espíritus—que nos iluminen en la abnegada y ardua labor del maestro—Que esa Cátedra se dirija por los caminos de la honradez y de la rectitud—que sus vidas sean ejemplo perdurable para las Nuevas generaciones médicas—Guardemos un minuto de silencio a sus memorias y descubramos sus retratos que la Universidad de Antioquia, sus discípulos y amigos depositan en esta Clínica Obstétrica.

He dicho.