

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 28

ENERO — MARZO DE 1960

1 — 3

Director: RAÚL PAREDES MANRIQUE, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Andrés Soriano Lleras.

Administrador: Rosalba Cufiño.

COMITE EDITORIAL:

Histología y Embriología, Ramiro Delgado García. **Biología**, Ernesto Osorno Mesa. **Farmacología**, Enrique Núñez Olarte. **Química Biológica**, Januario Galindo. **Física**, Carlo Federici Casca. **Microbiología e Inmunología**, Andrés Soriano Lleras. **Parasitología**, Augusto Corredor Arjona. **Higiene y Salud Pública**, Alberto Albornoz Plata. **Patología**, Guillermo León Restrepo Isaza. **Medicina Legal**, Guillermo Sarmiento López. **Medicina**, Luis Guillermo Forero Nougués. **Clinica Psiquiátrica**, Humberto Roselli. **Obstetricia y Ginecología**, Guillermo López Escobar. **Cirugía**, Ernesto Andrade Valderrama. **Ortopedia y Traumatología**, Roberto Arango Sanín. **Tuberculosis**, Miguel Ignacio Tovar Acosta. **Clinica Urológica**, Pablo Gómez Martínez. **Pediatria**, Calixto Torres Umaña. **Radiología**, Alberto Mejía. **Laboratorio Clínico**, César Mendoza.

Dirección: Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria. Bogotá. Apartado nacional Nº 400.

Tarifa postal reducida. Licencia Nº 238 del Ministerio de Comunicaciones.

CONTENIDO :

Páginas

<i>Adrenalectomía bilateral en cáncer del seno. Por Juan Jacobo Muñoz</i>	3
<i>Sobre la sífilis en Bogotá. Por Andrés Soriano Lleras</i>	9
<i>Grupos sanguíneos de los indios guajiros. Por Ramiro Martínez Silva y Andrés Soriano Lleras</i>	11
<i>Reflexiones sobre la higiene mental en el medio universitario. Por Carlos A. León</i>	15
<i>Apuntes sobre esporotricosis. Por Fabio Londoño</i>	23

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 28

ENERO — MARZO DE 1960

1 — 3

ADRENALECTOMIA BILATERAL EN CANCER DEL SEÑO

Por JUAN JACOBO MUÑOZ *

En 1945 Huggins y Scott practicaron la adrenalectomía bilateral, como medio para suprimir la secreción de estrógenos, en pacientes afectados por tumores de sensibilidad hormonal. A partir de entonces se ha provocado un gran interés en esta materia y se han realizado trabajos que han comprobado el definido papel paliativo que este procedimiento tiene en cánceres incurables.

Muestra la revisión de la literatura médica que el procedimiento tiene valor paliativo. En series largas de casos, como la de Huggins y Dao, Hellström, Cade, etc., la cifra de más del 50% de pacientes beneficiados, en casos que de otra manera estaban irremediablemente perdidos, es prueba suficiente del valor de este tipo de tratamiento. Con excepción de la hipofisectomía, que da resul-

tados similares, no existe ningún otro procedimiento terapéutico paliativo, de un valor semejante.

La intervención, sin que sea un procedimiento fácil, no constituye *per se* una causa considerable de mortalidad. En nuestra serie reducida no hemos tenido un solo caso de muerte atribuible a la intervención, que en general ha sido bien tolerada, a pesar de las precarias condiciones generales de estos pacientes.

Los casos que presentamos han sido realizados, con excepción de uno, en el Instituto Nacional de Cancerología. Esta institución ha costeado el tratamiento de sostenimiento postoperatorio, a pesar de lo cual hemos tenido dificultades en que los pacientes sigan las indicaciones en forma regular.

Quizás debido a esto y a que sólo hemos utilizado pacientes demasiado avanzados en el curso de su enfermedad, el promedio de sobrevidencias no es tan satisfactorio como pudieramos esperarlo.

* Profesor asistente de clínica quirúrgica. Universidad Nacional. Cirujano del Instituto Nacional de Cancerología.

**MORTALIDAD
POR ADRENALECTOMIA**

Autor.	<i>Nº de Muertes</i> <i>casos. operatorias.</i>	
Cade	56	6
Hellström	170	4
Huggins y Dao	100	5
Galante	29	2
Pyrah y Smiddy	21	1
Taylor y otros	15	2
Roc y Berne	5	0
Parsons	6	2
Strode	9	0
Krieger	3	0
Muñoz ¹	7	0
	421	22

Promedio de mortalidad: 5.22%.

PROCEDIMIENTO

En algunos de los casos iniciales, la operación se realizó en dos tiempos, con intervalo aproximado de una semana. Los otros casos han sido operados en un solo tiempo.

Se ha seguido la técnica corriente de la operación. No se han presentado complicaciones operatorias de gravedad.

La suplementación hormonal se realizó en los primeros casos siguiendo los esquemas descritos por Huggins y Bergenstal (1951). Posteriormente sólo suministramos corticoides desde el día mismo de la operación.

CASOS

Caso N° 1. Historia del Instituto de Cancerología N° 35594.

Paciente de 43 años, a quien se le había practicado mastectomía radical en junio de 1954, y quien al examen presentaba ganglios supraclaviculares metastásicos y lesiones metastásicas en esternón, costillas y pelvis. Se le practicó

adrenalectomía bilateral (agosto 1956), que redujo regresión de las metástasis óseas, que reaparecieron en mayo de 1957. Se practicó adrenalectomía en agosto 13 de 1957, que hizo desaparecer las lesiones óseas. La paciente murió siete meses después.

NOTA: A más de la desaparición de las lesiones óseas, hubo notoria mejoría subjetiva, sostenida hasta cuatro meses después del tratamiento.

Caso N° 2. Historia del Instituto de Cancerología N° 41559.

Paciente de 54 años, menopáusica desde 6 años antes, que consulta (diciembre 1956) por un tumor que ocupa la totalidad del seno izquierdo, que se ha ulcerado y que ha dado metástasis en axila y fosa supraclavicular. Se practicó adrenalectomía bilateral (marzo 21-28/57). El tumor del seno disminuyó de tamaño y dejó de doler. Recibió Meticorten 20 mlgs. Permaneció en buenas condiciones hasta octubre de 1957, cuando se inició deterioramiento de su estado general y local, muriendo en enero de 1958.

NOTA: Hubo disminución del tamaño del tumor del seno y cierre de su ulceración. El dolor disminuyó notoriamente. Este estado se sostuvo por siete meses.

Caso N° 3. Historia del Instituto de Cancerología N° 417-23.

Paciente de 34 años que consulta en enero de 1957 por un tumor que ocupa la totalidad del seno derecho, metástasis en ambas axilas, región supraclavicular derecha y lesiones óseas en pelvis y columna lumbar. En amenorrea desde su último parto, siete meses antes. Citología vaginal hipoestrogénica. Tratada con andrógenos con resultados muy pobres. Se practicó adrenalectomía (doctor Latiff) en junio de 1957. Medicación de soporte con Meticorten, que dejó de tomar por períodos hasta de 20 días sin que se presentara ningún trastorno.

¹ Posteriormente se han operado 3 casos más, sin mortalidad operatoria.

Los 17 ketosteroides, que descendieron a cero después de la operación, tenían niveles de 3.2 mlgs. tres meses después. Se aconsejó una dosis de sostenimiento de 5 mlgs. diarios de Meticorten. Fue vista por última vez en enero de 1958. No volvió a controles y no se pudo localizar nuevamente.

NOTA: El estado general permaneció sin cambio durante los controles. Hubo mejoría subjetiva del dolor en el seno. Se comenta adelante el hecho de que pudiera sostenerse por períodos largos sin medicación de suplemento.

Caso N° 4. Historia del Instituto de Cancerología N° 38685.

Paciente vista en enero de 1956, a quien se le había practicado mastectomía radical derecha en octubre de 1954 y que presentaba metástasis supraclaviculares, metástasis en seno izquierdo y lesión de la VII vértebra dorsal. Se practica ooforectomía en abril de 1956.

No hubo modificación de las lesiones metastásicas. En agosto 6 de 1957 se practica adrenalectomía. Paciente sostenida con 10 mlgs. y 5 mlgs. de Meticorten.

Aunque el estado general fue muy satisfactorio, las lesiones óseas permanecieron estacionarias y luego continuaron avanzando y se presentaron lesiones pulmonares con abundante derrame pleural. La prueba de Thorn mostró un descenso del 59% de eosinófilos.

Se consideró la presencia de tejido suprarrenal ectópico.

La paciente murió 17 meses después de la operación.

NOTA: La conservación del estado general hizo considerar este caso a los observadores como buen resultado. La mejoría subjetiva fue notoria. Se comenta con el caso N° 3 como persistencia del tejido suprarrenal ectópico.

Caso N° 5. Historia del Instituto de Cancerología N° 28355.

Paciente de 35 años que consulta en octubre de 1957, a quien se le había practicado mastectomía radical izquierda y roentgenoterapia en 1952. Presenta gran tumor en seno derecho y región supraclavicular derecha. Se hace mastectomía simple e irradiación. Se practica ooforectomía bilateral en octubre de 1957.

En julio de 1958 se presenta con metástasis en pelvis, columna y fémures.

En agosto de 1958 se hace adrenalectomía bilateral. Hubo mejoría subjetiva sorprendente de sus dolores óseos en el postoperatorio inmediato, que se conservó por tres meses.

Murió en febrero de 1959.

Caso N° 6. Historia del Instituto de Cancerología N° 466-07.

Paciente de 38 años. Tuvo un carcinoma del cuello uterino en agosto de 1955, que fue tratado por histerolinfadenectomía. En noviembre de 1956 presentó tumor del seno izquierdo con metástasis ganglionares y se le hizo mastectomía radical e irradiación. En septiembre de 1958 consulta al Instituto por tumor en reja costal, ganglios en axila derecha y gran lesión cutánea metastásica sobre región pectoral izquierda (14 x 12 cms.). Debido a su ooforectomía anterior (agosto de 1955) se suministraron estrógenos, que agrandaron su lesión cutánea y sus dolores. En diciembre de 1958 se hizo adrenalectomía. Hubo mejoría de su lesión cutánea. Paciente sostenida con Prednisolona, 25 mlgs.

Murió repentinamente en febrero de 1959.

NOTA: Hubo mejoría subjetiva y objetiva en este caso. La autopsia mostró gran invasión a hígado y pulmones.

Caso N° 7. Historia del Hospital de La Samaritana N° 145-658.

Paciente de 58 años, que consulta por disnea de pequeños esfuerzos, dolor en seno izquierdo y ganglios axilares iz-

quierdos. Se encontró gran derrame pleural bilateral. Se extrajo y mostró células tumorales malignas. Biopsia de seno fue positiva.

En octubre 7 se practicó adrenalectomía bilateral (doctor J. F. Patiño). Hubo mejoría subjetiva y el derrame pleural se redujo en forma notoria. Un mes después se practicó hipofisectomía con oro radioactivo, utilizando la técnica de cirugía estereotáctica. Fue realizada por el doctor Corredor, neurocirujano del hospital de La Samaritana.

El estado general no mejoró notoriamente. La paciente murió en diciembre 18 de 1958.

NOTA: Los derrames pleurales tenían que ser extraídos dos veces por semana y se obtenían grandes cantidades de líquido. Después de la operación se redujo la cantidad a un mínimo, que no necesitaba ser extraído. La autopsia comprobó destrucción de la hipofisis.

DISCUSION

Es un problema muy difícil conocer el verdadero valor de un procedimiento paliativo. Para ello se requiere la comparación de grupos grandes de enfermos semejantes, que no se ha hecho hasta el presente, en relación con la adrenalectomía en cáncer. Pero sí tenemos conciencia clínica, en un gran número de enfermos, de que sus lesiones han disminuido el ritmo de progreso o han desaparecido como consecuencia de este tratamiento.

Al estimar el valor paliativo, no debemos tener solamente en cuenta la prolongación de la vida, sino también la rehabilitación de un paciente. En algunos casos se ven respuestas dramáticas con la desaparición del dolor, que requería la víspera grandes cantidades de analgésicos.

Sería de gran utilidad poder saber qué pacientes van a responder al tratamiento y cuáles no. Sin embargo, los intentos para predecir resultados no han encontrado soporte real. Ni la edad del paciente, ni la forma de evolución del tumor, ni el tipo histológico del mismo, que inicialmente fueron utilizados, tienen, a la luz de resultados posteriores, valor de juicio en la predicción. La respuesta a la ooforectomía en pacientes premenopáusicas, que pudiera ser el mejor índice de dependencia hormonal, es de un valor dudoso. Tampoco sirve como índice la respuesta a los andrógenos. En pacientes postmenopáusicas la contribución del ovario al total estrogénico es de poca significación, y la ooforectomía no va a ser de gran ayuda.

A pesar de la remoción completa de las suprarrenales, un grupo de pacientes continúa con función adrenal, verificable por el laboratorio y clínicamente. Graham demostró la presencia de glándulas suprarrenales accesorias en la zona del plejó celíaco, presentes en el 32% de autopsias ordinarias y que presentaban tanto corteza como medula suprarrenal, hígado, páncreas, tracto genital, etc.

Quizás esta pueda ser la explicación de dos de nuestros casos, que permanecieron por largas temporadas, sin suplenzia, después de adrenalectomía bilateral.

Aunque nosotros no podemos clasificar ninguno de nuestros casos como resultado excelente, sí podemos decir que en todos ellos hemos notado algún tipo de mejoría, en mayor o menor grado atribuible al procedimiento. Creemos que se logra algún resultado benéfico, al cambiar el medio endocrino, sin que conozcamos exactamente los intrincados mecanismos de correlación entre hormonas y cáncer.

NOTA: En los últimos 6 meses hemos practicado tres adrenalectomías bilaterales más, con la misma indicación de las

anteriores. Todas tres han mejorado considerablemente y se encuentran en buenas condiciones.

SUMARIO

Se presentan 7 casos de adrenalectomía bilateral para cáncer del seno.

Se dan los resultados paliativos obtenidos, que en general duran pocos meses.

Se muestra que esta operación puede ser realizada con muy baja mortalidad operatoria.

Se habla sobre la posibilidad de predecir los resultados de la intervención.

Se presenta un caso en que además de la adrenalectomía se hizo hipofisección con oro radiactivo.

Se presentan 33 títulos bibliográficos.

SUMMARY

Seven cases are presented of bilateral adrenalectomy for cancer of the breast.

The palliative results obtained are given, although generally speaking, these are effective only for a few months.

Experiences in this study give further confirmatory evidence that this operation can be performed with a very low operative mortality.

The possibility is mentioned of predicting the results of the intervention.

One case history is presented in which treatment with radioactive gold hypophysectomy in addition to bilateral adrenalectomy was performed.

Thirty-three bibliographical references are included.

B I B L I O G R A F I A

ADRENALECTOMIA

1. ATKINS, H. J. B.: "Comparisons and Results of Adrenalectomy and Hypophysectomy". En *Endocrine Aspects of Breast Cancer*, Edinburgh, Livingstone, 1958.
2. BERGENSTAL, D. M.; HUGGINS, C. B.: "Clinical and Metabolic Effects of Bilateral Adrenalectomy". *J. Clin. Invest.*, 31:616, 1952.
3. BLOOMER, W. E.; HAYES, M. A.: "The Effects of Varying Steroid Therapy on Metastatic Mammary Carcinoma after Adrenalectomy". *Cancer*, 11:1011, 1958.
4. BOWERS, W. F.; NICHOLAS, T. H.; KOVARIE, J. J.: "Bilateral Adrenalectomy for Advanced Breast Cancer". *Cancer*, 9:277, 1956.
5. BUTLER, W. W. S.; GRAYHACK, J. T.; RANSON, C.; SCOTT, W. W.: "Metabolic Studies on the Bilateral Adrenalectomy Patient". *J. Urol.*, 70:657-664, 1953.
6. CADE, Sir S.: "Adrenalectomy in Cancer of the Breast". En *Endocrine Aspects of Breast Cancer*, Edinburgh, Livingstone, 1958.
7. CADE, Sir S.: "Adrenalectomy for Breast Cancer". *Brit. M. J.*, 1:1, 1955.
8. EMERSON, K.; JESSIMAN, A. G.: "Hormonal Influences on the Growth and Progression of Cancer; Tests for Hormone Dependency in Mammary and Prostatic Cancer". *N. England J. M.*, 254:252, 1956.
9. GALANTE, M. ET AL.: "Bilateral Adrenalectomy for Advanced Cancer of the Breast with Preliminary Observations on the Effect of the Liver on Metabolism of the Adrenal Cortical Steroids". *Ann. Surg.*, 140:502; discus. 517, 1954.
10. GRAHAM, L. S.: "Celiac Accessory Adrenal Glands". *Cancer*, 6:149, 1953.
11. GREENING, W. P.; HARMER, M.; RIGBY-JONES, P.: "Mammary Cancer Treated By Bilateral Adrenalectomy". *Lancet*, 1:1130, 1954.

12. HELLSTRÖM, J.; FRANKSSON, C.: "Adrenalectomy in Cancer of Breast". En *Endocrine Aspects of Breast Cancer*, Edinburgh, Livingstone, 1958.
13. HUGGINS, C.; BERGENSTAL, D. M.: "Surgery of the Adrenals", *J. A. M. A.*, 147:101, 1951.
14. HUGGINS, C.; DAO, T.: "Adrenalectomy and Ooferectomy in Treatment of Advanced Cancer of Breast". *J. A. M. A.*, 151:1388, 1953.
15. HUGGINS, C.; BERGENSTAL, D.: "Inhibition of Human Mammary and Prostatic Cancer by Adrenalectomy". *Cancer Res.*, 12:134, 1952.
16. HUGGINS, C.; DAO, T.: "Characteristics of Adrenal-Dependent Mammary Cancers". *Ann. Surg.*, 130:497, 1954.
17. LIPSETT, M. B. ET AL.: "Bilateral Adrenalectomy in the Palliation of Metastatic Cancer of Breast". *Cancer*, 10:111, 1957.
18. LIPSETT, M. B.; LI, M. C. PEARSON, O. H.: "Medical Management of Adrenalectomy and Hypophysectomy". *A. M. A. Arch. Int. M.*, 96:634, 1956.
19. MACDONALD, I.: "The Role of Extirpative Procedures in Cancer of the Breast". *Cancer* 10:805, 1957.
20. MENDELSON, M. L.; PEARSON, O. H.: "Alteration in Water and Salt Metabolism after Bilateral Adrenalectomy in Man". *J. Clin. Endoc. Metab.*, 15: 409, 1955.
21. NATHANSON, I. T.; KELLY, R. M.: "Hormonal Treatment of Cancer". *N. England J. M.*, 246:135:180, 1952.
22. PEARSON, O. H. ET AL.: "Clinical and Metabolic Studies of Bilateral Adrenalectomy for Advanced Cancer in Man". *Surgery*, 34:543, 1953.
23. PYRAH, L. N.: "The Results of Adrenalectomy with Gonadectomy in Breast Cancer". En *Endocrine Aspects of Breast Cancer*, Edinburgh, Livingstone, 1958.
24. RANDALL, H. T.: "An Evaluation of Adrenalectomy in Man; Physiological Changes and the Effects on Advanced Neoplastic Disease" . . . *Bull. N. York Acad. M.*, 30:278, 1954.
25. TAYLOR, S. G. ET AL.: "Effect of Surgical Addison's Disease on Advanced Carcinoma of the Breast and Prostate". *Cancer*, 6:997, 1953.
26. WEST, C. D. ET AL.: "The Effect of Bilateral Adrenalectomy Upon Neoplastic Disease in Man". *Cancer*, 5:1009, 1952.

HIPOFISECTOMIA

27. BAUER, K. H.; SCHWEITZER, L. A.: "Radioactive Gold Implantation of the Pituitary in the Treatment of Breast Cancer". En *Endocrine Aspects of Breast Cancer*, Edinburgh, Livingstone, 1953.
28. FORREST, A. P. M., ET AL.: "Treatment of Advanced Breast Cancer by Yttrium-90 Implantation of the Pituitary". En *Endocrine Aspects of Breast Cancer*, Edinburgh, Livingstone, 1958.
29. LUFT, R.; OLIVECRONA, H.: "Hypophysectomy in Man". *Cancer*, 8:261, 1955.
30. LUFT, R.; OLIVECRONA, H.: "Experiences with Hypophysectomy". *J. Neurosurg.*, 10:301, 1953.
31. PEARSON, O. H. ET AL.: "Effect of Hypophysectomy on Neoplastic Disease in Man". *J. Clin. Endoc. Metab.*, 14:828, 1954.
32. RAY, B. S.; PEARSON, O. H.: "Hypophysectomy in Treatment of Advanced Carcinoma of the Breast". *Ann. Surg.*, 144:394, 1956.
33. ROTHEMBERG, S. F. ET AL.: "Hypophysectomy with Radioactive Chromic Phosphate in Treatment of Cancer". *A. M. Arch. Neur. Psychiat.*, 73:193, 1955.

SOBRE LA SIFILIS EN BOGOTÁ

Por ANDRÉS SORIANO LLERAS *

Desde todo punto de vista epidemiológico se acepta que las estadísticas de infección sifilítica en una región dada pueden estar basadas en los datos de reacciones serológicas positivas para dicha enfermedad, aunque con un criterio bien estricto no sería este un procedimiento completamente exacto. Pero con los métodos actuales de pruebas serológicas ha ido disminuyendo el porcentaje de reacciones falsas, positivas o negativas, y por ello al estudiar un volumen grande de pacientes pueden considerarse como aceptables los datos que se obtengan de tales investigaciones.

Para poder determinar la incidencia de la enfermedad en una región dada es preciso estudiar lo que se llama una "muestra" representativa de la comunidad que se estudia.

La muestra que hemos escogido para la estadística que en este estudio se presenta está constituida por el personal aparentemente sano que acude al banco de sangre del Hospital de San Juan de Dios con el objeto de dar sangre para los familiares que se encuentran hospitalizados. Este personal puede clasificarse desde un punto de vista de su clase social como perteneciente a la clase obrera, de tal manera que los datos que de él se concluyen sólo pueden aplicarse

a este grupo de población. Posiblemente, como sucede en todas las partes del mundo, la prevalencia de la sifilis es aquí mayor entre las clases económicamente débiles, en comparación con lo que ocurre en las clases sociales más cultas y más favorecidas económicamente.

Es claro que la sifilis es una enfermedad que se adquiere con mayor facilidad entre los 15 y los 50 años de edad, que es precisamente el grupo que hemos estudiado en nuestra muestra.

Según los datos obtenidos en el Ministerio de Salud Pública la población calculada para Bogotá en 1959 se distribuye en los siguientes grupos de edad:

De 0 a 14 años	384.560
De 15 a 49 años	636.390
De más de 50 años	103.820

Esto indica que un 51% de la población de Bogotá en 1959 está comprendida entre los 15 y los 50 años de edad. De este grupo hemos estudiado un 1.85%, encontrando un total de 549 reacciones positivas o sea un 4.62% de positividad en la muestra estudiada.

Según el sexo, la población de la ciudad, según los datos del Ministerio de Salud Pública, se divide en 43.78% de hombres y 56.22% de mujeres, o sea que en Bogotá había 357.778 hombres entre 15 y 50 años y 278.612 mujeres en el mismo grupo de edad.

* Profesor Agregado de Bacteriología en la Facultad de Medicina.

Nuestra muestra se compone de 3.946 mujeres y 7.935 hombres, o sea un 33.21% de mujeres y 66.79% de hombres.

El porcentaje de positividad entre las mujeres fue de 3.87, y entre los hombres de 4.99, o sea que para la población comprendida entre los 15 y los 50 años podría calcularse un máximo de 17.853 hombres sifilíticos y 10.782 mujeres sifilíticas, ya que como lo hemos anotado la muestra estudiada comprende al grupo de población más afectado por la enfermedad.

RESUMEN

Del estudio serológico de un grupo de población aparentemente sana se calcula que en Bogotá hay 17.853 hombres adultos y 10.782 mujeres adultas posiblemente infectados de sífilis.

SUMMARY

From serologic findings it is estimated that in a group apparently healthy of the population of Bogotá there are 17.853 adult males and 10.782 adult females possibly infected with syphilis.

GRUPOS SANGUINEOS DE LOS INDIOS GUAJIROS

Por

RAMIRO MARTÍNEZ SILVA *

y

ANDRÉS SORIANO LLERAS **

De las numerosas tribus indígenas que en estado de mayor o menor pureza racial todavía se encuentran en el territorio colombiano, solamente en muy pocas se han hecho estudios de su constitución sérológica, en lo que a grupos sanguíneos se refiere, punto este que, por el contrario, ha sido objeto de detenidos trabajos por parte de los antropólogos físicos en otros países.

En la tribu que puebla La Guajira colombiana, que al parecer presenta relativamente poco mestizaje, tuvimos la oportunidad de practicar 230 observaciones en las localidades de Riohacha, Maiapo y Uribia.

Como no era posible conservar las sangres en su totalidad, ya que ellas se habían obtenido primordialmente para una investigación en la cual era preciso la obtención rápida de sueros para evitar fenómenos de hemólisis, fue preciso trabajar con sueros en lugar de hematies.

La técnica seguida para la determinación de los grupos sanguíneos consistió en hacer diluciones dobles progresivas de los sueros, iniciándolas al 1 x 3, haciendo en cada muestra cuatro diluciones, en un volumen de 0.3 c. c. A estas diluciones se adiciona un volumen de 0.3 c. c. de una suspensión de eritrocitos A y B (Rh negativo), con lo cual las diluciones finales de los sueros iban del 1 x 6 al 1 x 48. La mezcla se dejaba dos horas al baño María a 37°C, y la lectura se hacía a simple vista.

En la totalidad de las muestras examinadas se obtienen los siguientes resultados:

Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	166	72,19
A	19	8,26
B	31	13,47
AB	14	6,08

Comparando estos datos con otros publicados por los autores que se han ocupado de este tema en Colombia, encontramos que los primeros informes sobre grupos sanguíneos en el país se deben

* Profesor de Microbiología de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional.

** Profesor Agregado de Bacteriología en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

a Del Río¹, quien en 1930 dice que los huitotos pertenecen todos al grupo O, aunque en su publicación solamente se menciona un caso estudiado. Ignoramos en dónde obtuvo la información de la uniformidad de grupo de esa tribu, pues no lo dice en su estudio. Dice también que los chibchas pertenecen todos al grupo O, y que hizo 109 observaciones entre ellos, anotando, eso sí, que desde el punto de vista racial "ya tienen alguna mezcla". Es bien sabido que la denominación chibcha incluye una gran cantidad de grupos dispersos, y Del Río no anota exactamente el lugar de sus investigaciones, aunque hace pensar que el personal por él escogido estaba altamente mezclado. Sin embargo, es interesante anotar los resultados que obtuvo entre los individuos que él considera como chibchas:

Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	74	67.7
A	21	19.0
B	12	11.0
AB	2	1.5

También considera que todos los indios del Putumayo son huitotos, lo que es a todas luces erróneo.

Posteriormente Arcila Vélez² hizo determinaciones de grupos sanguíneos entre los indios Páez, encontrando los siguientes resultados en 303 observaciones:

Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	269	88.78
A	21	6.93
B	13	4.29
AB	0	0

Lehmann, Duque y Fornaguera³ encontraron en el grupo guambiano-kokonuko la siguiente distribución:

Grupos.	Porcentajes.
O	84.25
A	8.56
B	6.16
AB	1.03

Páez Pérez y Freudenthal⁴ entre los indios kuaiker encontraron en 251 observaciones hechas en Sibundoy y Santiago:

Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	217	86.45
A	16	6.37
B	18	7.17
AB	0	0

En Anganay en 37 observaciones encontraron:

Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	33	89.19
A	1	2.70
B	3	8.11
AB	0	0

En Cabrera y Laguna, con un total de 66 observaciones encontraron:

Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	58	87.88
A	6	9.09
B	2	3.03
AB	0	0

Entre los kuaiker hicieron 41 observaciones, de las cuales 39 son del grupo O, lo que representa 95.12%; grupo A, 2 casos, lo que representa 4.88%; grupo B, 0 casos, y AB, 0 casos.

Reichel Dolmatoff⁵ en los pijaos del Tolima estudió 1.289 casos, que divide en los grupos Ortega 1, Ortega 2, Ortega 3, Coyaíma y Natagaima, con los siguientes resultados:

Grupos Ortega (569 casos).			Vereda de Naranjal (muy puros) (50 casos).		
Grupos.			Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	87.81		O	49	96.0
A	5.5		A	1	2.0
B	4.43		B	0	0
AB	3.51		AB	0	0
Grupo Coyaima (145 casos).			Area urbana de Quinchía (parcialidad) (75 casos).		
Grupos.			Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	96.35		O	63	84
A	3.41		A	12	16
B	0		B	0	0
AB	0.22		AB	0	0
Grupo Natagaima (281 casos).			Quinchía (algo de mestizaje) (774 casos).		
Grupos.			Grupos.	Casos.	Porcentajes.
O	100		O	63	84
Duque Gómez ⁶ , estudiando indígenas del Departamento de Caldas, encuentra:			A	12	16
Quinchía (algo de mestizaje) (774 casos).			B	0	0
Municipio de Riosucio (casi puros) (351 casos).			AB	0	0
Grupos.	Casos.	Porcentajes.	En ninguna de las publicaciones anteriores se hace mención al factor Rh; nosotros buscamos la existencia de anticuerpos contra el factor Rh en 130 casos de mujeres adultas y que habían estado embarazadas. La técnica seguida fue la siguiente:		
O	714	92.25	Diluciones dobles progresivas de suero se ponían en contacto con suspensiones al 2% de eritrocitos grupo O, Rh positivo y Rh negativo, respectivamente; se dejaba incubar la mezcla por dos (2) horas a 37°C; se retiraba del baño María y los eritrocitos se lavaban con suero fisiológico y se centrifugaban a 1.500 revoluciones por minuto. Este proceso de lavado se hacía por tres veces consecutivas. Al sedimento del último lavado se le adicionaba una gota de suero de conejo anti-gamma globulina humana y se procedía a hacer la lectura.		
A	50	6.46	De los 130 casos estudiados ninguno presentó aglutinación, lo que quiere decir que esas mujeres no habían sido inmunizadas contra el factor Rh.		
B	10	1.29	En vista de lo anterior puede apreciarse que en realidad no hemos hecho una investigación del factor Rh sino únicamente de la posible existencia de		
AB	0	0			
La Montaña (Municipio de Riosucio) (casi puros) (123 casos.)					
Grupos.	Casos.	Porcentajes.			
O	326	92.88			
A	23	6.55			
B	2	0.57			
AB	0	0			

anticuerpos contra él, como consecuencia de una inmunización por el feto. Naturalmente estos datos no dan ningún porcentaje ni siquiera aproximado de la existencia del factor Rh, pero hacen pensar que ella debe ser muy elevada cuando en 130 casos no se encuentra ningún anticuerpo contra él.

RESUMEN

Se estudiaron 230 muestras procedentes de indios de La Guajira para determinar sus grupos sanguíneos. Se encuentran las siguientes distribuciones:

O	72.19%
A	8.26%
B	13.47%
AB	6.08%

Se estudia la posibilidad de inmunización con el factor Rh en 130 mujeres adultas y que habían estado embarazadas. No se encuentran anticuerpos contra el factor Rh.

Se hace una revisión de la literatura sobre grupos sanguíneos entre tribus indígenas de Colombia.

(Agradecemos a las señoritas Nelly Rodríguez y Blanca Cárdenas su ayuda técnica en la elaboración de este trabajo).

SUMMARY

Two hundred and thirty samples supplied by the Indians of Guajira were examined to determine their blood-groups. The results were as follows:

Group O	72.19%
A	8.26%
B	13.47%
AB	6.08%

The possibility of Rh factor immunization was studied in one hundred and thirty adult females previously pregnant. No antibodies were determined against this factor.

The literature on blood-groups among the Indian tribes of Colombia is reviewed.

BIBLIOGRAFIA

1. DEL RÍO M., JOSÉ A.: "Contribución al Estudio de los Grupos Sanguíneos en Colombia". *Tesis Facultad de Medicina, Bogotá, Universidad Nacional, 1930.*
2. ARCILA VÉLEZ, GRACILIANO: "Grupos Sanguíneos entre los Indios Páez". *Rev. Inst. Etnol. Nal., 1:7-14, 1943.*
3. LEHMANN, H.; DUQUE, L.; FORNAGUEIRA, M.: "Grupos Sanguíneos entre los Indios Guambiano-Kokonuko". *Rev. Inst. Etnol. Nal., 1:197-228, 1943.*
4. PÁEZ PÉREZ, CARLOS; FREUDENTHAL, KURT: "Grupos Sanguíneos de los Indios Sibundoy, Santiagueños, Kuaiker e Indios y Mestizos de los alrededores de Pasto". *Rev. Inst. Etnol. Nal., 1:411-415, 1944.*
5. REICHET-DOLMATOFF, G., y A.: "Grupos Sanguíneos entre los Indios Pijao del Tolima". *Rev. Inst. Etnol. Nal., 1: 507-520, 1944.*
6. DUQUE GÓMEZ, LUIS: "Grupos Sanguíneos entre los Indios del Departamento de Caldas". *Rev. Inst. Etnol. Nal., 1: 623-653, 1944.*

REFLEXIONES SOBRE LA HIGIENE MENTAL EN EL MEDIO UNIVERSITARIO *

Por CARLOS A. LEÓN **

Deseo dirigirme al educador que existe en cada médico. Por aceptación tácita del mandato hipocrático, el médico promete: "Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas".

Todo médico es, pues, un educador, pero ninguno en la medida en que lo es un psiquiatra, puesto que éste también es un *reeducador*.

El tema propuesto cobra extraordinaria significación ante la necesidad de preocuparnos por la saludable formación de quienes, en múltiples formas, serán los responsables de velar por la salud y la *cordura* de sus semejantes.

El sentido en que empleo la expresión "Higiene Mental" es el establecido por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, en la siguiente definición: "Higiene Mental consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental. Su práctica requiere que grupos e individuos examinen y vuelvan a valorar las moda-

lidades de sus relaciones interpersonales a la luz de su influencia sobre el desarrollo de la personalidad y la salud mental. Debe ser acompañada de métodos prácticos de enseñanza a través de experiencias concretas, individuales y de grupo que fomenten la autocomprendión emocional y modifiquen la conducta guiándola hacia el establecimiento de relaciones personales más saludables y a un desarrollo de la personalidad más sano".

De la definición que antecede se desprende claramente que para realizar una adecuada labor de Higiene Mental es condición indispensable que se pratique previamente un cuidadoso escrutinio de las actitudes y situaciones predominantes en las relaciones interpersonales de los grupos o individuos con los cuales se va a trabajar.

Animado por la convicción de que es indispensable sentar las bases para la realización de programas futuros de Higiene Mental en el medio universitario, voy a presentar ante esta asamblea un número de consideraciones sobre la figura central de la educación médica: el estudiante de medicina. Cabe anotar a este punto la sorprendente falta de preocupación entre los educadores por lograr un conocimiento cabal y exhaustivo de las características individuales y sociales del estudiante de medicina. En

* Trabajo presentado al VI Congreso Médico Nacional, Bogotá, julio de 1959.

** Jefe del Departamento de Psiquiatría. Universidad del Valle, Cali.

la Primera Conferencia Mundial sobre educación médica, realizada en Londres en 1954, no se presentó ni un solo trabajo que tratara de analizar en forma directa este factor crucial de la vida académica y, sin embargo, prácticamente la totalidad de los trabajos se refiere en forma tangencial al estudiante de medicina, o tiene implicaciones muy significativas para él.

Considerando la importancia trascendental que tienen para la vida y la personalidad del estudiante de medicina las relaciones de éste con la Universidad, los profesores, los compañeros y los pacientes trataremos de analizarlas con la denominación de "Relaciones Intramurales", frente a las que mantiene con sus familiares y personas de fuera, a las que llamaremos "Relaciones Extramurales". A estas últimas nos referiremos, únicamente en cuanto incidan en la adaptación del estudiante a la vida universitaria. Este análisis se presentará forzosamente en forma parcial y somera, destacando en cada tipo de relación sólo los aspectos más sobresalientes, tanto por su frecuencia como por el peligro potencial que pudieran encerrar para una adaptación saludable.

Señalaremos, además, siempre que un determinado problema lo permita, lo que aparece a nuestro criterio como posibles maneras de solucionarlo; advirtiendo eso sí que en su mayoría no constituyen sino fórmulas tentativas, acaso llenas de ingenuidad y que esperan de la experiencia y de futuros estudios su confirmación o rechazo definitivos.

Las apreciaciones subjetivas que se consignan en el texto provienen en su totalidad de seminarios, discusiones de grupo y conversaciones informales con estudiantes y profesores de varios países americanos.

1º *Relaciones con la Universidad.* (Facultad de Medicina): Varían notablemente de acuerdo con las localidades.

Las actitudes van desde la idealización simbólica del "Alma mater" hasta la abominación y el rechazo más enfáticos (diríase una "mala madre" de la terminología psicoanalítica).

Hay profesionales que abominan de la Facultad en que se formaron, deprecian contra ella, se escalofrian al pensar en los momentos de amargura y angustia transcurridos en sus aulas y equiparan la terminación de sus estudios a la liberación de un cautiverio. Algo muy grave y profundo debe haber sucedido en sus vidas mientras transcurría su etapa universitaria, para determinar una reacción de tal naturaleza.

La nota dominante en la relación del estudiante con la Facultad es muchas veces una de desconcierto al enfrentarse a una entidad abstracta, impersonal y fría, que a lo largo de sucesivas distorsiones puede volverse despiadada e injusta, lejana, remota, ajena a sus íntimas necesidades existenciales. Las regulaciones y normas le parecen como si fueran elaboradas ex-profeso para impedirle toda demostración de individualidad. Los reglamentos y disposiciones aparecen como arbitrarios e inconsultos, puesto que, usualmente, nadie se ha dado el trabajo de explicarle su razón de ser y sus motivos.

Ya sea el producto de una visión distorsionada por parte del estudiante, o la objetiva apreciación de una triste realidad, el abismo que se abre entre aquél y su Facultad constituye el más formidable reto al ideal académico.

La psicología dinámica de grupos señala que en estos casos la libre comunicación está entorpecida, presumiblemente por mutuas interpretaciones desviadas de la motivación recíproca de las partes.

Hay quienes afirman que el peligro podría conjurarse si desde los primeros días del ingreso de un nuevo candidato, las directivas universitarias tratasen de establecer contacto con él, a través de reuniones informales en las que los pro-

fesores alternaran con los alumnos, mostrándose frente a ellos en un aspecto más humano. Es necesario asegurar a los nuevos alumnos que dispondrán de todas las garantías para continuar sus estudios en condiciones favorables; convendría destacar el hecho de que ingresar a la Facultad, implícitamente les confiere un señalado privilegio, puesto que el proceso de selección de candidatos ha permitido escoger los más aptos para realizar la tarea profesional. Aquí se destaca nítidamente la importancia de un adecuado sistema de selección.

Todo alumno que ingresa a una Facultad debe ser protegido, ayudado. La preocupación capital de los educadores debería enfocarse a que todo alumno termine exitosamente su carrera.

Dentro de las relaciones con la Facultad conviene estudiar la actitud predominante entre los estudiantes frente a exámenes y a calificaciones. En este punto querriamos detenernos sobre dos peligros muy comunes:

a) El uso del examen como criterio exclusivo de evaluación del trabajo y rendimiento del estudiante, conduce a que alrededor de las épocas fijadas para el examen se corran verdaderas maratones de estudio, en las cuales el alumno trata inútilmente de compensar con unas horas de labor febril y extenuante la negligencia de muchos meses. La postración psíquica causada por el trabajo excesivo puede empeorarse aún con el uso inconsulto de drogas estimulantes o sedantes. En otras ocasiones el estudiante se vale de subterfugios, tales como los de estudiar solamente aquellos temas que, a su juicio, serán materia obligada del examen, jugando de esta manera a una lotería trágica con su propio futuro.

b) La falacia de considerar las notas como un fin en sí mismo, aparece como consecuencia de lo anterior, y el estudiante se empeña en una batalla competitiva tendiente a obtener los signos

externos de eficiencia y preparación como un trofeo, desecharlo, sin embargo, la meta real del conocimiento mismo.

No es aventurado suponer que el uso de un sistema de evaluación longitudinal y continua, que no episódico y parcial, permitiría bordear los escollos que amenazan la salud mental del estudiante. La existencia de un número adecuado de profesores e instructores que pudiesen establecer contacto personal con cada alumno constituiría el eje de este nuevo sistema.

2º *Relaciones con los profesores.*—Muchos profesores suponen que sus alumnos son individuos exactamente iguales a como ellos eran a la misma edad; de este equivocado concepto surge frecuentemente una serie de malentendidos, que a su vez distorsiona la comunicación de ambas partes.

Existe una gama de actitudes emocionales del estudiante frente al profesor, cuyas manifestaciones extremas se expresan en las polaridades de *total identificación o rechazo absoluto*. No sabríamos afirmar cuál de estas dos actitudes es más peligrosa. Debemos aceptar que un grado moderado de identificación es indispensable para una relación pedagógica fructífera; en las palabras de Van Dyke: "El conocimiento puede obtenerse por libros, pero el amor por el conocimiento sólo es transmitido por el contacto personal", y en un contacto personal estrecho siempre existe identificación. Sin embargo, una exagerada identificación puede poner en peligro la individualidad misma, máxime si tomamos en la cuenta que situaciones de angustia frente a estímulos amenazantes pueden desencadenar fenómenos defensivos del tipo de la identificación con el agresor. Por lo demás, si el profesor tiene un carácter dominante y una fuerte necesidad de imponer sus puntos de vista y actitudes y, más aún, si esto va unido a cualidades brillantes y a una personalidad

pintoresca, bien pronto se verá rodeado de un séquito de *admiradores-imitadores* que en forma deliberada o inconsciente incorporan a su personalidad los rasgos del venerado y a veces temido prototípo. La elección vocacional puede de esta manera hacerse, no sobre la base de cualidades personales reales, sino siguiendo una ruta estereotipada, cuyo origen se encuentra en actitudes emocionales inconscientes. El profesor, como símbolo de autoridad, puede convertirse en el blanco de agresiones de origen neurótico del estudiante frustrado en sus necesidades.

Erickson señala las siguientes necesidades básicas del estudiante de medicina:

Establecimiento de una identidad como persona,

Establecimiento de una identidad como médico,

Establecimiento de una identidad como especialista.

Todas estas necesidades estarían amenazadas por el peligro común de la difusión, que determina la aparición de actitudes aberrantes y fragmentarias, incapaces de guiar la conducta a una meta definida.

Solamente a base de haber adquirido un saludable sentido de identidad podrá el joven relacionarse de modo adecuado con las personas de uno u otro sexo en su ambiente, y en especial con sus profesores, colegas y pacientes.

En épocas anteriores, la enseñanza de la medicina era un proceso íntimamente personal, que se ejercía en forma de una completa tutoría, puesto que el aprendiz de médico vivía incluso en el mismo hogar del maestro y participaba activamente en sus experiencias profesionales y privadas. Con el correr del tiempo, y obedeciendo a las necesidades de la civilización, el divorcio académico se acrecentó cada vez más hasta llegar al extremo de la completa impersonalidad, en la cual el estudiante, descuidado de

sus profesores, se ve forzado a recurrir exclusivamente a los libros. Como dice John R. Ellis, Decano de Medicina de la Universidad de Londres, "echa a perder su educación, *su vista y su cordura* en esta triste e inútil tarea".

El interés del estudiante por su trabajo es un fiel reflejo del interés que sus maestros toman por él. La cátedra, para ciertos profesores, puede convertirse en un escenario para actualizar en forma patética sus conflictos personales; el estudiante, en estos casos, no constituye sino una siempre benévolas y anónima audiencia, que asiste en forma obligada a la representación. Otras veces, la cátedra es una palestra en la que dirimen impunemente sus resentimientos y hacen de los estudiantes la víctima propiciatoria de sus agresiones.

Desafortunadamente, no siempre el brillante intelecto y la destacada habilidad profesional son sinónimos de capacidad académica, y las directivas universitarias jamás deberían sacrificar esta última ante aquéllos.

3º *Relaciones con los compañeros.* Pueden ir desde la más estrecha camaradería hasta la rivalidad encarnizada. El intercambio emocional con los compañeros se ve oscurecido a veces por temores relacionados a la pérdida del prestigio personal. Hay estudiantes que creen que pueden relacionarse mejor con alumnos de cursos superiores, a quienes pueden hacer preguntas o consultas sobre lo que desconocen, sin el peligro de que se los tache de ignorantes. Consultar algo con un condiscípulo es admitir inferioridad. Por lo demás, hay un intenso sentido de identificación con el alumno que puede enfrentarse a los profesores y ocasionalmente derrotarlos.

En cada clase se establece bien pronto un sistema estratificado de liderazgo informal, en cuyo tope se encuentra no siempre el estudiante más inteligente y capacitado, sino más bien el más agre-

sivo y desinhibido. En las relaciones de masa de un grupo de alumnos la cordura individual frecuentemente sucumbe ante la coacción y el contagio emocional.

A veces es harto difícil establecer el límite entre la actitud de interés del alumno por una determinada materia y la conducta servil y congraciatoria. Los estudiantes son extremadamente sensibles ante este tipo de actitudes en sus compañeros, a tal punto que a veces coartan su genuino interés y curiosidad.

El estudiante es usualmente un crítico muy severo con respecto a las capacidades y defectos de sus compañeros. El uso de mecanismos de proyección es muy frecuente en el manejo de situaciones angustiosas o de rivalidad. Tal vez en ningún punto se destaca esta actitud más claramente como durante el estudio de las disciplinas psiquiátricas, período en el cual los alumnos creen descubrir en sus compañeros y profesores todas las manifestaciones morbosas descritas en la psicopatología.

La actitud frente a estudiantes de años inferiores es con frecuencia despectiva, y hay la necesidad de impresionarlos haciendo gala de conocimientos y habilidades, especialmente durante los primeros años de la carrera; hacia el final, un proceso de maduración parece imponerse y aparecen manifestaciones de solidaridad y deseo de ayudar.

De todos los factores que obstaculizan una relación armónica entre los estudiantes de un mismo curso, el afán competitivo con respecto a calificaciones parece ser el más pernicioso. En los modernos sistemas educativos se han creado movimientos que tienden a canalizar este afán competitivo hacia el plano de las acciones constructivas. Un ejemplo lo tenemos en los programas de *Asistencia Médica Familiar*, en los que los estudiantes compiten con sus compañeros tratando de ofrecer la mejor atención posible a las familias que les han sido asignadas.

4º *Relaciones con los pacientes.*—Las formas de solucionar conflictos que el estudiante adopte en el manejo de pacientes durante su período de aprendizaje son de extraordinaria importancia para determinar el tipo de médico que llegará a ser.

El sentido de frustración que se origina en estas etapas puede fácilmente conducir al *escepticismo*, al *cínismo* o al *desconcierto*.

A los estudiantes les agrada ver resultados efectivos. La mejoría de un paciente, cuanto más dramática, más los impresiona. Es así como se crea una explicable atracción hacia la medicina episódica y curativa, en vez de la medicina preventiva. La enfermedad orgánica es para la gran mayoría de ellos lo realmente importante. Se impone así la preferencia por el signo físico, fácil de elucidar, que no por la historia clínica peñosamente obtenible.

El paciente ideal, de acuerdo a la esperanzada concepción de la generalidad de los estudiantes, sería aquel que reuniese las siguientes condiciones: debe ser joven, de buen aspecto físico, aseado, inteligente, comunicativo, amable; debe adolecer de una enfermedad física que aporte signos objetivos *características*, capaces de facilitar un diagnóstico preciso; debe responder prontamente a la medicación administrada y presentar un gran umbral de resistencia para el dolor físico; debe cooperar dócilmente a todos los exámenes y procedimientos diagnósticos a que se lo someta; debe mostrarse agradecido con médicos y estudiantes y hacerles públicas manifestaciones de admiración y gratitud; finalmente, su permanencia en el hospital debe ser corta, para que su sitio pueda ser ocupado por un nuevo paciente, del mismo tipo de personalidad y con diferente enfermedad. En la medida en que un paciente se aleje de este ideal, pondrá a prueba la integración y madurez emocio-

cional del estudiante y su capacidad para tolerar frustraciones.

Frente a los pacientes pueden presentarse temores de diferente naturaleza: temor al contagio, temor a mostrar ignorancia ante sus preguntas y al consiguiente ridículo; temor a demostrar impulsos inaceptables, agresivos o eróticos. La elección de especialidad puede hacerse sobre mecanismos de defensa destinados a manejar impulsos inaceptables. Mucho se ha especulado sobre la motivación inconsciente de cirujanos, ginecólogos, urólogos, traumatólogos, proctólogos... La elección de psiquiatría por especialidad, como todos o casi todos los aquí presentes lo sabemos, puede motivarse a partir de profundos conflictos inconscientes, a veces sólo precariamente solucionados mediante mecanismos de proyección, sobrecompensación, negación e identificación con el agresor.

Otra hipótesis anómala, de frecuente ocurrencia en la relación estudiante-paciente, es el exceso de identificación. El fenómeno se manifiesta usualmente por una intensa preocupación ante el estado del enfermo y una marcada tendencia a distorsionar los síntomas y datos obtenidos del examen. Hostilidad y rechazo inconscientes pueden expresarse a través de un mecanismo de formación reactiva, disfrazados como temores, escrupulosidad o preocupación exagerada por el paciente. A su vez, los impulsos eróticos pueden manejarse con negación y aislamiento emocional, que determinan una actitud fría e indolente, o por coartación, que se manifiesta como escapismo.

Una iniciación gradual en el conocimiento de estos mecanismos, hecha cuando el estudiante comienza a establecer sus primeros contactos con pacientes, podría brindarle la oportunidad de familiarizarse con su aparición, reconocer su existencia en *sí mismo o en sus compañeros*, descubrir las circunstancias que los motivan y hacer esfuerzos para corregir-

los, moderarlos, eliminarlos o sustituírlos por otros más adecuados.

RELACIONES EXTRAMURALES

Reconociendo en todo su valor el hecho de que el estudiante, como todo ser humano, es el producto de un ambiente, y ante todo de un hogar, tratemos de bosquejar brevemente algunas de las situaciones relativas a estos factores capaces de influir en su salud mental.

La elección de la medicina como profesión puede ser un acto espontáneo y voluntario por parte del estudiante, o constituir una imposición familiar por razones tradicionales, de lucro, o conveniencia social; este es el caso cuando el estudiante ingresa a la Facultad con pie falso, y su carrera no será sino una serie ininterrumpida de tropiezos y dificultades, y esto cuando no se ve forzado a abandonarla tempranamente y sufrir toda la amargura de la derrota.

Hay padres o parientes que abrigan hacia el estudiante excesivas ambiciones, enteramente alejadas de sus capacidades reales; le señalan metas inalcanzables y lo acosan con exageradas demandas. La respuesta usual es un rendimiento académico muy bajo, resultado del conflicto intrapsíquico que crea en el estudiante un estado de rebelión inconsciente. Por otra parte, padres o familiares indolentes y despreocupados, que no ofrecen al estudiante ninguna ayuda emocional, pueden obrar como un factor negativo y destruir todo deseo de superación.

El clima emocional del ambiente en que vive el estudiante constituye un factor importantísimo para favorecer o perjudicar su adaptación al medio universitario. Problemas de índole familiar, social, religioso, económico y sexual, influyen en forma decisiva sobre su capacidad de trabajo y rendimiento. Eventos tales como un noviazgo, o el matrimonio, pueden imprimir una dirección entera-

mente nueva al curso académico. Los reveses económicos, la muerte de un parente o de un ser querido, traen una influencia a veces nefasta sobre las labores estudiantiles.

Finalmente, desearía mencionar la inaplazable necesidad de que los poderes públicos y la filantropía privada se interesen por mejorar en alguna forma las condiciones de vida del estudiante, ofreciéndole facilidades de alojamiento, alimentación y recreación adecuadas. Las

clases intelectuales de un país, de las cuales depende su futuro, bien se merecen una muestra de consideración que a la larga redundará en inapreciable beneficio para la comunidad.

En cuanto a nuestra responsabilidad como educadores, quisiera siempre recordar las palabras de John Stuart Mill: "Si hacemos de los estudiantes hombres capaces y sensatos, ellos mismos se convertirán en médicos capaces y sensatos".

BIBLIOGRAFIA

1. GLASER, ROBERT J.: "The Adaptation of the Student to Medical School". *J. M. Educ.*, 31(1):17, 1956.
2. HILL JR., ROLLA B.: "The Student's Viewpoint". *J. M. Educ.*, 31(1):21, 1956.
3. SASLOW, GEORGE: "Psychiatric Problems of Medical Students". *J. M. Educ.*, 31(1):27, 1956.
4. LEYMASTER, GLEN R.: "Objectives of a Medical Student Advisory System". *J. M. Educ.*, 31(1):33, 1956.
5. ELLIS, JOHN R.: "The Medical Student". *J. M. Educ.*, 31(1):42, 1956.
6. MCCANDLESS, F. D.; WEINSTEIN, MORRIS: "The Relation of Student Anxiety to Concepts of Role in Medical Care". *J. M. Educ.*, 33(2):144, 1958.
7. PARKER, SEYMOUR: "Personality Factors Among Medical Students as Related to their Predisposition to View the Patient as a 'Whole Man'." *J. M. Educ.*, 33(10):736, 1958.

APUNTES SOBRE ESPOROTRICOSIS

A PROPOSITO DE UN CASO TRATADO
CON ANFOTERICIN B

Por FABIO LONDOÑO *

No hemos podido explicarnos el por qué algunas micosis profundas, de extraordinaria difusión en nuestro país, son tan poco conocidas por el médico práctico. Así lo expresamos a propósito de nuestro trabajo "La Blastomicosis Sudamericana en Colombia" (1), y lo repetimos hoy con motivo de la publicación de este caso. Ello nos ha estimulado a hacer conocer de los lectores de la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA algunos aspectos sobre Esporotricosis, aun sin que ellos encierran gran importancia científica.

No es improbable que la escasa difusión de los conocimientos sobre micosis profundas sea debida a la relativa novedad de este grupo nosológico. En cuanto a la Esporotricosis se refiere, el primer caso publicado lo fue por Schenck en 1898 (2), pero sólo hasta 1905 y 1906, con los excelentes y documentados trabajos de Beurman y Gougerot (3-4) se les dio carta de ciudadanía a los "Abscesos subcutáneos, rebeldes, causados por hongos posiblemente relacionados a la Sporotricha", título del trabajo original de Schenck. Hasta ese

entonces los casos de Esporotricosis eran confundidos en su totalidad con la sífilis y la tuberculosis, constituyendo formas clínicas, la mayoría de las veces incurables, de estas enfermedades. La confusión aumentaba cuando algunos de estos casos curaban merced a la frecuente asociación de los mercuriales con el Iodo, terapéutica ésta empleada, por ese entonces, en el tratamiento de la lúes. No sería justo, ya que nos dejamos llevar por el resumen histórico de la Esporotricosis, olvidar los nombres de Heaton y Perkins (5), quienes en 1900 publicaron el segundo caso y dieron el nombre de *Sporothrix schenckii* al agente productor de la enfermedad.

A raíz de las publicaciones de los autores franceses citados se desató una ola de trabajos sobre la materia, no siendo ajeno nuestro país a la difusión de los conocimientos sobre la nueva entidad. En efecto: en 1908 Alfonso Castro (Manizales) (6) comunicó a la Sociedad Médica de aquella ciudad 2 casos, posiblemente los primeros diagnosticados en Colombia. Con posterioridad a esta comunicación aparecieron nuevos trabajos (7-8-9-10), de los cuales el más difundido es el del Profesor Manuel José

* Asistente de Cátedra de la Clínica Dermatológica. Instructor de Dermatología.

Silva (10), en el que destaca la inusitada frecuencia de la enfermedad entre nosotros, su carácter epidémico en ocasiones, y en el que describe, por primera vez, la variedad acneiforme de la dolencia.

Pasamos por alto las otras publicaciones nacionales, ya que no es nuestro propósito hacer la revisión bibliográfica del tema sino destacar que la ignorancia sobre la enfermedad no es fruto de la falta de fuentes de información.

Debemos sí hacer notar que todos los trabajos publicados se refieren a formas cutáneas y subcutáneas. Es de presumir, sin embargo, que existan las formas óseas y viscerales descritas en otras latitudes y que la falta de hallazgos entre nosotros se deba a que nunca pensamos en esa posibilidad. Pero es también posible que estas formas sean de extraordinaria rareza, ya que en 3.000 casos recopilados y estudiados en la Unión Sudaficana (11) no se halló ninguna localización ósea o visceral.

Para dar una idea del poliformismo lesional de la Esporotricosis transcribemos la clasificación de Ramos e Silva y Padilla Gonçalves (12):

- 1) *Formas sistémicas.* (Por diseminación hematogena).
- 2) *Formas del aparato locomotor.*
- 3) *Formas viscerales.*
- 4) *Formas paracutáneas.* (Mucosas. Ganglios linfáticos. Glándulas mamarias).
- 5) *Formas cutáneas, subcutáneas y de los vasos linfáticos.*
 - a) Esporotricoma Inicial.
 - b) Linfangitis Centrípeta (troncular, nodular).
 - c) Lesiones Gomosas, Ulcerosas o Ulcero-vegetantes (aisladas o múltiples).
 - d) Verrugosa.
 - e) Elefantiásica.

f) En Placa.

g) Mínima (dermoepidermitis circunscrita; acneiforme; lesiones papulosas superficiales).

Los cuatro primeros renglones de esta clasificación son prácticamente desconocidos entre nosotros. En cuanto a las formas cutáneas encontramos una neta prevalencia de las sub-formas de Linfangitis Centrípeta. No habíamos tenido la oportunidad de observar, aun cuando sí lo habían hecho, en épocas anteriores y con relativa frecuencia, los médicos del Servicio de Dermatología, la forma Verrugosa, por lo que en presencia de un caso hicimos el diagnóstico clínico de Cromomicosis, entidad de la cual consideramos clínicamente indiferenciable esta modalidad. Sólo el estudio micológico y la reacción a la Esporotriquina, de la cual nos estamos valiendo para el diagnóstico, con excelentes resultados, nos permitieron arribar a un diagnóstico correcto. Ya en posesión de los datos que hicieron irrefutable el diagnóstico de Esporotricosis Verrugosa, decidimos ensayar el tratamiento con Anfotericin B, no obstante que la terapia yodurada, específica en el tratamiento de esta dolencia, es de extraordinaria efectividad. Lo hicimos con carácter experimental y teniendo en cuenta que no conocemos ningún trabajo en este sentido. Por otra parte la Esporotricosis puede atacar tuberculosos y enfermos de lepra en los cuales podría estar, al menos teóricamente, contraindicada la terapéutica con yoduros. Además, aun cuando no es frecuente la intolerancia absoluta a los yoduros, hasta el punto que ni Reyes García (13) ni nosotros la hemos observado, cabe esa posibilidad, por lo que creemos conveniente contar con una terapéutica que en caso dado substituya al yodo en el tratamiento de la Esporotricosis.

Presentación del caso: Luis Hernando V. H. C. 214741 del Hospital de San

Juan de Dios. 16 años de edad, masculino, soltero.

Originario y procedente de El Peñón, Cundinamarca. (Clima medio).

Profesión: agricultor.

Antecedentes familiares: sin importancia para el caso.

Antecedentes personales: sin importancia para el caso.

Antecedentes de enfermedad actual: años antes del ingreso sufrió herida punzante en la región maleolar externa derecha, con la espina de una planta llamada "Cachipay". A ese nivel se constituyó una zona inflamatoria que se hizo renitente y drenó de manera espontánea, dando salida a un líquido purulento. La lesión ulcerosa así constituida comenzó a vegetar en su fondo y a crecer, muy lentamente, en superficie hasta el estado actual. La lesión nunca ha sido espontáneamente dolorosa.

Examen clínico general: sin particularidades.

Examen dermatológico: en la región maleolar externa derecha se aprecia elemento ovoide, de eje mayor paralelo al eje del pie, de 10 cms. de longitud por 6 cms. de altura. El elemento está constituido por la confluencia de vegetaciones agminadas, pero separadas por surcos profundos a través de los cuales mana, a la expresión, escaso pus blanco, bien ligado y de un olor "sui generis". Estas formaciones papilomatosas están recubiertas de una delgada masa córnea, macerada en parte por la humedad subyacente. Los bordes del elemento son nítidos y la piel que rodea la lesión es completamente normal.

Examen anatomo-patológico: (4487-59): Los cortes muestran piel cuya epidermis presenta hiperplasia, hiperqueratosis y parakeratosis. En la dermis, neiformación capilar, congestión hemorrágica, micro-abscesos e infiltrado difuso por linfocitos, monocitos, plasmocitos y

leucocitos polimorfo-nucleares. Una minuciosa búsqueda no permitió encontrar micro-organismos.

Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico de piel.

Los exámenes de laboratorio practicados (Cuadro Hemático, Serología, Uroanálisis y Coproanálisis) fueron negativos, con excepción de este último, que indicó un poliparasitismo intestinal.

La Abreugrafía fue negativa.

Reacciones biológicas:

Montenegro (-).

Esporotriquina (+++).

Cultivo en Medio de Sabouraud: positivo para Sporotrichum.

En estas condiciones se inició tratamiento con Anfotericin B. Conocedores de las desagradables reacciones que experimenta el enfermo durante la perfusión endovenosa del antibiótico, pero también de la manera de evitarlas (14), resolvimos administrar 4 mgs. de Triamcinolona media hora antes del comienzo de la perfusión, y otros 4 mgs. a las dos horas de iniciado el goteo. Para tantear la tolerancia iniciamos el tratamiento con 17 mgs. diarios en 500 c. c. de suero dextrosado al 5% en agua. Esta dosificación se mantuvo por el término de tres días, al cabo de los cuales aumentamos a 25 mgs. diarios, dosis con la cual continuamos hasta finalizar el tratamiento. La dosis total empleada fue de 1.100 grs.

La involución del elemento fue lenta pero continua. A los pocos días había perdido su carácter húmedo, y poco después las vegetaciones fueron tornándose cada vez más escasas hasta quedar totalmente substituidas por una cicatriz atrófica, completamente lisa. (Figuras 1 y 2).

En dos oportunidades intentamos suspender la administración preventiva de la Triamcinolona, y en las dos se produjeron fuertes escalofríos.



Fig. 1: La lesión descrita, antes del tratamiento. Nótese el carácter vegetante del elemento y su relieve sobre la piel que lo circunda.



Fig. 2: Aspecto que presentaba la lesión al terminar el tratamiento con Anfotericina B. La lesión ha quedado representada por una cicatriz atrófica.

RESUMEN

SUMMARY

- 1) Se hace una breve reseña histórica de las primeras comunicaciones sobre Esporotricosis.
- 2) Se destaca la amplia difusión de la enfermedad en nuestro país.
- 3) Se hace notar la no existencia de datos bibliográficos sobre formas extra-cutáneas.
- 4) Se llama la atención sobre la eficaz ayuda de la intradermo-reacción con Esporotriquina en el diagnóstico de la enfermedad.
- 5) Se comunica un caso de Esporotricosis Verrugosa tratado con Anfotericin B, con excelentes resultados.

1. A brief historical review is incorporated of the early literature on Sporotrichosis.

2. The fact that Sporotrichosis is widely disseminated in Colombia is emphasized.

3. The lack of bibliographical data is noted on extra-cutaneous forms of Sporotrichosis.

4. The intracutaneous reaction with "Sporotriquina" is of great assistance in arriving at a diagnosis of this disease.

5. A case is reported of Verrucose Sporotrichosis treated with Anfotericin B with excellent results.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LONDOÑO GONZÁLEZ, F.: "La Blastomicosis Sudamericana en Colombia". *Rev. Fac. de Med.* 25:101-118. (Marzo-abril), 1957.
- (2) SCHENCK, B. R.: "On refractory subcutaneous abscesses caused by a fungus possibly related to the Sporotricha". *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 9: 286, 1898.
- (3) BEURMANN, L., ET GOUGEROT, E.: "Sporotrichose. Présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales". *Bull. et Mem. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph.* 3. Janvier, 1905.
- (4) BEURMANN, L., ET GOUGEROT, E.: "Sporotrichoses Hypodermiques". *An. de Dermat. et Syph.* Oct., Nov., Dec., 1906. P. 837, 914, 994.
- (5) HEKTOEN, L., AND PERKINS, C. F.: "Refractory subcutaneous abscess caused by Sporotrix schenckii; a new pathogenic fungus". *Tr. A. Am. Physicians*, 15:502, 1900.
- (6) CASTRO, ALFONSO: "Dos observaciones comunicadas a la Sociedad Médica de Manizales". 1908.
- (7) POSADA BERRÍO, L.: "Estudio Clínico de la Esporotricosis". Presentado al Segundo Congreso Médico Nacional. *Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá*. Vol. IV, N° 47, agosto de 1913.
- (8) TORO VILLA, G.: "Monografía sobre Esporotricosis". Presentada al Congreso Médico Nacional. *Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá*, Vol. IV, N° 47, agosto de 1913.
- (9) RESTREPO, A.; JARAMILLO, A.; CORREA A.: *Boletín Clínico de Antioquia*. Serie I, N° 9; febrero de 1934.
- (10) SILVA, M. J.: "Sporotrichosis in Colombia". *Arch. Dermat. and Syph.*, 65:335, 1952.
- (11) *Encycl. Méd. Chir. Dermat.* 12022, G. 10; 1954.
- (12) RAMOS E SILVA, J.; PADILLA GONÇALVES, A.: "Sobre las formas clínicas de Esporotricose". *O Hospital*; 45:155-158, 1954.
- (13) REYES GARCÍA, G.: "Ulceras de los Miembros Inferiores", s. f. Editorial ABC, Bogotá.
- (14) LONDOÑO GONZÁLEZ, F.: "Tratamiento de la Cromoblastomicosis con Anfotericin B." (En vía de publicación).