

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen 26

SEPTIEMBRE — 1958

Nº 9



Profesor Dr. Roberto Franco

Palabras Pronunciadas por el Sr. Decano de la Facultad de Medicina, Profesor Eduardo Cortés Mendoza, ante el cadáver del Profesor Roberto Franco

Es ciertamente una empresa temeraria —y más para quien en estos momentos lleva la vocería de la Universidad Nacional y de su Facultad de Medicina— hacer una síntesis completa de lo que representó la vida y la obra del Profesor Roberto Franco. No porque desconozcamos los principales hechos de su obra, ni porque seamos incapaces de juzgarla en su importancia actual, ni

en su trascendencia futura, ni porque como discípulos agradecidos nos inhibía la emoción al hablar del maestro, sino porque es imposible alcanzar en conjunto todas las excelencias de su diáfana personalidad.

Sus valiosos aportes a nuestra Medicina y, particularmente al aporte de la Medicina Tropical, son ya obra conocida de todos juzgada y valorada por autoridades ajenas a nuestro país, y permanecerá siempre con el mayor orgullo del patrimonio de la Medicina Nacional.

Pero su vida vale más que su obra, con ser ésta invaluable. El Profesor Franco no limitó sus mejores años a la investigación y a la búsqueda insaciable de la verdad, en el vasto campo de la parasitología y de las enfermedades del trópico, sino que se consagró por entero a la enseñanza de la medicina, a la formación de innumerables juventudes médicas a quienes transmitió, junto con su más pura doctrina, extraída de las mejores fuentes de la medicina europea y americana, todo lo que puede dar en sí un carácter íntegro. El enseñó su ciencia y la ciencia de los demás con desinterés, con pasión indeclinable, pero todavía enseñó más con el ejemplo de su vida. Y si los frutos de su trabajo han pasado a la historia como contribución altísima de la investigación médica americana, para quienes tuvimos la honra de recibir sus lecciones, no podrán borrarse jamás su recuerdo, ni su ejemplo, como perdurará su memoria en los fastos de la Facultad de Medicina, a la que sirvió durante más de 30 años, aprestigiándola con su sabiduría y enalteciéndola con su dignidad.

Si se quiere hacer un bosquejo biográfico del Profesor Roberto Franco, sería preciso considerar muchos aspectos de su obra y de su fascinante personalidad. Y, ante todo, habría que estudiar al Investigador, al Profesor y al Maestro.

Como Investigador, porque fue el primero entre nosotros, el más constante y paciente de todos y también el más afortunado.

Como Profesor, porque fundó una cátedra, la regentó durante 34 años, le entregó su saber y le infundió su espíritu.

Como Maestro, Franco fue el paradigma del médico íntegro en que todo confluye: Conocimiento, Discreción, Honradez, Lealtad, Pureza de intención y nobleza de corazón.

En él se integran maravillosamente el médico, el hombre y el carácter, tres atributos que solo se conjugan en aquellos espíritus de selección, para quienes la vida no es más que una constante invitación de servicio.

Roberto Franco perteneció a esa generación de médicos que dió la Facultad hacia la última década del siglo pasado; todos sus condiscípulos hicieron feliz carrera, se consagraron al estudio y al ejercicio devoto de su profesión y en élla cosecharon abundantes éxitos, algunos llegaron al profesorado y tuvieron vasta cauda de discípulos; el doctor Franco fue todo esto y en forma brillante, pero tal vez fue en el único de ellos en quien prendió la llama de la investigación. Siendo muy joven, en 1897, apenas salido de la Facultad, pasó a Francia por el solo fin de aprender más, con la inquietud de conocer por sí mismo las nuevas rutas que por entonces se abrían a la exploración biológica.

El Instituto Pasteur, de París, ardía bajo la fiebre creadora de su fundador quien había fallecido dos años antes, y en donde se hallaban las figuras gloriosas de Metchinikeff, Roux, Jersin y Calmette. La bacteriología era un inmenso campo de investigación que prácticamente empezaba a explorarse, en donde la Medicina había puesto todo su empeño y cifraba todas sus esperanzas. Al lado de sus maestros, Franco se entregó a ella apasionadamente; su afán era el estudio, su obsesión, aprender; su anhelo, escudriñar. París... era para él el Instituto.

Ardía a su vez en amor patrio y por esto se dedicó al estudio de las enfermedades características de los países cálidos. Enviado por el Gobierno Francés al Norte del África, tuvo oportunidad de experimentar por sí mismo y, fruto de esta experimentación, en su tesis sobre "Tifo Exantemático en la ciudad de Túnez", en 1905.

Al regresar a Colombia, en donde todo era inexplorado, miles de proyectos acariciaba en su mente, para mejor servir a su Patria, lo que logró a lo largo de su meritísima vida.

En 1905 fue llamado por el Rector Luis Felipe Calderón para que regentara la Cátedra de Medicina Tropical y Clínica de Laboratorio.

En Septiembre de 1905, hizo el Profesor Franco el diagnóstico por Uncinariasis, lo cual comprobó en Noviembre de ese mismo año. Las conclusiones de su monografía clásica sobre esta enfermedad, aprobadas en 1909 por la Academia de Medicina, son, como lo dice el Profesor Patiño Camargo, "un Código al cual se han ajustado posteriormente las vastas y excelentes labores de profilaxis cumplidas por el Estado con el apoyo de la benemérita Fundación Rockefeller, que lograron cambiar este panorama de sombras en grandes extensiones del territorio patrio".

En 1906 identificó la espiroqueta de la fiebre recurrente.

En 1907, en asocio de los doctores Gabriel Toro Villa y Jorge Martínez Santamaría, estudió la epidemia de fiebres que había aparecido en las minas de Muzo y llegaron a las siguientes conclusiones:

1^o - La epidemia que estudiamos en 1907, está compuesta por fiebre amarilla y fiebre espiroquetal asociadas.

Estas dos entidades existen en la región en el estado endémico, o producen epidemias que son mantenidas y despertadas por la frecuente llegada de individuos receptivos de las tierras frías.

2^o - La fiebre amarilla tiene desde el punto de vista etiológico algunas particularidades:

a) Es contraída en el bosque, y no en la vecindad de las habitaciones;

b) Es transmitida por el Stegomia Galopus, y probablemente también por otros culicíneos;

c) La inoculación se hace durante las horas del día, que son las que los trabajadores pasan en donde predominan los mosquitos transmisores.

Era por entonces artículo de fe que no había fiebre amarilla sin Stegomia y por eso las comisiones de expertos norteamericanos y cubanos, desecharon las conclusiones de Franco, Martínez y Toro Villa. Solo en 1932 las pruebas de suero-protección llegan

a demostrar que es acertado el diagnóstico de fiebre amarilla hecho por el Dr. Franco en 1907; y por eso podemos decir, como lo sostuvo el Dr. Soper, en 1935, que “el Dr. Franco nos dió con 25 años de anticipación una descripción magnífica de la fiebre amarilla de la selva adquirida en los bosques y transmitida por un mosquito, no doméstico, cuyos hábitos describió”.

Como Profesor dió a su cátedra extraordinaria huella; hombre diserto, de amplia cultura, profundo en todos los ramos de la Medicina, se distinguió por su corrección y educación exquisitas. Rígido, exigente, perspicaz observador, cuidadoso en el examen del enfermo y acertado en el diagnóstico. Al lado de Lombana Barreneche, Franco figura como uno de los mejores clínicos que ha tenido el país; no se limitaba únicamente a enseñar, sino que vivía en preocupación constante por hacer de sus discípulos, médicos honrados y excelentes colegas.

En franco se cumple muy bien la descripción que Rudolf Virchow hizo de Johannes Muller: “llegó a ser también, como él mismo decía de sus grandes predecesores, un constante sacerdote de la naturaleza; el culto a que se consagraba le unió también a sus discípulos, como por un vínculo religioso, y el serio y sacerdotal estilo de su lenguaje y movimientos completaban el respeto con que todo el mundo alzaba a él sus ojos. Con rasgo de severidad en su boca y en sus apretados labios y una expresión de austero pensar en su frente y ojos, reflejando en cada surco de su rostro el recuerdo de un trabajo cumplido. Así se hallaba este hombre ante el altar de la naturaleza”.

Hay que hacer resaltar el interés que el Profesor Franco dio al Laboratorio Clínico y a la Anatomía Patológica por considerar que son las dos pilas en que se apoya la Clínica.

Escaló las más altas posiciones en la Universidad Nacional. Como Rector de la Facultad de Medicina y como Rector de la Universidad Nacional, demostró su constante voluntad de servicio, pues sabía que la misión de educar y formar juventudes es la más noble tarea en servicio de la Patria.

Ocupó una posición social distinguidísima, miembro altamente respetado de la sociedad Bogotana, adornado de virtudes cívicas ejemplares; patriota eminente y un gran servidor de Colombia.

Quien os habla, en nombre de la Universidad Nacional y de la Facultad de Medicina, adquirió vínculos sagrados con el maestro, tuvo la honra de ser su discípulo y de ser su interno en la clínica que regenta ahora, en asocio de distinguidos compañeros, la cátedra de Medicina Tropical, creada por Franco, a la que él consagró su vida y lo mejor de su espíritu. En esa cátedra se conserva pura su doctrina y se recuerda devotamente su enseñanza. Seguir su ejemplo, continuar su obra, es el mejor tributo que la Facultad debe rendir a su memoria.

Resultados de la Nefrectomía en la Tuberculosis Renal

Trabajo presentado al II Congreso Nal. de Urología, reunido en Cali. — Agosto de 1958

Dr. Antonio M. Pérez Gómez

Profesor Agregado de Técnica Quirúrgica — Ex-Jefe de Clínica Urológica.

I — INTRODUCCION

Queremos en el trabajo que presentamos hoy, resumir los resultados obtenidos con la nefrectomía en la tuberculosis renal, basados en los casos operados durante 5 años (de 1953 a 1957 inclusive) en el hospital de S. Juan de Dios de Bogotá, tiempo que corresponde a la época en que desempeñamos el cargo de Jefe de Clínica Urológica (4 años), y un año más, el de 1957. Hemos totalizado así, 88 nefrectomías, número que incluye todos los casos operados por nosotros, y los operados por otros compañeros de jefatura, pero que tuvimos la oportunidad de observar hasta donde fué posible.

Se trata pues de resultados obtenidos en clientela hospitalaria, y creemos que es el primer trabajo y la primera estadística que sobre el particular se hace entre nosotros.

II — INDICACIONES

Se escogieron para la nefrectomía los siguientes casos:

- 1) — T. B. C. renal unilateral avanzada (destrucción de cálculos, hidronefrosis acentuada, pionefrosis, cavernas).
- 2) — T. B. C. unilateral con riñón excluido y el otro sano.

3) — T. B. C. renal bilateral, con un riñón en estado más avanzado de lesiones que el otro.

Los demás casos se destinaron a tratamiento médico.

III — PRUEBAS PRELIMINARES

Previas a la nefrectomía se hicieron:

1) — Exámenes de laboratorio de rutina. E. C. G. en mayores de 45 años.

2) — Orina para B. de Koch.

3) — Urografía.

4) — Cistoscopia y pielografía en los casos dudosos, o con riñón excluido.

5) — Examen de orinas separadas en los casos dudosos.

6) — Pruebas de eliminación renal en enfermos en mal estado. Se prefirió la urografía, pero se hicieron algunas pruebas de sulfofenolftaleína y de índice carmín.

IV — TECNICA QUIRURGICA

En todos los casos se hizo la incisión de Guyón, excepto en 2 que se hizo la transversa. Para la ureterectomía la incisión de Gibton o la lateral oblicua.

En las nefrectomías solas el uretere se abandonó o se fijó a la piel.

En las Uretero-nefrectomías generalmente se hizo primero la extirpación del riñón, salvo contados casos en que se procedió al contrario.

V — TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO

Preoperatorio: Varios días con estreptomicina, y penicilina.

Postoperatorio: Series de estreptomicina, PAS e isoniacida, por diversos períodos a merced del cumplimiento de los pacientes. Localmente, instilaciones de aceite gomenolado en pocos casos. Somos partidarios de hacer más intenso el tratamiento local vesical, pero en nuestros casos, se hacía en consulta externa, lo que dificultaba su realización.

VI = CLASE DE INTERVENCION

Entre nosotros se hicieron más de un 75% de nefrectomías por T. B. C. Wang dice que hoy día solo un 5% de las nefrectomías son por esta causa, donde se ve el alto porcentaje que hay en nuestro medio, de esta enfermedad.

CUADRO I

Es decir, 2/3 de nefrectomías y 1/3 de Uretero-nefrect.

VII - LADO Y SEXO

CUADRO II

Lado derecho	49	56%
Lado izquierdo	39	44%
Hombres	37	42%
Mujeres	51	58%

Este último dato es de importancia entre nosotros, ya que las estadísticas dan un volumen algo más alto de hombres que de mujeres en la T. B. C. renal, y fué uno de los hallazgos de este estudio.

VIII — EDAD

CUADRO III

10 a 20 años	15 casos	17%
20 a 30 "	33 "	37%
30 a 40 "	22 "	25%
50 a 60 "	6 "	7%
60 a 70 "	1 "	1%
<hr/>		
	88	

Esto coincide con otras estadísticas, en que la edad preferida es entre 20 y 30 años (1/3 de los casos).

IX — CAPACIDAD VESICAL

Se controló en 36 casos, y no en 52. Deficiencia que en parte achacamos a los internos, encargados de llevar las historias, y en parte a nosotros mismos.

CUADRO IV

Capacidad vesical:

Controlado en 36 casos: (41%).

Intolerancia absoluta	3 casos
0 a 100 c. c.	23 "
100 a 200 c. c.	6 "
200 a 300 c. c.	2 "
Más de 300 c. c.	2 "

No controlados: 52.

X — TIEMPO DE CONTROL DE LOS ENFERMOS

Este dato es condicionado a los mismos enfermos y a su cumplimiento.

CUADRO V*Tiempo de control*

En hospital (días)	31	- Grupo I
De 1 a 6 meses	18	- Grupo II
De 6 a 10 meses	4	- Grupo III
1 año	10	}
2 años	13	
3 años	4	}
4 años	4	
5 años	2	
Más de 5 años	2	- Grupo V
(8 y 11 años).		

Hay que anotar que en este trabajo hay casos del año pasado que no han tenido tiempo para controlarse más.

Estos datos nos dan una idea del incumplimiento de los pacientes en nuestro medio, de su poca comprensión por su problema de enfermedad y de la deficiencia de nuestras entidades hospitalarias en lo referente a acción social, inexistente en ellas.

XI — RESULTADOS POSTOPERATORIOS

No hay que discutir aquí la conveniencia de la nefrectomía en los casos en que está indicada, pues desde las primeras hechas en 1869, solo se ha hablado de la bondad de sus resultados. Queremos hacer algunas consideraciones relativas a nuestra estadística.

Cuál fué el porvenir de nuestros enfermos operados por tuberculosis renal?

Vimos ya que 31 pacientes no volvieron una vez que salieron del hospital. Cómo podemos catalogar tales casos? Es muy posible que la mayoría hayan sido buenos casos, pues de haberse manifestado algún síntoma, hubieran vuelto a la consulta, como aconteció con los que volvieron con motivo de su cistitis o polaquiuria. Algunos de esos 31 pacientes seguramente vendrán después con alguna complicación o con el otro riñón infectado.

En cuanto a los pacientes que continuaron con el tratamiento médico, se han mantenido sin la aparición de nuevos focos y con el mínimo de complicaciones.

Algunos volvieron a consultar pero tardíamente, y estos casos constituyen prácticamente los malos resultados, que no podemos achacar a la conducta seguida, sino a los mismos pacientes.

En la mayoría de los enfermos de T. B. C. renal ésta es bilateral, pero las lesiones del riñón llamado "sano" no son comprobables por los medios de diagnóstico usuales, y de ahí la necesidad de los tratamientos médicos postoperatorios prolongados.

Traemos a cuenta aquí los resultados obtenidos por Medlar en 30 enfermos muertos de tuberculosis pulmonar, sin que ninguna tuviera síntomas de T. B. C. renal. En los cortes hechos en 44 riñones de tales enfermos, considerados como sanos, se descubrieron 367 lesiones tuberculosas, y había 22 pacientes con T. B. C. renal, y 17 con lesiones ya curadas. Qué no diremos de enfermos con un bacilo selectivo por el tejido del riñón?

CUADRO VI

Resultados.

Volvieron a control (en buenas condiciones)	49	55,3%
No volvieron	31	35 %
Suma	80	90,3%

Casos malos

(Volvieron tardíamente).

Propagación al otro riñón	4	4,6 %
Complicaciones renales no-TBC.	3	3,4 %
Complicaciones generales	1	1,13 %
	8	9,13 %

En cuanto a los otros 57 pacientes, hubo 4 casos con propagación al otro riñón, de éstos 2 que volvieron a última hora y murieron en el hospital, sin control anterior, y 2 que se sometieron a tratamiento. Fuera de estos 4 casos, hubo otro que murió a los 5 días de la intervención, otro a los 2 meses por uremia y otro a los 10 meses en coma de causa que no se estableció.

Estos casos malos se deben en realidad, a la falta de cooperación de los pacientes.

XII — CONTROL BACTERIOLOGICO DE LA ORINA

Se hizo control de orina por B. K. especialmente en enfermos aún en el hospital, y en aquellos del grupo IV, es decir que llevaban más de un año de haber sido intervenidos. Es de anotar que todos los controlados siempre presentaron ausencia del bacilo en la orina. Aparecen 5 casos con resultado positivo que corresponden a enfermos que volvieron solamente cuando ya la enfermedad había invadido el otro riñón. En los casos negativos se incluyen los operados con nefrectomía sola, así que la recidiva hay que achacarla a la falta de cumplimiento de los pacientes.

No hubo tampoco albúmina en esas orinas, pero sí en muchos casos se halló pus, debido a la cistitis residual.

CUADRO VII

B. K. en orina - Postoperatorio.

	B. K. (-)	B. K. (+)
Controlados en hospital - Grupo I	8	0
Control 1 a 6 meses - Grupo II	5	1
Control 6 a 10 meses - Grupo III	4	1
Control 1 a 5 años - Grupo IV	23	1
Control más de 5 años - Grupo V	0	2
Suma	40	5

XIII — NEFRECTOMIA Y URETERO-NEFRECTOMIA

Se hicieron 59 nefrectomías y 29 uretero-nefrectomías. Esto es 2/3 de unas y 1/3 de las otras.

Ha habido dos escuelas en cuanto a ésto. Los partidarios de las primeras, y los de las segundas. Está demostrado que la tuberculosis ureteral es secundaria a la renal; para extirpar el uréter completamente hasta su implantación en la vejiga es preciso hacer una incisión complementaria como la de Gibson, cosa factible si el paciente se encuentra en buenas condiciones generales para soportar la prolongación del acto quirúrgico. Se justifica esta nueva intervención?

Nos limitaremos a lo que hemos podido observar en los casos aquí estudiados.

De 3 uréteres que se extirparon tiempo después de la nefrectomía, se hizo examen anatomo-patológico en dos.

El primero, extirpado a los cuatro meses de la nefrectomía dio fibrosis y ureteritis inespecífica. El segundo dio T. B. C. en evolución, pero en este caso se había presentado invasión al otro riñón, comprobada.

En el tercer caso, no se hizo examen, pero la orina era negativa para B. K. - Había sí cistitis.

Los casos de T. B. C. propagada al riñón remanente, que fueron 4, se presentaron en enfermos que no hicieron el tratamiento médico postoperatorio, que obraría sobre focos incipientes.

La uretero-neo-cistostomía se hizo en casos de estrechez intramural producida por cistitis residual.

Podemos ver en el siguiente cuadro el resumen de algunos datos comparados.

CUADRO VIII

Resultados comparados.

	Nefrecto (Sobre 59)	—	Uret-Nefr (Sobre 29)
Ureterectomía posterior	1 TBC. y 2 No-TBC.		
Fístulas cutáneas	3 5 %	1	2,9%
Contaminac. otro lado	4 6,7%	0	
Uretero-neo-cistost.	1 1,7%	1	3,4%
Muertes	2 3,4%	2	6,8%
B. K. (—)	20	12	
B. K. (+)	4	0	

Los datos expuestos nos inclinan a creer que cada una de las dos formas de intervención tiene sus indicaciones, y éstas no pueden determinarse sino ya una vez expuesto el riñón y palpado el uréter. Se debe extirpar este órgano, si se encuentra duro, grueso, o con signos claros de foco tuberculoso. Naturalmente teniendo en cuenta el estado general del paciente.

Por esto mismo nos parece más conveniente comenzar la intervención por la parte alta, por el riñón, y no como lo hacen algunos cirujanos, que comienzan con la incisión de Gibson para seccionar el uréter primero. Además se puede hacer una inspección previa del mismo riñón.

XIV — RESECCIONES PARCIALES

La heminefrectomía, resecciones polares y calicectomías no han entrado aún en nuestro medio, que a este respecto es completamente radical. Estas operaciones dan como complicaciones, las fístulas, infecciones y hemorragias, por cuya causa no han sido completamente aceptadas. Además requieren una vigilancia estrecha del paciente antes y después de la intervención.

La escuela nuestra es la de extirpación del órgano entero o hacer tratamiento médico.

XV — COMPLICACIONES

Fueron de dos clases: 1) Inherentes a la misma nefrectomía y 2) Propias de la TBC. renal.

1 — Inherentes a la nefrectomía.

Fístulas cutáneas, tres casos, sin mayor complicación.

Neumotórax. - Pocos casos sin complicación tratados con sutura en el acto quirúrgico.

Hemorragia - Masiva en un caso, que se controló con compresas a presión y pinzas. Estas se quitaron 4 días después, pero volvió a sangrar, se pudo controlar con ligaduras. Se trataba de la arteria espermática y una vena gruesa.

2 — Propias de la T. B. C. renal.

Cistitis - Solo hubo 8 casos en que la cistitis inicial cedió pronto. En los demás casos salidos del hospital y controlados, la cistitis o la poliaquiuria, fueron constantes. Esta última ocasionada por la reducción de la capacidad vesical, ya por la misma cistitis o por pericistitis. Podemos considerar esta secuela, como la más constante.

Se pudo comprobar que en algunos casos, no obstante haber desaparecido el pus y las bacterias de la orina, la capacidad vesical continuaba reduciéndose, probablemente por pericistitis, cosa que debiera investigarse mejor.

T. B. C. concomitante en otros órganos. Principalmente se encontró en los pulmones, epidídimo y próstata.

En los pulmones, hubo 5 de los casos operados que la presentaban. (No incluimos aquí la de los casos bilaterales inoperables). Este es un índice alto ya que Lattimer dice que solo se presenta la T. B. C. renal en el 4% de los pulmonares.

T. B. C. epididimaria en 4 casos, se hizo epididimectomía.

La T. B. C. prostática se presentó en forma benigna y sin complicaciones, en los casos de T. B. C. epididimaria. Se encontraron duros los lóbulos prostáticos.

T. B. C. en otro riñón, 4 casos, 3 de ellos a los pocos meses de la nefrectomía y el otro a los 2 años.

Hematuria. - Se presentó en 5 casos bastante tiempo después de la operación, con B. K., negativo, y cistitis intensa, causa de ésta complicación. (Hematuria macroscópica).

Estrechez ureteral e hidronefrosis. - En 5 casos, con hidronefrosis como consecuencia; en 2 se hizo uretero-neo-cistostomía.

Complicaciones anatómicas. - Un caso con doble uréter bilateral. Lleva tres años de control y la enferma está bien. Ha tenido 3 hijos en ese lapso.

También hubo escasos pacientes con vasos polares.

CUADRO IX

Complicaciones.

Por nefrectomía	{	Fístulas cutáneas	3	3,4 %
	{	Neumotórax	Pocos	
	{	Hemorragias	1	1,13 %
Por TBC renal	{	Cistitis, poliaquiuria	49	
	{	Tuberc. otros órg. .	{	
		Pulmones .	5 ..	5,65 %
		{		
		Epidídimo .	4 ..	5,5 %
		{		
		Próstata		
	{	Contam. otro riñón	5 ..	4,5 %
	{	Hematuria	5 ..	5,65 %
	{	Estrechez ureteral (Hi- dronefrosis)	5 ..	5,65 %
	{	Complicaciones anatómicas	{	
		doble		
		{		
		uréter .	1 -	1,13 %
		{		
		Vasos		
		{		
		polares.		

XVI — TBC BILATERAL

a) *Inoperable*. - Al mismo tiempo hubo 21 casos de T. B. C. renal inoperable, de los cuales 4 con granulia. Esto da un 19%

de casos inoperables, porcentaje que bajaría al computar los casos incipientes.

b) *Operable.* - Se interviniieron dos casos con lesiones avanzadas.

CUADRO X

T. B. C. Bilateral.

Inoperables 21 (4 granulia) 19%
 (Entre 109)
 Operables 3 avanzados

Operaciones complementarias.

Ureterectomías	3
Uretero-neo-cistostomías	2
Ureterostomías cutáneas	2
Ileocistoplastias	1
Epididimectomías	5 (1 bilateral)

XVII - OPERACIONES COMPLEMENTARIAS

De éstas intervenciones (ver cuadro), tenemos qué anotar el mal resultado que dieron las ureterostomías cutáneas, que pueden considerarse como innecesarias ya en un enfermo con un solo riñón en mal estado; ambos pacientes murieron.

La ileo-cisto-plastia hasta ahora se está haciendo entre nosotros, parece que con buen resultado.

XVIII — MUERTES

La mortalidad operatoria fué 0. En el postoperatorio inmediato se presentó una muerte, a los 6 días, en que el enfermo entró en coma sin causa aparente.

Mortalidad tardía, hubo 4 así:

1 por uremia a los dos meses de operado.

1 a los 10 meses, entró en coma, por causa no determinada.

1 a los 4 años, por calculosis renal e insuficiencia.

1 a los 8 años, por T. B. C. del riñón remanente. Se le hizo ureterostomía cutánea.

CUADRO XI

Muertes

Postoperatorio inmediato	1 (6 días) . . .	1,13%
Tardías: 1 - Uremia a los 2 meses		
1 - Coma a los 10 meses		
1 - Cálculos a los 4 años		
1 - TBC. riñón residual a los 8 años		
		4,5 %

XIX — RECOMENDACIONES

1) — Es indispensable que en los centros en que se haga tratamiento quirúrgico de la TBC renal, tengan un servicio de acción social o de visitadoras sociales que se hagan cargo de instruir a los pacientes y convencerlos de la necesidad que tienen de volver al control del médico una vez que salgan del hospital. Es inútil el trabajo llevado a efecto con gran costo y sacrificio ya que una vez operado el paciente se desentiende por completo de su afección con menoscabo de su estado clínico. Igualmente se debe dar instrucción a las enfermeras y a las religiosas, para que cooperen en esta misión. La estadística que acabamos de presentar nos da una idea del incremento del costo y del perjuicio ocasionado por estas deficiencias en la cooperación del enfermo.

2) — La ureterostomía cutánea no da resultado, y el riñón acaba por infectarse, con la consiguiente merma de su función y muerte del paciente en los casos de riñón residual.

3) — Conviene que a todos los pacientes se les lleve el dato de su capacidad vesical, antes y después de la intervención, y con cierta regularidad, con el fin de ver la necesidad de tratamiento local o de ampliación de la capacidad vesical, e investigar la par-

te que en su reducción tiene la pericititis, ya que la decorticación de la vejiga ha dado buenos resultados en algunos casos.

4) — Es preferible iniciar una uretero-nefrectomía por la parte renal, con el fin de explorar el estado del riñón y del uréter.

5) — Debe intensificarse el tratamiento local en las cistitis residuales, especialmente con lavados vesicales.

BIBLIOGRAFIA

Se consultaron las historias clínicas del archivo del hospital de San Juan de Dios, de Bogotá.

EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO

(Dispensario de enfermedades torácicas)

*Dr. Miguel I. Tobar Acosta — Dr. Gustavo Gómez Hurtado
Dr. Carlos Arboleda Díaz.*

“El Dispensario es agente principal de lucha, y es considerado como verdadero observatorio epidemiológico y social. Con radio de acción extenso, según su posición dentro del todo”.

Toda Lucha Antituberculosa puede considerarse suficientemente apta, si contempla sin excepción los siguientes frentes de actividad: 1) Descubrimiento de casos; 2) Tratamiento adecuado y facilidades para ese tratamiento; 3) Protección económica y social al tuberculoso, a su familia y al medio en que éstos viven; y 5) Medidas preventivas.

Cada uno de estos frentes se complementan, a tal punto, que faltando o fallando uno de ellos, se abre una brecha en los esfuerzos de la Lucha, que redundaría en deficiencia o fracaso.

Es necesario descubrir tuberculosos, ojalá que sorprender el mayor número de formas incipientes, denominadas mínimas, siendo esta medida la mejor manera de conseguir éxito en el tratamiento.

De nada sirve, y hasta se llega a una inconsecuencia, descubrir casos, a sabiendas que el tratamiento conveniente en cualquiera de sus modalidades, es deficiente o no existe.

El tratamiento adecuado de nada serviría, si los cuidados de convalecencia y post-cura, representados especialísicamente en

la Rehabilitación, no existen; pues fatalmente el enfermo al volver a la situación anterior de trabajo, la mayoría de las veces incompatible con su estado orgánico, hace que en poco tiempo se pierda el largo y costoso tratamiento, por una recaída que la mayoría de las veces no tiene solución.

Los esfuerzos hechos para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, quedarían trucos, si desde el comienzo no se ampara al tuberculoso, a su familia y al medio en que viven, en el sentido económico social. El diagnóstico de la Tuberculosis, trae consigo un desequilibrio enorme en la vida de cualquier individuo, que repercute en la familia y en la sociedad de manera certa, menoscabando la economía doméstica y general de la comunidad, desmoralizando la personalidad del enfermo y de los suyos, proyectándose como una catástrofe inevitable sobre todo y sobre todos.

El amparo al enfermo, es necesario especialísimamente en el período de su reingreso a la sociedad, facilitándole todo cuanto sea posible para la consecución de un trabajo fácil y la adaptación total en el medio común, fin principal del tratamiento.

Lo analizado, quedaría sin objetivo, si al mismo tiempo no se toman las medidas necesarias para la prevención, tratando así de evitar el círculo vicioso en la persistencia de la enfermedad.

Muy pocos países del mundo, han podido llevar a efecto una Lucha Antituberculosa, completa, cumpliendo en su integridad con todos y cada uno de los requisitos ya enumerados. Sin embargo, aquellos que se han acercado a su cumplimiento, han logrado hacer declinar la enfermedad a niveles bajos, alentadores por cierto, para que en pocos años la enfermedad no sea un problema, al mismo tiempo que sirviendo como ejemplo edificante, para que los países displicentes en relación con el magno problema de la Tuberculosis —Colombia—, tomen las medidas conducentes a mejorar la caótica situación.

Nuestros países latinoamericanos, pobres en todo sentido, están distantes aún del día de un posible exterminio del mal, con rarísimas excepciones (Uruguay). De manera deficiente cumplimos con uno, dos, o máximo tres de los requisitos de toda Lucha

Antituberculosa, en esta forma se pierde un tiempo precioso, esfuerzos y energías necesarias para el golpe decisivo a la enfermedad. Todavía peor es la inversión de dineros mal gastados, hecho que repetido por años, asciende a sumas enormes sin provecho para nadie. Olvidamos o hacemos por desconocer la situación, a pesar que el problema se agiganta clamando por una y mil soluciones; preferimos vivir tranquilamente, al estilo de los siglos pasados, cuando sin saber los elementos de lucha de hoy día, ignoraban la gravedad de la enfermedad.

A la deficiencia de la lucha contra la tuberculosis, le debemos hacer frente con más fé, más vigor y devoción, actuando con los elementos más simples a nuestro alcance, pero al mismo tiempo de reconocido poder. Al factor económico presupuestal de la Lucha Antituberculosa, debe dársele más amplitud, pues sin este elemento de nada sirven las buenas intenciones.

Debemos modificar el criterio reinante entre nosotros, consistente en la orientación hacia un solo sentido en la lucha contra el bacilo de Koch, sin tratar de acometerlo por todos los flancos decisivos en su contra. No podemos focalizar la enfermedad del punto de vista del tratamiento hospitalario, pues nunca hemos llegado a conseguir ninguna de las fórmulas que se han propuesto como norma para el número de camas con destino a los tuberculosos. Desde la necesidad de una cama por cada defunción causada por la enfermedad (ARMSTRONG, 1918) hasta las dos (CHADWICK, 1940), de dos y media (POPE, 1942), o de diez (BOGEN, 1951) y últimamente de una para cada bacilífero (XIII Congreso de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, realizado en Madrid, España, 1954). Nunca se han conseguido y menos entre nosotros. Según los cálculos de la División Nacional de Tuberculosis, necesitaríamos de 60.000 camas y en la actualidad no tenemos ni siquiera tres mil (4.6% a 5.0%), de esa necesidad, siendo muy remota la posibilidad de aumento.

El Dispensario Antituberculoso, actuando de manera unificada, vendría a tornarse una solución casi integral del problema. Pensando en ellos nos proponemos exponer la forma de organizarlo, al mismo tiempo que hablar sobre su funcionamiento, recalando la importancia que éste representa en la Moderna Lucha Antituberculosa, creyendo y esperando en un día en que sin-

tamos menos atadas las cadenas y menos pesado el yugo que la Tuberculosis impone a Colombia, deseamos que este tributo gratuito en vidas y en economía, deje de impedir el goce de la tranquilidad, bienestar y felicidad de miles de nuestros compatriotas.

Actualmente contamos con muchos elementos fundamentales para hacer frente a la tuberculosis, elementos que no existían en el siglo pasado y a comienzos del presente, pero no por ello debemos pensar que solamente en la actualidad se está haciendo labor en la Lucha Antituberculosa, pues únicamente realizamos en razón de cómo desde los comienzos de esa Lucha, se focalizó la enfermedad, como un mal común de toda la sociedad en cualquier lugar de la tierra; siendo el individuo tan solo, un elemento que contribuye a ahondar el inmenso problema de la enfermedad.

EVOLUCION HISTORICA — El primer Dispensario Antituberculoso que funcionó en el mundo, fué el de Edimburgo, fundado por Sir ROBERT PHILIPS, en el año de 1888. Más tarde, en 1898, PUETTER, fundó el primero en Alemania. En Francia, CALMETTE, funda el de Lila y COURMONT, el de Lyon, en el año de 1899. Así se fueron extendiendo por el mundo civilizado y se han cumplido las palabras de ROBERTO KOCH, quien decía que sin los Dispensarios, sería imposible una Lucha Antituberculosa eficaz y en su discurso al recibir el "Premio Nobel", el 12 de diciembre de 1905, resumía su alta estima en los siguientes términos: "Yo considero los Dispensarios Antituberculosos, como uno de los medios más valiosos que nosotros podemos emplear contra la Tuberculosis y creo que los Dispensarios, si, como es de esperar, se extienden en espesa red por los países, están llamados a ejercer una actividad extraordinariamente valiosa y una sacrosanta función".

RIST, dice que el éxito de Sir ROBERT PHILIPS, en su notable obra sobre Lucha Antituberculosa, es la de haber tenido la clara visión de la imposibilidad del médico, para luchar solo contra el mal. Este no puede ir al domicilio para darse cuenta de las condiciones materiales y ambientales en que vive el tuberculoso con los suyos, buscar entre ellos a los niños y adultos en peligro de contaminación, para así conducirlos al Dispensario y practicarles un examen metódico y completo. El mismo no puede organizar la limpieza, la higiene y el aislamiento del enfermo, la

desinfección de los excretas, de la ropa y utensilios particulares, puesto que además de no poseer tiempo para ello, tampoco tiene en la casi totalidad de las veces, la competencia necesaria para solucionar las exigencias de los enfermos, colaborando en su socorro y asistencia. Toda esta acción indispensable de la actividad médico social y educativa, corresponde a la enfermera, quien trabaja en estrecha colaboración con el médico Jefe del Dispensario, y bajo su autoridad directa, pero tiene una función propia solidaria y a la vez diferente, que exige cualidades particulares de tacto, de iniciativa y devoción, además de una preparación profesional especial.

PUETTER, propugnaba para que el Dispensario, fuera lugar de información y de asistencia y los consideraba el centro de toda actividad Antituberculosa, opinaba que desde él, se tenía que vigilar a todos los enfermos tuberculosos, especialmente a los contagiosos. Consideraba que en la propagación de la enfermedad, la vivienda desempeñaba papel importante, por eso prohibía a los enfermos la convivencia íntima con sanos, la promiscuidad en el dormir, el besar especialmente a los niños, el toser sin cuidado, el descuido en la destrucción de los gérmenes, mediante la consecución de medios apropiados y mediante la educación de las amas de casa y de los niños. Donde no fuera posible un saneamiento de la vivienda, debía procurarse su abandono y el alojamiento en una habitación soleada y aireada.

Este autor da la relación exacta de la organización del Dispensario, pensando que el jefe apropiado debía ser un empleado administrativo, punto de vista que actualmente, no se puede compartir ni sostener. Sin embargo, decía que la persona más importante es el Médico, siendo mejor un Higienista, su misión consiste en familiarizar a los enfermos con la naturaleza del mal, así como establecer medidas profilácticas, además de hacer las exploraciones clínicas que no podrán considerarse completas sin un examen roentgenológico.

Fija el cometido de la enfermera del Dispensario, la cual debe ser extraordinariamente delicada con el público, llevar los registros necesarios y la correspondencia con las sociedades de Seguro Médico con las oficinas de beneficencia y también con las autoridades. La actividad más importante de esta enfermera, es

la visita domiciliaria a las familias de los enfermos tuberculosos, de un Distrito que no debe exceder de los 15.000 habitantes. La asistencia a la vivienda tiene que hacerla ante todo para cuidar que el ama de casa y los niños, aprendan las reglas de conducta necesarias respecto a los miembros enfermos. Deberá hacer las propuestas con respecto a los enfermos, para la ayuda que se les habrá de conceder y cuidar que ésta sea empleada convenientemente. En general, es importante que la enfermera, sea activa en todos los aspectos de la Asistencia sanitaria y no sólo en relación con la asistencia Antituberculosa.

Muchos tisiólogos sin embargo, piensan en una enfermera especial para tuberculosos, ya que estaría mejor instruída, siendo de suponer más idónea para su singular tarea, a la vez que se podría dedicar con más atención.

En el programa de PUETTER, se establece como principio inmodificable, que en "El Dispensario Antituberculoso no se puede ni se debe hacer tratamiento". Idea que se cita como histórica.

CALMETTE, decía que la principal labor de los Dispensarios Antituberculosos, no consistía en examinar a los enfermos, distribuir medicamentos a los pobres, función ésta de los organismos de beneficencia; sino investigar, atraer y retener a los medios humildes y modestos, por una propaganda activa, medios en donde seguramente están los tuberculosos, para aconsejarlos tan frecuentemente y por tanto tiempo como fuere necesario, en su propio beneficio y en el de sus familiares; distribuir escupideras de bolsillo y antisépticos. Por otro lado pensaba en igual forma que sus colegas, el Inglés y el Alemán.

En los comienzos de la organización de la Lucha Antituberculosa, en Alemania, se propugnaba por el establecimiento de Sanitarios, en cuanto que en Francia, bajo la influencia de LEYDEN, se prefería a los dispensarios para el tratamiento de la enfermedad. En el transcurso del tiempo, se ha llegado en ambos países y en el resto del mundo, a una tendencia bilateral, últimamente más hacia el tratamiento dispensarial. Se ha reconocido que ambas organizaciones son imprescindibles, cada una tiene su tarea peculiar, pero mutuamente se complementan.

Los Sanatorios son un método de Lucha Antituberculosa que tiene por finalidad la terapéutica individual, mientras que los dispensarios por el contrario, son centros de lucha contra la infección de la población. Tanto en uno como en otro, convergen los hilos de un servicio ampliamente ramificado de investigación y de pesquisa. En colaboración con el cuerpo médico y con todas las organizaciones dependientes del Seguro Social y de la Asistencia dada por los Organismos de Beneficencia, puede realizarse la terapéutica higiénica y social, a base de un exacto conocimiento de los focos de infección, conocimiento que en una enfermedad como la tuberculosis, repartida igualmente por todas las clases sociales, solo puede alcanzarse con la cooperación y suma de energías de todos los círculos interesados.

Marca lugar de destaque en la evolución histórica del Dispensario, la creación de las funciones de la enfermera de Salud Pública, la implantación de la vacunación con BCG, (1927) y el Sistema de Fotofluorografía de MANUEL DE ABREU, (1934), que no sólo ha sido benéfica para la Lucha Antituberculosa, como ampliamente favorable para la salubridad en general.

En la última década la utilización de tuberculostáticos y el amplio margen de seguridad dado por la cirugía de resección, han venido a dar una solución casi total desde el punto de vista médico.

Nuestro primer Dispensario funcionó en 1931 en Barranquilla, como iniciativa regional; es decir, 44 años después de fundado el primero en el mundo.

FUNCIONAMIENTO

El Dispensario se ha caracterizado en sus acciones, por dos funciones principales: FUNCION MEDICA Y FUNCION SOCIAL. Sin una y otra, o cuando mal ejecutadas, el Dispensario pierde su personalidad, se atrofia, se degenera y se reduce a un precario consultorio, instrumento mediocre de terapéutica, tal como sucede entre nosotros y por eso nos atrevemos a traer a este primer Congreso de la L. A. C., un proyecto de lo que debería ser el Dispensario Antituberculoso, para evitar seguir "dando palos de ciego", sin provecho para nadie.

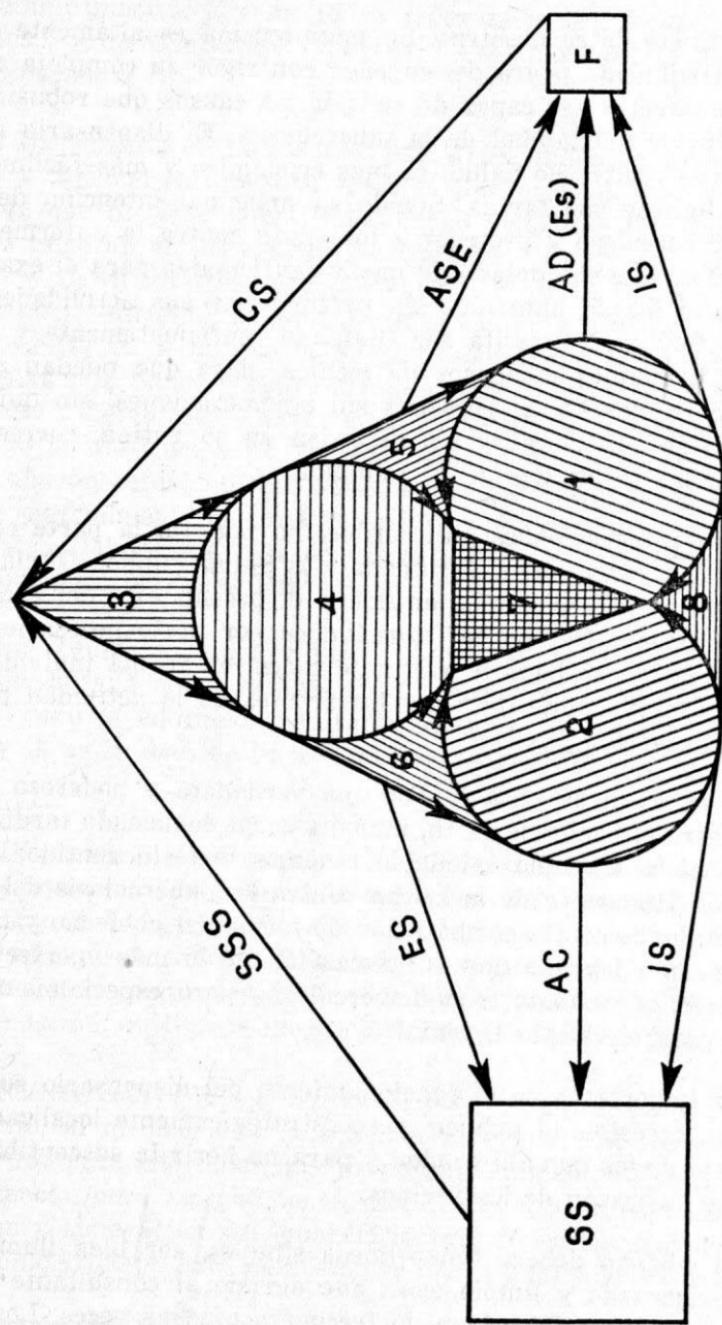
La función médica, consiste en descubrir tuberculosos, clasificarlos, distribuirlas, controlarlos y tratarlos; por otro lado efectuar la becegización, actuar en otras medidas preventivas y sobre todo servir de escuela en la formación de técnicos y centro de investigaciones científicas y sociales.

La función Social, se extiende no sólo al enfermo sino también a su familia y al medio en donde viven, reajustándolos dentro de la sociedad de la cual hacen parte. Por lo tanto el estudio amplio y minucioso del medio en que el Dispensario va a operar se hace necesario, para que pueda ejercer con resultados positivos sus nobles funciones. El conocimiento del medio facilitará sus conquistas; la conquista favorecerá la penetración y la orientación de la colectividad, pudiendo el Dispensario por medio de sus agentes influirlo y modificarlo, en sus hábitos y costumbres provenientes de una educación defectuosa, factor relevante en la propagación de la tuberculosis. Una vez que el pueblo toma afección, por reconocer la utilidad y la autoridad de este agente de la organización pública, es cuando se siguen y obedecen sus prescripciones, de lo contrario solo lo hará a la fuerza o con coacción, lo que en campañas de salubridad solo producen odios y conflictos.

La estructura y el equipamiento del Dispensario, pueden ser estandarizados, pero el modo de comunicarse con el medio en que actúa, siempre ha de ser ajustado a ese propio medio, a la psicología de las gentes y a los factores preponderantes de su economía. La falta del conocimiento de estos factores, han llevado a Dispensarios bien equipados y estructurados, a la incapacidad y a la quiebra. Además, una legislación adecuada y con criterio, que sea obedecida y ejecutada, se hace necesaria y constituye una poderosa base para el éxito del Dispensario.

Siendo la Tuberculosis, uno de tantos problemas que contempla la Salud Pública, la Lucha Antituberculosa, deberá hacer parte integral de los programas de salubridad, no sólo desde el punto de vista de orientación, sino también administrativa; por lo tanto el Dispensario Antituberculoso, no podrá ser considerado sino como uno de tantos frentes de acción de la Higiene para lograr el bienestar de la Ciudadanía. (Fig. 1).

El Dispensario aislado y autónomo, sólo por excepción deberá ser admitido por las administraciones sanitarias y esta excepción



ción no existe entre nosotros. Su manutención es altamente costosa y difícilmente podrá desempeñar con rigor su compleja actividad sanitaria y ser capaz de reducir las causas que robustecen los índices de mortalidad de la tuberculosis. El dispensario integrado en el Centro de Salud, es más económico y más fácilmente se desobliga de sus tareas. Siendo su principal intención descubrir al tuberculoso y proteger a los sanos contra la enfermedad, es necesario que sea dotado de medios suficientes para el examen de grandes masas humanas, sin perturbarles sus actividades de trabajo. Por eso necesita ser equipado suficientemente y dotado de principios modernos de técnica, para que puedan atender número elevado de personas sin aglomeraciones, sin quiebra de ritmo en sus tareas y sin desorden en su rutina, correspondiendo a las exigencias de la actualidad.

Si la integración es indiscutible, no por eso la parte económica deberá estar solo subordinada a la Salud Pública Oficial, especialmente entre nosotros, en donde el presupuesto del ramo es "Irrisoriamente Deficiente", tornándose por tanto necesario, que la financiación se haga a partir de todos, en forma individual o colectiva, proveniente de todos los frentes de la actividad nacional sin excepción.

Si ya es tarde para iniciar una verdadera y poderosa ofensiva contra el bacilo de Koch, mañana sería demasiado tardía una intervención. Ejemplo saludable tenemos en este sentido, en la Comisión Honoraria de la Lucha contra la Tuberculosis del Uruguay en donde con la colaboración de todos, del gobierno y la ciudadanía, han logrado una organización de lo más perfecta del mundo en el combate a la Tuberculosis, pero especialmente beneficiosa para el Pueblo Oriental.

Es importante en el funcionamiento del dispensario su localización, accesible al público, pero estratégicamente localizado, en beneficio de los que allí acuden y para no herir la susceptibilidad, siempre sin razón de los vecinos.

El edificio deberá tener líneas simples, ser bien iluminado, bien conservado y limpio, cosa que agrade al consultante y por tanto que por sentirse bien, lo frecuente muchas veces. Los compartimientos deberán ser amplios y adecuados al funcionamiento armonioso y económico de tal manera que se aleje la posibilidad

del contagio macizo. Las secciones de examen de "Supuestamente Sanos", y de "Enfermos", dentro del mismo edificio deberán estar separadas.

El Dispensario entre nosotros está fraccionado en varias entidades y tan mal estroncadas entre sí que puede decirse y comprobarse, que no está cumpliendo con su cometido. Criterios diferentes imperan en los centros de captación (Centros Epidemiológicos) y de diagnóstico (Dispensarios). Nuestra intención, está únicamente dirigida, al escribir estas líneas, a que estos criterios se unifiquen y no queremos en absoluto que el examen de "Supuestamente Sanos", se realice en el mismo local de "comprobadamente tuberculosos", argumento principal de la mayoría, en contra de la unificación de Funcionamiento del Dispensario. La desarticulación actual no trae solo inconvenientes de orden técnico, sino especialmente de orden económico innecesarios y en contra de otras labores de la Lucha Antituberculosa, especialmente de las mismas labores del Dispensario.

Las costumbres, otro argumento en contra de la unidad funcional, puede que no permitan al comienzo un funcionamiento perfecto, pero la educación sanitaria, será la encargada con el tiempo y la asiduidad, de hacer comprender el objeto de esta acción.

El Dispensario deberá salir de la pasividad que se encuentra entre nosotros y no sólo contentarse con examinar a quien lo solicite, sino más bien solicitar a quien quiera que se examine; aún así, esto no será suficiente; habremos de dotar y preparar de manera conveniente todos los elementos para que este gran centro de acción Antituberculosa pueda realizar toda su finalidad.

PROCEDIMIENTO. — Dentro de esta organización y funcionamiento, el médico será la máxima autoridad del Dispensario, debiendo para ello tener una preparación cimentada en grande experiencia, pero especialmente, una devoción y un espíritu de superación y abnegación sin igual. Orientará todas las acciones y sin pérdida de tiempo hará por resolver toda y cualquier situación.

La acción del dispensario comenzará por la investigación de la incidencia de la enfermedad, por medio del INDICE TUBER-

CULINICO, pero especialmente, del INDICE DE MORBILIDAD, los cuales se consiguen por medio de la reacción a la tuberculina y en examen fotofluorográfico.

La investigación tuberculínica, establece el grado de infección en dependencia obvia del número de focos de contagio; no da sin embargo, indicación real de la prevalencia exacta de la enfermedad tuberculosa de la población, ni revela por sí los elementos contagiantes. Da una idea de la "extensión de la enfermedad". En este particular serviría la prueba sólo como elemento de selección para exámenes radiológicos; si bien que se ha demostrado la ocurrencia en casos tuberculino negativos, padecer lesiones reveladas a la roengenfotografía, y con tal finalidad, muy razonablemente, hay quienes prescinden sistemáticamente de la reacción tuberculínica, por lo menos para los grupos de población, en que se halla evidenciado más de dos terceras partes de sus habitantes siendo positivos a la tuberculina. Tiene valor esta prueba en la determinación de viraje de individuos expuestos, que no evidencien lesiones, con el objeto de vigilarlos más intensivamente.

El valor diagnóstico para largas investigaciones hoy tenidas por todos como indispensables, no puede, ni pretende confrontarse siquiera la prueba de la tuberculina con el examen por medio de los Rayos X, recurso de utilidad inestimable y más útil aún si se practica de manera periódica. Este examen es posible mediante la denominada, sinónimamente: Fotofluorografía, roentgenografía, radiografía miniatura, minoradiografía, roentgenabreugrafía, o abreugrafía, en honor de MANUEL DE ABREU, creador de la técnica simplificada (1934), hoy universalmente practicada. Se trata de un proceso, sumamente barato, verdaderamente eficiente, por el cual pueden descubrirse 90% de lesiones mínimas y 100% de avanzadas.

CAPTACION DE CASOS — Para la investigación de los índices de Morbimortalidad se deben emplear dos sistemas: el primero denominado ACCION CONVERGENTE O CENTRIPETA, (Fig. 1 AC), consiste en la práctica periódica, del examen sistemático del tórax y de la tuberculina, a grandes sectores de la ciudadanía considerados "supuestamente sanos", (Fig. 1 SS); si posible al total de ella (REDEKER), cuando menos a los sectores

más expuestos a la enfermedad por las condiciones de hacinamiento en el trabajo y en el vivir, deficiencia económica, higiénica y de vivienda, como sucede en la grande mayoría de los estudiantes (escolares, colegiales y universitarios), obreros, empleados en general, consultas externas de los hospitales, cárceles, asilos, manicomios, campamentos, cuarteles y barrios de menesterosos, etc. Según BRAEUNING, nunca se deberá examinar a menos de 50% de la población, para poder tener una idea de morbilidad.

En las actividades referidas, se podrá aplicar de manera fácil y orientada, simultáneamente el BCG.

Es importante destacar que las instituciones de Asistencia Social, los Seguros Médicos, Oficiales o particulares (ICSS, Caja de Previsión Social, sean nacionales, departamentales o Municipales), serán las llamadas a imponer como rutina el examen sistemático, con ello no solo prestarán una valiosa colaboración a la Lucha Antituberculosa, sino que también estarán preservando a los asegurados de las consecuencias funestas de la enfermedad descubierta tardíamente; además estarán haciendo una economía nunca despreciable.

La Acción Convergente se podrá cumplir desde el Dispensario denominado Fijo, o por intermedio del denominado Móvil (Entre nosotros Unidades Móviles), estos últimos son de especial valor en la acción de la Lucha, sobre las zonas sub-urbanas y rurales, habiendo demostración de su eficiencia en los países en donde se han utilizado en gran escala. Los Dispensarios Móviles, pueden actuar en el trayecto de las carreteras (Uruguay y mayoría de los países que la utilizan), ferrocarriles, vía aérea (Brasil 1954, en la selva, para los aborígenes y colonizadores), regiones costeras del mar por embarcaciones adaptadas (Países Escandinavos), y por los ríos en igual forma que las anteriores. (Brasil).

El examen de colectividades tiene un valor inestimable médico social nunca superado en la obra de Asistencia técnica, profiláctica y epidemiológica. Este sistema de examen se funda en los siguientes principios: 1) en el mejor conocimiento clínico y patológico de la enfermedad; 2) en el descubrimiento de lesiones, no solo tuberculosas; sino congénitas o adquiridas, cardiovasculares, mediastinales, óseas y pulmonares; 3) en el diagnóstico pre-

coz de la tuberculosis, facilitando así mismo su tratamiento; 4) en las facilidades de ser llevado a cualquier parte o región facilitando así mismo el examen de los habitantes (Unidades Móviles, Terrestres, Aéreas o Acuáticas); y 5) en el costo relativamente bajo en relación con el bien que persiguen.

La roentgenografía, además de la grande ventaja económica que ofrece, también representa importancia en cuanto a personal y a tiempo que se puede ahorrar.

En cuanto al aspecto técnico de rendimiento, el tamaño de los filmes utilizados, puede ser variable, todos ellos dan buen resultado en el diagnóstico, SIEGAL, verificó con filmes de 10 x 12 cms., 100% de formas avanzadas y 97-98% de formas mínimas; con filmes de 35 mm. el mismo 100% en las formas avanzadas y 87-92% en formas mínimas.

Trabajos presentados por varios autores de diversas nacionalidades, comprueban que una unidad de catastro examina diariamente 350 personas. ABREU, dice que con métodos fácilmente pueden ejecutarse 60 a 100 fotofluorografías por hora y esto durante muchas horas por día. PARRAN, doblando los equipos de cada Unidad habla de mil exámenes diarios; HILLEBOE, dice que con un aparato de Roentgenografía, se pueden realizar en el día 500 microradiografías y que en un hospital con 50 a 75 consultas externas diarias se justifica la utilización de un técnico y un aparato de Abreu.

Para poder realizar esta actividad, se necesita de un dispensario por cada 100.000 habitantes. (PUETTER, Abreu).

El segundo sistema, denominado (ACCION CENTRIFUGA o DIVERGENTE) (Fig. 1, AD), consiste en la búsqueda de casos en "Medios reconocidamente tuberculosos". Los casos positivos de tuberculosis se comportan como verdaderos FOCOS (Fig. 1, F) y las personas que con estos conviven, sean familiares o no, de manera directa o indirecta, exponiéndose al contagio, se denominan CONTACTOS. Este sistema es el más importante, del punto de vista higiénico y social en el combate a la tuberculosis, pudiéndose asegurar que es el punto principal, en donde debe insistir toda Lucha Antituberculosa, pues no solo la proporción de casos positivos (Tuberculosos), que se descubren con este sistema

ma (14% en promedio máximo), es superior al hallazgo por el método convergente (0.3% a 2%), sino que al mismo tiempo se pueden utilizar todos los frentes de la Lucha.

Si es verdad que la tuberculina y el fotofluorógrafo, son armas importantes de combate, puede decirse que de nada servirían, sin la persona que los puede utilizar al máximo, quien actúa de manera íntima en el ambiente tuberculoso con todos los elementos posibles. La Enfermera de Salud Pública, pilar central de la Lucha Antituberculosa, desvenda la situación, dejando libre el camino para una posible acción médico social. Sin esta Enfermera, ya lo decían los fundadores de la Lucha, es imposible cualquier intento de combate, pudiéndose considerar que en los anales de la enfermedad tuberculosa, después de la comprobación de la contagiosidad del mal, el hecho siguiente más importante, fué la creación de las funciones de esta enfermera (RIST), posteriormente la práctica de la fotofluorografía, los tuberculostáticos y la cirugía de resección.

Este sistema nos informa además, de la situación de los enfermos descubiertos, necesitados de asistencia social o económica, para poder proyectar el debido auxilio al tuberculoso y a su familia.

La mejor manera de hacer que las gentes se hagan examinar, no es la forma OBLIGATORIA, o IMPOSITIVA, también llamada de DENUNCIA, pues si bien esta forma llega a tornarse en algunos casos necesaria, lo ideal es la forma *Voluntaria* que expresa por sí sola, un síntoma de coparticipación del pueblo en la solución del problema de la tuberculosis, denotando con ello que lo ha comprendido; hecho que se consigue con asidua, duradera e intensiva Educación Sanitaria. La actitud, no es hacer presentar a los ciudadanos para ser examinados, mejor es facilitarles todos los elementos, para que con el menor esfuerzo consigan su examen pulmonar siendo para ello necesario que se aumenten los Centros de examen, organizarlos y orientarlos de manera conveniente y lógica.

A pesar de los grandes adelantos y de la utilización cada vez mayor del método fotofluorográfico, en la Lucha Antituberculosa, vendría a repetirse algo de lo ocurrido en los conflictos bélicos.

No hay que dudar que los nuevos adelantos técnicos pueden proporcionar de un lado la victoria, si del lado contrario no disponen de ellos. La Abreugrafía representa una adquisición de valor inestimable, pero si el medio general no posee la suficiente preparación tisiológica, si no se tiene un afán desmedido en colaborar con las autoridades de Higiene, no será mucho lo que se podrá conseguir con este método. El médico General deberá tener conocimientos orientados, especialmente ante una enfermedad respiratoria que se salga de los moldes comunes de lo vanal. El valor de los exámenes orientados para colaborar en rendimiento extraordinario contra la tuberculosis, está en manos de todos los médicos y éstos deben comprender que con esta colaboración, no estarán perdiendo clientes y sí, ganando ciudadanos que pueden ser librados de las consecuencias funestas de esta enfermedad sorprendida tardíamente; deberán enviarlos sistemáticamente a Centros especializados. También las Asociaciones de Beneficencia, pueden y deben colaborar con el Dispensario en esta tarea, en similar forma.

El Catastro Torácico Fotofluorográfico, deberá ser realizado repetidamente, por lo menos una vez al año; ideal sería cada 6 meses. En los casos sospechosos no evidentemente positivos, la periodicidad del examen deberá ser más frecuente.

Por el Catastro Torácico, conoceremos la morbilidad tuberculosa y la realidad del problema, pues se efectuará si posible al total de la población, siendo importante en el descubrimiento de casos incipientes y mínimos, pero en especial para evidenciar las denominadas FORMAS INAPARENTES, INAPERCEPTAS, INADVERTIDAS o ASINTOMATICAS, que según las diversas estadísticas llegan hasta el 50% de los casos de tuberculosis encontradas, casos que representan un mayor peligro como focos de infección precisamente por no manifestar sintomatología.

DIAGNOSTICO. — Un caso sospechoso al examen fotofluorográfico (Fig. 1 SSS, CS), debe someterse al examen médico-clínico, laboratorial y radiológico, para confirmación de la positividad. Es por esto importante, la dotación de un laboratorio, para cada Unidad Dispensarial con el fin de evitar errores diagnósticos tan comunes, que ocasionan problemas que no debieran suceder. El Dispensario deberá actuar no sólo en el diagnóstico

de tuberculosis, sino de otras enfermedades torácicas adquiridas o congénitas; por ello creemos que se debiera llamar "Dispensario de Enfermedades Torácicas".

TRATAMIENTO. — Cuando el caso sospechoso es confirmado como positivo, será sometido sin excepción a un tratamiento (Fig. 1 (4)), adoptando las normas que sobre el particular existen, tratando de practicar el TRATAMIENTO DOMICILIARIO, también denominado DISPENSARIAL o AMBULATORIO, siendo ésta la tendencia actual, por cierto muy lógica, especialmente en aquellos países sub-desarrollados como lo es Colombia, en donde el factor económico tan decisivo, es deficiente, y en base de la eficiencia de la quimioterapia.

En este tratamiento va involucrada la protección durante la convalecencia (Rehabilitación), de acuerdo con las condiciones del medio en que actúa, pero siempre efectuarla para obtener curas sólidas, evitar recaídas por trabajos inadecuados a que generalmente los ex-enfermos tienen que someterse para poder ganar el sustento propio y de su familia.

Para poder efectuar el tratamiento Dispensarial, se deberá indispensablemente, contar con la colaboración de la Enfermera de Salud Pública, quien además de las funciones ya anotadas en el hallazgo de casos, podría controlar el tratamiento al mismo tiempo que dar normas educativas, en relación a las obligaciones del enfermo para con sus convivientes y de éstos para con aquél.

La educación higiénica, individual y familiar, la realizará la Enfermera de Salud Pública, desde el primer momento que se pone en relación con los focos y sus contactos. Simultáneamente comenzará a hacer la prevención organizando el AISLAMIENTO HIGIENICO, DISPONIENDO LAS COSAS DE LA HABITACION Y DE LA CASA, de tal manera, que el peligro del contagio se reduzca al mínimo y para este menester contará con la orientación y colaboración de la Sección de Ingeniería Sanitaria. Insistirá también desde un comienzo, en la conveniencia y hasta en la imposición de la vacunación con BCG o la profilaxis con la quimioterapia (Isoniazida), que ella misma podrá administrar y controlar.

El terreno social podrá contrabalancearse con el BCG, pues según GORLERO y la mayoría de los A. A., la incidencia de la Tuberculosis es mayor en aquellos que no fueron vacunados.

El tratamiento Dispensarial además de menos costoso que el Hospitalario (ochenta y cien veces menor, según ABREU), se torna una "Solución de compromiso", en especial para nosotros, que como ya hemos dicho, estamos muy lejos de alcanzar un mínimo nivel en la Lucha Antituberculosa, en relación con la aplastadora necesidad creada por la forma especial de presentarse la enfermedad.

Al Hospital, al Sanatorio, o a la Ciudad Sanitaria, (Colonia de Crónicos), respectivamente debían ir casos agudos pulmonares, formas meningoencefálicas, casos quirúrgicos para pre y post-operatorio inmediato, tratamientos especiales y los denominados "crónicos incurables" bacilíferos que, representan problemas de contagio.

Si la Lucha Antituberculosa, cuenta como debe contar con un poderoso Cuerpo de Asistentes Sociales, muchos casos denominados crónicos convenientemente instruidos sobre los deberes para consigo mismos y para con los demás, podrán tratarse domiciliariamente, siempre y cuando que también se les faciliten medios de vida y de trabajo, siendo ésta una solución práctica y económica, importante para nuestros crónicos tuberculosos, por no existir la Institución conveniente para ellos, y no ser posible su creación por el costo que ella representa y por la deficiencia en el aspecto económico de la Lucha Nacional Antituberculosa.

EDUCACION SANITARIA. — El sistema de educación higiénica individual, realizado por la Enfermera, es práctico y necesariamente efectivo. Sin embargo, la educación también se debe efectuar en colectividades grandes o pequeñas (Fig. 1, ES) escuelas, colegios, universidades, fábricas, cuarteles, cárceles, agrupaciones de diversa índole como clubes sociales y deportivos, a empleados y a obreros en general, sindicatos, etc. Esta educación enseñará de las formas de contagio, la importancia del diagnóstico precoz por medio del hábito del examen periódico fotofluorográfico, la importancia de la vacunación con BCG; adoctrinará a los maestros y legisladores de la conveniencia de la higiene esco-

lar y del trabajo; protección del niño y de la mujer grávida, dará normas de alimentación y por último hará comprender al Cuerpo Médico, la conveniencia de encaminar a los sospechosos a servicios especializados.

La Educación colectiva la realizará un técnico, por medios hablados, escritos, visuales; por intermedio de la radio, el cine-ma, la televisión, lecturas, conferencias y demostraciones prácticas, etc. Será necesaria la inversión de buena cantidad de dinero, para poderla efectuar de manera amplia y sostenida ya que por medio de ella se prepara el terreno para el resto de las acciones de la Lucha.

Se necesitará un mayor número de ciudadanos para que asociados propendan por una Lucha Antituberculosa, cuyos buenos resultados puedan ser considerados como efecto de la acción de cada individuo que en alguna forma haya colaborado.

ASISTENCIA ECONOMICA Y SOCIAL. — Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, la Lucha Antituberculosa deberá amparar no sólo al enfermo como especialmente a su familia. Este amparo consiste además de facilitar su tratamiento, en poner a disposición de la familia los elementos mínimos, representados en alimentación, dinero o trabajo, para que la recuperación en vez de ser un "Via Crucis", redunde en algo benéfico y posible, cuando menos, algo sufrible. Aquí está la acción y la importancia de la Asistencia Económico-Social. (Fig. 1, A. E. S.).

ESTADISTICA. — La Sección de Estadística (Fig. 1, (7)), es importantísima para una bien organizada Lucha Antituberculosa. Esta Sección deberá informar y establecer el "Momento Epidemiológico" de determinada región o colectividad. A ésta deben converger los resultados de las acciones de las demás secciones del Dispensario, para determinar exactamente los siguientes índices: TUBERCULINICO, DE MORBILIDAD, DE MORTALIDAD, DE VACUNACION CON BCG, DE TRATAMIENTOS (control y resultado de cualesquiera de los métodos utilizados), del ESTADO HIGIENICO Y SOCIO-ECONOMICO del enfermo y de su familia. Teniendo por finalidad estos datos, ser elementos de juicio para programar acciones y campañas, pero especialmente para corregir defectos.



INGENIERIA SANITARIA. — La Sección de Ingeniería Sanitaria, (Fig. 1, (8)), tiene por objeto la científica y correcta delimitación de los focos, para de manera económica y práctica separar los enfermos de los sanos, siendo especialmente importante en el tratamiento domiciliario su intervención, pues, como hemos visto, además de necesario es el mejor sistema de tratamiento para nuestro medio por todos los aspectos. Esta sección deberá proyectar cuartos de material barato (madera), para el enfermo; o barracas para el enfermo y su familia; centros de aislamiento (Dispensario social al querer de ABREU), para conseguir la limpieza de núcleos colectivos de bajo nivel socio-económico, estableciendo así el aislamiento residencial, concentrando ambientes infectados y facilitando el denominado "Sanatorio individual". Estos hechos facilitarían enormemente la acción antituberculosa.

El Dispensario podrá actuar con mayor responsabilidad y control dividiendo el distrito bajo su dirección en zonas, así se podrán delimitar los focos, al mismo tiempo que las funciones de quienes tienen la incumbencia de actuar.

El funcionamiento unitario del Dispensario Antituberculoso, se impone como algo inaplazable en Colombia. La magnitud del problema de la tuberculosis y la falta simultánea de recursos, hacen obligatoria la búsqueda de nuevos caminos y orientaciones.

Hay necesidad inmediata de la preparación de personal técnico de médicos y auxiliares, preparación y educación libre de ideas y conceptos anacrónicos.

Tratamiento Quirúrgico del Carcinoma Gástrico

Dr. Rodolfo Díaz Pérez

Jefe de Clínica Quirúrgica — Universidad Nacional

El concepto de que “el carcinoma del estómago sólo puede ser curado por una gastrectomía y que únicamente por este método puede ser salvada la vida del paciente” debe ser empleado, ya que si la primera parte del aforismo pudiera ser cierta en determinado caso, la conclusión a que se llega en la segunda es tan relativa que en ningún caso resulta definitiva.

Si todos los métodos de tratamiento no quirúrgico (RX profundos, quimioterapia, Radium terapia) acusan mortalidad del 100%, ello no significa que el tratamiento quirúrgico no ofrezca un índice alto de fracasos; aún más, creemos que “los casos exitosos” son la excepción y nos atreveríamos a pensar que no justifican por su minoría notoria la generalización de ciertos conceptos. A pesar de este tristísimo panorama estamos de acuerdo que es mejor estar alumbrados por una lucecilla de esperanza y optimismo que permanecer en la oscuridad y en el conformismo escéptico; así, si entre 100 casos se logra la salvación de uno solo, ello sería suficiente para persistir en el esfuerzo de investigación y lucha contra la terrible enfermedad.

“La lucha contra el cáncer es una lucha en favor del diagnóstico precoz y por lo tanto del tratamiento radical igualmente precoz”.

Un informe de la Clínica Mayo refleja un verdadero progreso logrado en la cirugía del cáncer gástrico. La proporción exploradora ha aumentado del 60 al 80%, la resectabilidad de 37 a 55% y la de sobrevivientes a los 5 años de 5 a 14%; esto es en los últi-

mos 12 años. Es obvio que estos resultados son la consecuencia del estado de alerta para un diagnóstico precoz; sin embargo este diagnóstico precoz se hace difícil, cuando el cáncer gástrico es inoperable antes que sus síntomas aparezcan.

No hay uniformidad de opinión en cifras en cuanto a proporción de operaciones resectivas y al total de sobrevivientes después de los 5 años, pero no existe duda alguna en que "donde se registre un bajo promedio de operabilidad también será bajo el de curabilidad y el de mortalidad operatoria será elevado".

Entre nosotros se podrá decir que de 100 pacientes que consultan el hospital, 50 son inoperables en la fecha de su internación; 50 soportan la exploración y solo 25 son susceptibles de alguna resectabilidad; es decir, a los 25 pacientes se les puede practicar gastrectomía sin que dicha operación se les haga siempre con el criterio de radical curación. Sin contar que el control de esos pacientes es prácticamente nulo y las noticias de éxitos o fracasos en la mayoría de los casos, por lo consiguiente.

Pero en el mejor de los casos y desconociendo tantos inconvenientes, el estado actual nuestro respeto al control de esos pacientes deja bastante qué desear. No queriendo emplear estadísticas empíricas y solo con el convencimiento de que es posible progresar, tratemos de enfocar el tema de los conceptos generales que se tienen respecto al problema en cuestión.

La cirugía del cáncer gástrico puede ser realizada con criterio paliativo o con esperanza de curar al enfermo. Al referirnos a la curabilidad del cáncer no sobra repetir que son curas temporales y que 5 años de sobrevida es el plazo exitoso de dichas intervenciones. No quiere ésto decir que se desconozca el caso de sobrevidas por encima aún de 15 años: excepciones descritas en la literatura como tales.

LA CIRUGIA PALIATIVA. — En este caso la intervención del cirujano es ajena a todo intento de curación y la sobrevida generalmente es a corto plazo. De los diferentes métodos no nos ocuparemos; solo es de recalcar que se obtienen mejores resultados postoperatorios con la más simple operación derivativa, que con técnicas complicadas que no hacen más que menguar las pin-

gúes posibilidades biológicas de un organismo minado por un proceso demasiado avanzado.

“Pensar en las posibilidades biológicas y funcionales de un individuo candidato a una operación de cualquier naturaleza, es lo fundamental para el cirujano; porque, si no vamos a curar la enfermedad, tendríamos derecho a complicarla?”

LA OPERACION RADICAL

Se entiende por operación radical aquella que abarca “en su totalidad” la lesión, pero ésta es una definición poco práctica, casi metafísica porque ¿quién podrá señalar los límites de una lesión como el cáncer?

No se puede ser radical cuando el criterio depende en mucho de posibilidades solamente y casi siempre de técnicas.

Existen prácticamente dos criterios con relación al tipo de intervención a realizar en el carcinoma del estómago; fueron BILRROTH en 1881 quien practicó con éxito la primera gastrectomía subtotal para el Ca gástrico y posteriormente en 1897 SCHLATER quien logró “éxito inmediato” con la primera gastrectomía total. Así, las tendencias han quedado definidas en dos grandes corrientes (prescindamos de los eclécticos que lógicamente adoptan el término medio) :

Los partidarios de la resección total y los partidarios de la resección sub-total; ambos tratan de “eliminar” los terrenos o áreas linfáticas de drenaje gástrico, según la localización del tumor.

Los partidarios de la resección total dicen que se debe efectuar en estos casos: (1) Cáncer extenso del estómago. (2) Casos precoces independientemente de la localización y (3) Carcinomas cercanos al píloro y al cardias. (Allison y Borrie, Halligan y Col., Lahey, Lefévre, Leger y Petit, Lortat-Jacob, Mandl, Mc. Neer y Col., Rudler Winkelbauer y otros).

Otros autores, en cambio, son partidarios de la resección sub-los linfáticos regionales (Zanzet, Decker Finsteres, Mosley, Nis-

sen. Nubrer y Re Mine, Priester, Turner, Walters y Col. Welch y Allen, Zenker, Pock, y otros).

LOS PARTIDARIOS DE LA RESECCION TOTAL SISTEMATIZADA. — Alegan 3 hechos anatomopatológicos; 1.- propagación Submucosa-linfática en las paredes gástricas más allá de la resección oral y aboral del estómago. 2- Redicivas del muñón gástrico. 3- Con la subtotal no se cumple la exigencia de la eliminación de la salida linfática regional del estómago.

LOS PARTIDARIOS DE LA RESECCION SUB-TOTAL. — Creen que 1- es más importante la eliminación de la "zona precisa" del drenaje linfático, según la localización del tumor. 2- Solo en casos se produce invasión intramural del estómago en más de 4 cms. 3- Son raras las redicivas del muñón gástrico. 4- Además creen que los casos de rediciva tal vez no los hubiera curado la resección total sistematizada.

LA CUESTION ES: ¿Se debe o no adoptar la resección total sistematizada y sistemática?

Según Decker es necesario valorar las siguientes razones:

1. — Resultados post-operatorios (trastornos biológicos, su frecuencia, su gravedad en uno y otro tipo de gastrectomías.
- 2 — Mortalidad.
- 3 — Curabilidad de uno y otro métodos.
- 4 — Hay indicaciones relativas e indicaciones absolutas para la gastrectomía total?
- 5 — Qué procedimiento técnico se debe emplear en una gastrectomía total?

CONTESTANDO A LO ANTERIOR, TENEMOS LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 1.—En la gastrectomía total indudablemente hay un debilitamiento general por desnutrición y anemia más o menos pronunciadas.

REIMER ha señalado graves anemias macrocíticas y megalocíticas al 4º o 5º mes post operatorio. DECKER hace resaltar que más del 10% de los totalmente resecados fallecen al cabo de algunos meses por causa de una "caquexia no cancerosa, teniendo los demás una capacidad muy disminuida para vivir.

2.—MORTALIDAD OPERATORIA. — En la resección subtotal (estadísticas recientes): el 2% Allen; 2% Sweet; 3% Nuber; 5% Marshall; 5,3% Decker; 8% Waters y Berkson 9,2% Sabrey y Marshall; 9,8% Pack y Mac. Neer.

La cuota de mortalidad post-operatoria de la resección total es más alta: Guleke la indicó en 1950 en un término medio del 30-50%. En el material de Finsterer 57,3%; Pack y Col. 31,7%; Wil Kelfammer 23,4%. Sin embargo últimamente Scott y Longmire, Lahey, Wanyersteen, y Brunschwig han mejorado estas cifras.

3.—*Curabilidad*: difícil de contestar esta pregunta; lo cierto es que a mayor resección debiera corresponder mayor curación; sin embargo cada autor da cifras que defienden su método.

4.—Indicaciones relativas y abstractas de la gastrectomía total?:

RELATIVAS: en caso de poliposis difusa, estado que se considera precanceroso.

ABSOLUTAS. Todo cáncer en que no se pueda hacer otra cosa (Rudler) ej: (a) Linitis plástica. (b) Linfosarcoma difusamente infiltrante así como el leiomioma y leomiosarcoma maligno extenso. (c) Ca que crece rápidamente al cardias. (d) Ca de píloro con ganglios metastásicos cercanos al cardias. (e) Carcinoma de mitad superior del estómago con ganglios metastásicos en píloro. (f) Carcinoma de muñón gástrico.

Qué técnica: Se usará la más sencilla, la menos traumatizante y la que garantice un mejor comportamiento fisiológico para el enfermo.

Finalmente unas consideraciones acerca de las posibilidades y vías de propagación del carcinoma; ésto con el fin de concretar más nuestro criterio quirúrgico.

CONCLUSIONES

(1) Se mencionan las dificultades que conllevan, no sólo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento precoz del cáncer gástrico.

(2) Se deja constancia de lo relativo del término curación, y se citan estadísticas prometedoras en cuanto al progreso de la terapéutica quirúrgica del cáncer del estómago.

(3) Se mencionan los métodos quirúrgicos generales y sus bases histopatológicas.

(4) Se hace una relación suscinta de conceptos en pro y en contra de cada uno de esos métodos, señalando en esta forma el poco conocimiento que se tiene acerca del problema.

(5) Finalmente se hace resaltar la posibilidad de la diseminación vascular y "trasplante" del carcinoma durante el mismo acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 JOSE MARIA SISNEGRA "El mutilado gástrico" 1957.
- 2 CRISTOPHER. Tratado Pat. Quirúrgica. Tomo I 1958. Pág. 614-625.
- 3 REGATO ACKERMAN. Cáncer. Págs. 501-540.
- 5 H. WILLIAM SCOTT MICHEL. G. WEIDNER Técnica para la resección Radical de un cáncer del estómago que incluye el duodeno páncreas, y el mesocolar transverso. Anales de cirugía. Marzo 1958. Tomo III. Nº 3.
- 6 Cáncer del estómago en pacientes jóvenes. Anales de cirugía. Abril, 1958. Tomo III. Nº 4.
- 7 GEORGE E. MOORE. - Avery Sabney. Observaciones clínicas y experimentales acerca de las presencias y destino del Cel. tumorales en el torrente sanguíneo. Anales de Cirugía. Octubre 1957. Tomo II Nº 4
- 8 FRANCISCO MORALES; - MILLER BELL GERALD O. - MAC. DONALD-WARREN H. Tratamiento profiláctico del cáncer en el acto operatorio. Anales de cirugía. Octubre 1957. Tomo II. Nº 4.
- 9 L. TESTUT. Tratado de Anatomía Humana 1949. Págs. 237-240. 259-261
- 10 RODNER MAINGOT. Operaciones Abdominales. Tomo I Págs. 433-535.
- 11 BOCKUS. Gastroenterología. Tomo I 1948. Págs. 708-710.
- 12 KUNZ. Cirugía. Págs. 239-277.
- 13 SIDNEY A. PORTIS. Enf. del Aparato digestivo. Págs. 247-262.
- 14 LABERS. Práctica quirúrgica. 1954. Págs. 3591380.

VIAS DE PROPAGACION DEL CARCINOMA GASTRICO:

(1) Linfática. (2) Vascular. (3) Invasión directa a órganos vecinos. (4) Por medio de superficie peritoneal y (5) por trasplante durante "manipulaciones quirúrgicas".

Respecto a la vía linfática y vascular MEISSNER (patólogo del New England Deacones Hospital) hace observaciones muy interesantes:

1.—Hay invasión difusa submucosa de las paredes del estómago, con compromiso no solo del estómago sino aún del duodeno 4 a 24 mm. Esto en el 26,4% de los casos.

2.—Hay invasión a los vasos sanguíneos en el 57% de los casos; ésta invasión no guarda ninguna relación con la existencia de metástasis ganglionares. Hace énfasis sobre todo en la invasión difusa linfática lo cual ocurre sin que macroscópicamente se pueda comprobar tal estado o al menos demostrar por la presencia de los ganglios. "La línea de resección resulta comprometida por el cáncer a pesar de la apariencia normal de los tejidos".

En cuanto a la invasión directa se refiere, es más fácil la determinación macroscópica y la delimitación del área comprometida. Mac. Neer, James, Niessen, Haefnen entre otros, al respecto dicen que solo la diseminación metastásica lejana y el compromiso del suministro sanguíneo de importancia vital (Arteria Hepatocava, mesentéricas y aorta), deben inhibir al cirujano para la resección del Ca gástrico.

En cuanto a la diseminación por trasplante durante el manejo quirúrgico y la posibilidad de propagación de células carcinomatosas por el torrente sanguíneo es un punto de importancia y que es necesario tener presente, pues no sabemos cuántas de las metástasis post-operatorias se deben a este mecanismo. Este problema se encuentra en estudio y se ha visto que no siempre esas células se constituyen en metástasis. Es que hay un mecanismo defensivo de tipo inmunológico, o quizás es que se requiere un mínimo de células para constituir una metástasis? Mientras nuestras sospechas no se comprueben con la observación permanente y cuidadosa y los resultados experimentales no sean definitivos no podemos aventurarnos en adelantar concepto alguno a este respecto.

Hernia Diafragmática Traumática

(Presentación de un caso)

*Dr. Guillermo Rueda Montaña **

M. A. C. de 9 años de edad, procedente de Bogotá, fué hospitalizado el 17 de septiembre de 1957 en el Hospital de La Misericordia de Bogotá. Pocos momentos antes había sido atropella-

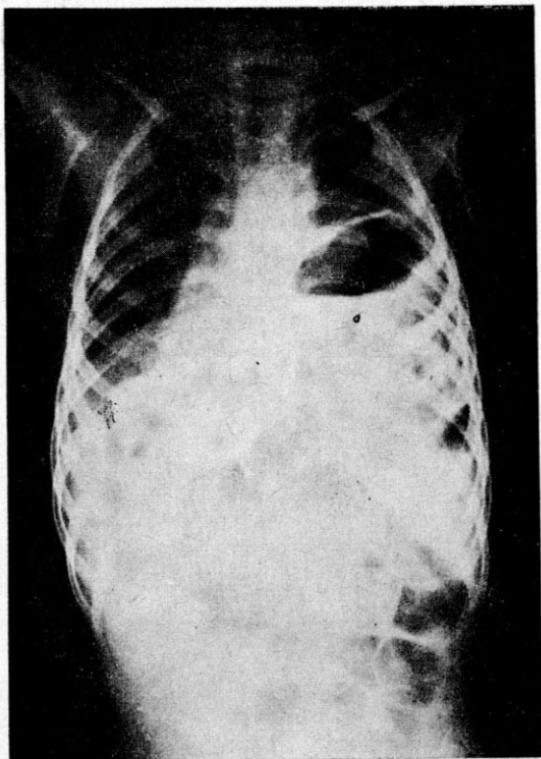


FIGURA 1

* Profesor agregado de Técnica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la U. N.

do por un camión, una de cuyas ruedas le pasó por encima del abdomen.

Al examen se encuentra un paciente en estado de shock, pulso 160 por minuto, tensión arterial no apreciable, disnea intensa y cianosis. Presentaba una equimosis en la región ilíaca izquierda. Había colapso pulmonar izquierdo y defensa muscular abdominal.

Se aplicó una transfusión sanguínea, suero glucosado, sedantes y antibióticos con lo que se logró sacar al paciente del estado de shock.

Una radiografía del tórax (véase fig. 1) mostró colapso del pulmón izquierdo, neumotórax y desviación del mediastino hacia la derecha; el hemidiafragma izquierdo se encontraba a la altura de la quinta costilla y parecía existir una solución de continuidad en su parte más superior. Se apreciaban sombras hidro aéreas en el hemitórax izquierdo. Se hizo entonces una placa con con-

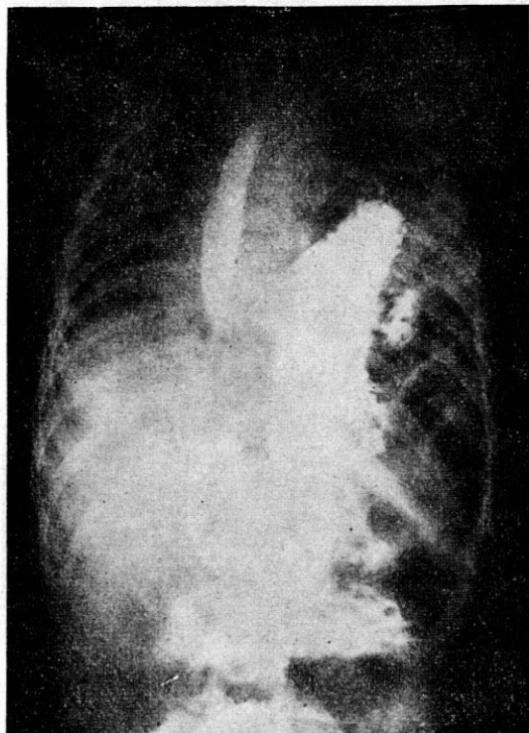


FIGURA 2

traste baritado, la que mostró la presencia del estómago y porciones de intestino grueso y delgado dentro de la cavidad torácica izquierda; el esófago se encontró francamente desviado hacia la derecha. Se hizo el diagnóstico de hernia diafragmática por estallido del músculo. El paciente fué intervenido el 19 de mayo. Se practicó toracotomía antero-lateral izquierda, y se encontró el hemitórax ocupado por el estómago, intestino delgado, bazo, colon transverso y epiplón mayor. Había una ruptura lineal del diafragma, de dirección oblicua desde su inserción anterior hasta el hiatus esofágico, el pulmón se encontraba colapsado. Como fuera imposible reducir las víceras a la cavidad abdominal fué necesario practicar una laparotomía. Se hizo luego el cierre de la herida diafragmática y de la laparotomía. Durante la intervención el paciente hizo cuatro paros cardíacos que fueron tratados por masaje, lográndose el restablecimiento de contracciones rítmicas y fuertes.

El post-operatorio fué sin incidentes y el paciente abandonó el hospital por curación.

Una placa (fig. 3) post-operatoria muestra una imagen torácica normal. Existe quizás ligero derrame pericárdico.

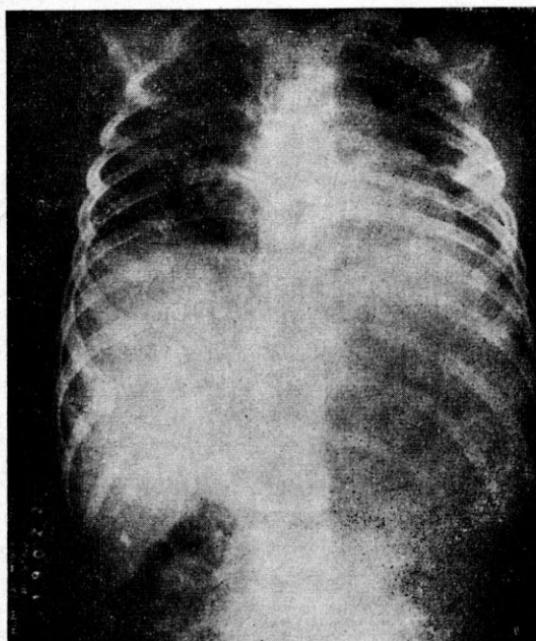


FIGURA 3

Efemérides Médicas Colombianas

*Jaime Fandiño Franky **

“La ciencia de las enfermedades, es tan vasta y complicada, tantos escollos la rodean, que es necesaria una rara inteligencia, un vasto saber y grandes virtudes morales para ejercerla dignamente”. — Gaceta Médica. N° 12. Año 1º mayo 10 1865.

Primera Escuela Integral de Medicina en Colombia

Con este primer artículo nos vamos a proponer hacer una reminiscencia, así sea somera, sobre diferentes aspectos de la medicina colombiana, en especial sobre lo que atañe a nuestra Facultad, que tan íntima e integralmente está ligada a ella. No es nuestro propósito el de hacer historia en el sentido estricto de la palabra, sino más bien un comentario al margen de los principales acontecimientos desarrollados en este aspecto de la Historia Patria. Queremos que los médicos que han egresado de estas aulas, recuerden los sobresalientes hechos de su Escuela, que es la de los médicos más eminentes de nuestra Patria.

Verdaderamente no es muy fácil el desarrollar este tema; se encuentra el aficionado a estas lides, con una maraña de datos que es casi imposible ordenar. Como en nuestra Biblioteca no hay archivos que se remonten a mediados del siglo pasado, es necesario contar con lo que a bien se halle en otros antiguos centros culturales. Así, pues, los lectores sabrán excusar lo que falte o sobre a nuestra narración. Hoy solo nos ocuparemos del esfuerzo inicial y formal para enseñar Medicina en Colombia.

* Alumno de 5º año de Medicina.

Intento formal para enseñar Medicina por vez primera en Colombia:

El siglo pasado, por todos los aspectos de nuestra historia, es una verdadera delicia para quien pretenda conocerlo bien. En él se llevaron a cabo todas nuestras grandes conquistas para consolidar la república. Fue la época en que fecundó hasta el máximo el romanticismo, expresado ya en poesía, ya en brillante prosa. El influjo de Europa, a la sazón reina de la cultura, era manifiesto en todos los ramos del saber; de Francia llegaban a diario los máximos adelantos, que eran difundidos por nuestros más destacados compatriotas. En este empuje de deseo de saber, no se quedó atrás la medicina; año por año llegaban ex-alumnos de las Escuelas médicas de Francia, Inglaterra y Alemania, que venían con ánimo de hacer fecunda labor entre sus coterráneos; estos profesionales despertaban la vocación en muchos jóvenes, pero desafortunadamente solo podían viajar al exterior los favorecidos ampliamente por la fortuna, que eran los pocos, y por consiguiente el número de facultativos era muy escaso. Esto hizo que pulularan por doquier los charlatanes y empíricos, que realmente eran, al decir del Profesor Vargas Reyes, en proporción de 200 por cada médico.

Queremos hacer destacar, respecto a la enseñanza médica, el año glorioso de 1864, en el que se fundó por primera vez una institución eficiente para la enseñanza de la medicina. Si bien es cierto que antes de esta fecha existieron centros de ilustración, solo eran para informar al alumno sobre restringidos aspectos de nuestra profesión, tales como Botánica, Entomología, Farmacognocia, etc., que nunca hacían de sus alumnos gente competente para tan delicada ciencia. Algunos pocos, los más amigos de los profesionales de Santa Fé de Bogotá, se hacían médicos asistiendo durante ocho años seguidos al consultorio de su Maestro, quien careciendo de laboratorios, anfiteatro, etc., solo podía dar a sus alumnos nociones teóricas necesariamente incompletas. Esta semiciencia solo sirvió para determinar a algunos jóvenes a ir a engrosar las filas de los irresponsables y habladores, que, como dijimos, pululaban por todas partes, contribuyendo a aumentar la desconsideración del cuerpo médico.

La idea inicial de fundar la Escuela, fué de un destacado grupo de médicos de Bogotá, a quienes animaba un laudable ce-

lo por educar la juventud. Al principio la propuesta no encontró eco en las esferas científicas, pues no existía una ley que diera cierta responsabilidad y garantías a la corporación, ya que, según la Constitución, la libertad de industrias garantizaba el libre ejercicio de las profesiones, y, por consiguiente, este cuerpo fundado no podía hacer nada ante cualquier abuso que surgiera de las garantías que daba la ley a quien quisiera ponerlo en dificultades.

Antes de la fecha mencionada, ya existía una "Escuela de Medicina" bajo la dirección del Dr. Antonio Vargas Reyes, que ciertamente no enseñaba concretamente. Tuvo como los primeros profesores a los Dres. Liborio Zerda, Joaquín Maldonado, Jorge Vargas, David Torres y otros. Se fundó con veinticinco alumnos internos y la clases consistían principalmente, parece, ya que no hay datos concretos al respecto, en una dependencia del Gobierno y su fin era primordialmente el de conservar y propagar la vacunación, de informar acerca de las epidemias, endemias o epizootias e indicar los medios de curarlas o de prevenirlas; estudiar la propiedad de las aguas minerales, etc.; estudiar y discutir las memorias que los médicos le enviaran y difundir los progresos que la ciencia tuviera en el país y en el extranjero. Como se ve, no había planes o péndumes concretos y no era una escuela de aprendizaje metódico. Vale, sin embargo, la gloria a estos Profesores de ser los iniciadores. Al lado de esta Escuela se creó una corporación de médicos de Provincia, quienes eran los correspondentes, y a su vez, primeros miembros natos de esta institución. El sueño del Dr. Vargas Reyes fue enorme; sin haberse iniciado las labores, ya pensaba en hacerse a la ayuda de asociaciones de Francia, Inglaterra y América. Ideó un centro de correspondencia universal y así escribió: "Quiera el Cielo que este porvenir, aunque lejano, que deseo al progreso de la Medicina en mi Patria, no sea una mera ilusión del patriotismo que me anima".

Pero estas buenas intenciones del Profesor Vargas R. no se perdieron en el vacío; si bien es cierto que su pretendida Escuela no tuvo éxito, no es menos verídico que su empeño sirvió para que el 21 de diciembre de 1864, se reuniera un puñado de profesionales médicos con la firme intención de fundar la verdadera "Escuela de Medicina", piedra angular de nuestra enseñanza médica. Fué en casa del Dr. Joaquín Sarmiento, el más afamado mé-

dico de la capital, donde se acordó tan gloriosa tarea; allí estaban congregados todos los integrantes de la escuela anterior y otros galenos destacados. Se acordaron los estatutos y la apertura de clases para el primero de febrero del año de 1865.

El REGLAMENTO, en sus apartes principales, era el siguiente:

Artículo 10 - En el establecimiento privado que, bajo el nombre de "Escuela de Medicina", queda definitivamente organizado, se darán las enseñanzas siguientes:

PRIMER AÑO: Zoología, Botánica, Física, Química y Anatomía descriptiva.

SEGUNDO AÑO: Anatomía Descriptiva y Médico-Quirúrgica, Fisiología e Higiene.

TERCER AÑO: Patologías Interna y Externa, Medicina Operatoria.

CUARTO AÑO: Materia Médica y Terapéutica; Farmacia, Obstetricia, y Medicina Legal; Clínica Interna y Clínica Externa. (estas dos últimas se darán cuando haya Hospital).

Artículo 4º Habrá en la Escuela de Medicina: Decano, Sub-decano, Secretario-tesorero y Profesores encargados de Regentar las Cátedras.

Artículo 5º - El Decano será nombrado cada 4 años por el Consejo de la Escuela, pudiendo ser reelegido indefinidamente.

Artículo 15 - Los destinos de Decano y Sub-decano serán honoríficos mientras la Escuela no cuente con dinero suficiente.

Artículo 18 - El Consejo de la Escuela se compondrá: 1º, del Decano; 2º del Sub-decano; 3º del Secretario-Tesorero; 4º de los Profesores actualmente en ejercicio y 5º de los Profesores que nombre el Consejo de la Escuela para regentar las Cátedras, y que acepten el nombramiento.

Artículo 23 - Son deberes de los alumnos: Regalar a la Escuela en el primer año de estudios algún objeto útil, como un libro, un instrumento científico, un objeto de Historia Natural, etc.

Artículo 32 - No puede un alumno inscribirse en el curso de fisiología mientras no compruebe haber ganado los cursos de Zoología, Botánica, Física y Química Médicas y ni los cursos de Patología Interna y siguientes, sin haber ganado cursos preparatorios y, además, los cursos de Anatomía y Fisiología.

Artículo 38 - Habrá en cada año escolar, y para cada curso, dos exámenes, divididos en intermedios y anuales.

Artículo 41 - Los Exámenes Intermedios se verificarán sosteniendo cada alumno un examen por cada curso de los que hubiese seguido, y ante un consejo de 5 Profesores de la Escuela, dirigidos por su Decano.

Artículo 42 - El examen final tendrá los mismos requisitos que el intermedio, pero con media hora de duración y se procurará que tengan toda la solemnidad debida y se convidará a los Directores de Colegios establecidos en la capital, a los padres de los alumnos y a las demás personas que designe el Decano de la Escuela.

Artículo 43 - Despues de cada examen el Consejo se reunirá en sesión secreta y calificará al examinado por bolas blancas y negras. Se declarará aprobado el alumno que requiera la mayoría absoluta de bolas blancas, y reprobado el que hubiera reunido la mayoría de las negras.

Artículo 45 - El alumno que hubiere reprobado los exámenes intermedios, perderá el curso y deberá reponerlo, a no ser que solicite ser examinado de nuevo y que tenga la aprobación de este segundo examen.

Artículo 47 - Si el alumno fuere aprobado en el segundo examen podrá continuar el curso; si fuere reprobado, tendrá obligación de comenzarlo de nuevo.

Artículo 49 - El examen de habilitación, y el examen final durará dos horas y media, examinando un jurado de 5 miembros, cada uno por media hora.

Artículo 52 - El título de Doctor en Medicina es el comprobante que la Escuela de Medicina dará sobre la idoneidad del alumno en todos los ramos de la ciencia médica. Para obtenerlo, se requiere la aprobación de los Grados de Bachiller y Doctor y en la Revalidación.

Artículo 53 - Para obtener el grado de Bachiller se requiere haber ganado los cursos de Zoología, Química, Botánica y Física Médica, Anatomía y Fisiología.

Artículo 54 - El examen para el grado de Bachiller versará sobre las materias señaladas en el artículo anterior y consistirá en un examen verbal que durará una hora y cuarto.

Artículo 55 - El examen para el grado de Doctor, versará sobre las materias siguientes: Higiene, Patología General y Especial, Patología médico-quirúrgica, Medicina Operatoria, Medicina Médica, Terapéutica, Farmacia, Obstetricia y Medicina Legal y consistirá en un examen verbal, que durará tres horas y que verificarán seis profesores de la Escuela, cada uno de los cuales examinará por media hora.

Artículo 59 - El alumno que hubiere sido reprobado en los exámenes, bien sea en el Grado de Bachiller, como en el de Doctor, tendrá derecho a que se le examine por segunda vez, tres meses después de hecho el primer examen. Si fuere de nuevo reprobado, podrá tener la misma gracia un año después.

Artículo 60 - Los alumnos que hubieren sido reprobados en los tres exámenes de que tratan los artículos anteriores, no tendrá derecho a solicitar nuevo examen, a menos que compruebe haber ganado de nuevo los cursos correspondientes.

Artículo 62 - Si el alumno hubiere sido aprobado en el examen para el grado de Doctor, el Decano le expedirá un simple certificado, en que conste haber sido aprobado en dicho examen, haciendo notar que se le expedirá el título correspondiente, tan luego como haya sufrido la última prueba o Examen de Revalidación.

Artículo 63 - Para optar la Revalidación se requiere la presentación del certificado de aprobación en el grado de Doctor. El

examen consistirá en defensa de una tesis, que el postulante escribirá sobre un punto cualquiera de la ciencia médica. Los examinadores serán 6 y cada uno tendrá derecho a replicar por media hora sobre la tesis.

NOTA: La escuela funcionará provisionalmente anexa al Colegio de la Independencia, del señor Joaquín Gutiérrez de Celis.

En base a dichos estatutos, se procedió a elegir la directiva, quedando integrada así:

Decano: Doctor Joaquín Sarmiento.

Sub-Decano: Doctor Antonio Vargas Reyes.

Secretario-Tesorero: Doctor Bernardino Medina.

La nómina completa de Profesores fue la siguiente:

<i>Zoología Médica</i> :	Doctor Antonio Ospina.
<i>Botánica Médica</i> :	Doctor Francisco Bayón.
<i>Física Médica</i> :	Doctor Liborio Zerda.
<i>Química</i> :	Doctor Demetrio Paredes.
<i>Anatomía (1er. curso)</i>	Doctor Rafael Rocha Castillo.
<i>Anatomía (2º curso)</i>	Doctor Andrés María Pardo.
<i>Fisiología</i> :	Doctor Andrés Vargas Vega.
<i>Higiene</i> :	Doctor Manuel A. Angel.
<i>Patología Interna</i> :	Doctor Antonio Vargas Reyes.
<i>Patología Externa</i> :	Doctor Flavio Malo.
<i>Medicina Operatoria</i> :	Doctor W. L. Dudley.
<i>Materia Médica y Terapéutica</i> :	Doctor Joaquín Maldonado.
<i>Farmacia</i> :	Doctor Ignacio Antorvesa.
<i>Obstetricia</i> :	Doctor Joaquín Sarmiento.
<i>Medicina Legal</i> :	Doctor Jorge Vargas.

Como bien pueden darse cuenta los lectores, la organización de la Escuela fue perfecta; no se ahorró ningún esfuerzo por dotarla de los péndumes, profesores, estatutos, etc., para que la empresa fuera un éxito. Faltaba tan solo, por cierto lo más importante, la conexión con el hospital y la dotación de cadáveres para el anfiteatro. Estos fueron negados por el hospital, pero luego el Jefe Municipal, Cenón Padilla, se comprometió a ceder los cadáveres de sujetos que morían de hambre y desnudez, que por cierto eran muchos en esta maltrecha patria. En cuanto al ma-

terial de enfermos, que no era de suma importancia para el primer año, se acordó abrir las clases y hacer después esta diligencia.

El primero de febrero de 1865, se iniciaron las tareas escolares, con las cátedras correspondientes al primer año y algunos cursos gratuitos para alumnos que fueran ya adelantados en algunas materias para que pudieran continuar sus estudios en la Escuela. Este año, el personal de educandos fue de 20, correspondiente 6 a Zoología, 7 a Botánica, 4 a Física, 8 a Química y 15 a Anatomía primera. Se compraron todos los implementos con lo de la matrícula de los alumnos, menos los de Física Médica.

El primer Decano, como dijimos, fue el Doctor Joaquín Sarmiento, elegido por la Junta de Catedráticos. Este médico era retirado de la profesión y entregado de lleno a la enseñanza; hombre ilustrado, rico, patriota y sin temores de que las malas pasiones, ajenas a la práctica de la profesión, pudieran turbar la armonía que debería reinar entre el Decano y los catedráticos. Se propuso hacer de la Escuela una institución completamente independiente, fuera del alcance del Gobierno, no sujeta a los vaivenes de la política ni al capricho de los gobernantes y sostenida únicamente por las contribuciones de los alumnos. Entró con el ánimo de reformar, con el ejemplo, el descrédito en que se encontraba la profesión y así escribía en marzo de 1865: "Perfeccionemos nuestra profesión, unámonos para ilustrarnos, alentarnos y defender los intereses de la ciencia; tomemos parte en los progresos que se realicen en el mundo; ilustremos la juventud; inculquemos, en la medida de nuestros medios, las buenas ideas en el pueblo, realicemos el bien sin pensar en el mal que nos hacen y habremos hecho una obra que no dejará perecer nuestro nombre".

No dice la historia en qué preciso lugar funcionó por los primeros meses la Escuela. En junio de 1865 se acordó el contrato celebrado entre el secretario de la Escuela y el señor Ignacio Franco, apoderado del albacea de la mortuoria del señor Gutiérrez de Celis. Por éste, Franco daba en arrendamiento a la Escuela el local del extinto convento de la Concepción, siendo, por consiguiente, este histórico lugar el que primero albergó al puñado de jóvenes y maestros, verdaderos próceres de la Patria. El señor Gutiérrez de Celis que, como se dijo, era el dueño del Colegio de la Independencia y desempeñaba también las funcio-

nes de Jefe interior de Disciplina de la Escuela, murió en este mes. Entonces se creó el “destino” de Inspector de la Escuela recayendo el nombramiento en el Doctor Leoncio Barreto, por entonces gran internista de la ciudad.

En junio de ese año, se llevaron a cabo los primeros exámenes intermedios. Cada materia tuvo un jurado de 5 miembros a más del Decano y el Secretario. Como dato curioso, vamos a enumerar los alumnos que fueron “aprobados plenamente” o “simplemente aprobados” en estas primeras pruebas, ya que algunos de ellos están ligados a nuestras glorias médicas nacionales:

Zoología: “Examinados y aprobados con plenitud”: Francisco Duarte, Marcos M. Lora y Francisco Antonio Uribe. “Simplemente aprobados”: Heliodoro García y Leonidas Solano.

Botánica: “Examinados y aprobados con plenitud”: Francisco Duarte, Marco María Lora, Pascual Salazar, Francisco Antonio Uribe y Ricardo Vega. “Simplemente aprobados”: Nicolás Escobar O. y Heliodoro García.

Física: “Examinados y aprobados con plenitud”: Ricardo Gutiérrez, Marcos María Lora, Miguel Nieto y Ricardo Vega.

Química: “Examinados y aprobados con plenitud”: Gabriel Castañeda, José María Ruiz, Leonidas Solano, José María Urbina y Francisco Antonio Uribe. “Solamente aprobados”: Francisco Duarte y Ricardo Gutiérrez.

Anatomía Primera: “Examinados y aprobados con plenitud”: Julio Corredor, Gervacio Lezaca, Miguel Nieto, José María Ruiz, Pascual Salazar, Leonidas Solano, José María Urbina y Francisco Antonio Uribe. No aprobaron el curso, quienes no están en este grupo.

Como se ve, en este primer examen fueron eliminados cuatro alumnos de los 20 que constituyán el grupo; este detalle da idea de la rigidez de la institución en las pruebas a que aquéllos tenían que someterse.

En comunicación del día 26 de octubre de 1885, la Comisión Inspector del Hospital de Caridad de Santa Fé de Bogotá, pro-

puso la unión de la Escuela de Medicina al Hospital. El Presidente de la Comisión, Dr. Tomás Castellanos, decía en la comunicación: "El Hospital está dispuesto a ceder para los trabajos de la escuela, un anfiteatro compuesto de 5 piezas, el mejor que existe en la ciudad, un salón para grados y exámenes, una pieza para la Secretaría, las piezas necesarias para clases y los cadáveres de que se puede disponer. Además, los claustros del primero y segundo pisos del extinguido Convento de San Juan de Dios, que están limpios y blanqueados, quedarán también para el servicio de los estudiantes". El Hospital, en cambio, pedía que se le dieran sin remuneración: 2 médicos, 2 cirujanos, 1 farmacéutico, 2 practicantes y 1 enfermero mayor anualmente. Exigía, además, que fueran cuales fueran las variaciones que adoptase la Escuela en sus programas, tenía que ser obligatoria la existencia de una cátedra de Clínica y otra de Obstetricia para señoritas. El 31 de octubre, fue aprobado íntegramente el contrato, quedando así por primera vez vinculada una institución docente con el Hospital de San Juan de Dios, que desde hacía 200 años venía funcionando en Bogotá, bajo la dirección de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes fueron los primeros en arribar al Nuevo Reino con ánimo de hacer el apostolado de la Caridad.

El 28 de octubre se acordaron los siguientes puntos sobre la asistencia médica al Hospital:

Artículo 1º - El servicio Médico-quirúrgico del Hospital de Caridad estará a cargo de todos los profesores de la Escuela, quienes lo desempeñarán por turnos en el orden alfabético de sus apellidos. Son médicos sustitutos los dos profesores cuyos apellidos sigan a los de los principales en orden riguroso de turno.

Artículo 2º - Cada uno de los Profesores a quienes toque el turno de servicio, lo desempeñará por un bimestre continuo. Las faltas accidentales de los médicos en ejercicio, serán suplidas por los sustitutos en su orden respectivo.

(Lleva las firmas del Decano y el Sub-decano).

El cuatro de noviembre de ese año, el Consejo de la Escuela acordó una proposición, en el sentido de otorgar títulos a los individuos que se sintieran aptos para presentar y sostener una te-

sis que versara sobre todas las materias médicas dictadas en la Escuela. Esta disposición se aceptó, debido a que el número de irresponsables que ejercían la Medicina era muy crecido, dando una oportunidad a los medianamente preparados para que legalizaran su ocupación, y al mismo tiempo estuvieran bajo la vigilancia de la Escuela. Esta medida fue de gran trascendencia, ya que los completamente ignorantes se sintieron cohibidos para ejercer la profesión, que desde la Constitución política de 1853, en que se declaró libre y sin restricción el ejercicio de la Medicina, andaban por el territorio nacional dejando por doquier una estela de atropellos y crímenes.

De igual manera, fue aceptado, según el reglamento, el otorgar solamente el título de Bachiller que daba derecho a quien lo poseyera para ejercer, con graves restricciones, ciertas ramas de la Medicina. Quienes primero recibieron este título, y talvez los únicos, fueron: Antonio Pinto y Cipriano Vargas, el 17 de diciembre de 1865.

Durante los días 27-28 y 29 de diciembre de ese año, se llevaron a cabo los exámenes finales del primer año de labores. Solo fueron aprobados 12 alumnos, habiendo sido reprobado el resto, o sea 8. Este dato da plena idea de la severidad en los estudios; el número mayor de reprobados fue en Anatomía Primera, que desde entonces se convirtió en la asignatura más difícil de aprobar; esta tradición perdura íntegramente en nuestros días, en que casi todos los alumnos aplazados y que pierden el derecho de ingresar de nuevo a las aulas, deben su desgracia a esta difícil materia. Destacamos aquí a los alumnos Gabriel Castañeda, Francisco Antonio Uribe Mejía y Marcos María Lora, quienes fueron los tres primeros alumnos en su curso, siendo recompensados con sendos premios y la beca permanente a sus estudios.

El 15 de enero de 1866 fueron nombrados, de acuerdo con el contrato con el Hospital de Caridad, los primeros practicantes: Gabriel Castañeda y Clemente Velazco. De esta manera, se consumó a cabalidad el contrato entre las dos instituciones y tuvo definitiva entrada una entidad docente al Hospital de San Juan de Dios.

El primero de febrero del año de 1866, se dio comienzo al segundo año de estudios. Los alumnos pagaron de matrícula

\$ 10,00 y \$ 2,00 mensuales, menos 7 de ellos, que fueron becados por su mala situación económica. La lista de los alumnos de 1866 fue la siguiente: Clímaco Abadía, Gabriel Castañeda, José María Ruiz, Sixto Mauricio, Francisco A. Uribe, Januario Paraga, Marcos Lora, Ricardo Gutiérrez, Antonio Vargas Villegas, Gervacio Lezaca, José María Urbina, Leonidas Solano, Miguel Nieto, Nicolás Escobar O., Pascual Salazar, Ricardo Vega, Nicanor Insignares, Alejandro Peña L., Aristóbulo Ibáñez, Carlos Aranda, Carlos Lezaca, Clemente Velazco, Constantino Vargas, Domingo López, Enrique Pardo, Eulogio Uscátegui, Francisco de Paula Azula, Francisco García, Ivo Fidel López, Joaquín Burgos, José María Calderón, José M. Locarno, Josué Gómez, Luciano Laverde, Marcelino Vargas, Nemecio Sotomayor, Pablo Emilio Navarrete, Rafael Zerda y Francisco Montoya.

La Escuela, pues, inició labores con pleno éxito nuevamente. El personal directivo fue el mismo y con las mismas aspiraciones nobles del pasado. Así, el 28 de febrero el Dr. Antonio Vargas Reyes escribía en la Gaceta Médica, órgano de la Escuela, lo siguiente: "La preocupación constante de todos los hombres pensadores de nuestro país no debe tener otro objeto que el de mejorar la suerte de la clase desvalida de la sociedad. En el orden social el equilibrio de los intereses no debe reposar únicamente en la garantía de los derechos. La alianza entre el fuerte y el débil es un principio más fecundo que da más seguridades a las instituciones sociales. La indigencia del alma sigue muy de cerca a la del cuerpo, y si no queremos que las nuevas costumbres se pervertan, mejoremos la condición humana despertando en las masas el sentimiento religioso, el amor por el trabajo y la instrucción".

Ya en el Hospital de San Juan de Dios, los profesores iniciaron gran despliegue científico. A diario se hacían operaciones de alta cirugía, se llevaban a cabo conferencias clínicas para alumnos y profesionales de la ciudad, se comentaban los casos más ilustrativos que reportaban los médicos de provincia y se inició definitivamente la enseñanza de las Clínicas Interna y Externa a los jóvenes que se dedicaban al estudio de la más noble de las profesiones, la que tiene por objeto la conservación de la vida, el alivio de la humanidad doliente. Se entrevé claramente la gran importancia que ha tenido a través de los años este gran centro

docente que es el Hospital de San Juan de Dios. Por él han desfilado silenciosamente, pero con un gran celo por el estudio, todos nuestros más representativos valores de la profesión de Medicina; gracias a estos grandes galenos, nuestro pueblo desamparado ha encontrado siempre el alivio solícito y oportuno para sus dolencias. Es justo, pues, hacer resaltar ante la historia a estos pioneros de nuestra cultura médica, cosa que nos propondremos en próximas emisiones.

El año concluyó normalmente. Fueron aprobados satisfactoriamente solo la mitad de los alumnos, el resto tuvo que retirarse definitivamente de los claustros. La Escuela se iba consolidando cada vez más en el crisol de la ciencia; el porvenir se adivinaba muy próspero para las juventudes que aspiraban a ser médicos; sin embargo, el gobierno no se encontraba completamente satisfecho con la Institución, ya que no era partidario de la enseñanza privada; se comenzó a acusar a sus directores de especuladores de la educación, lo mismo que de francos negociantes. Todo este número de críticas fue hecho casi totalmente por los alumnos que habían sido reprobados, apoyados por sus familiares que eran gente muy influyente en las esferas oficiales de entonces. En la Asamblea del Estado se comenzó a ventilar el asunto de la Escuela y no faltaron varios diputados que exigieron la fundación inmediata de una Institución oficial de enseñanza médica. Fue así como el 14 de febrero del año de 1867, la Asamblea del estado de Cundinamarca, dió \$ 2.000.00 como auxilio al Colegio de San Bartolomé, para que procediera a fundar cátedras de Medicina en sus claustros. No importó a los diputados el grado de ilustración que adquirieran los alumnos, que careciendo de material práctico, tenían necesariamente que egresar de las aulas con solo un acúmulo de conocimientos teóricos, que no les servirían sino para ser profesionales irresponsables.

En vista de todas estas dificultades, especialmente de escasez de alumnos, la escuela se vio en la necesidad de pedir al "Ciudadano Presidente de la República", por entonces el General Tomás Cipriano de Mosquera, que fuera incorporada al Instituto Nacional de Ciencias y Artes, que era la más respetable institución educativa de entonces y que dependía íntegramente del Estado. También el señor Decano, que por este tiempo era el doctor Antonio Vargas Reyes, pidió un auxilio económico a las Cámaras

para que la Escuela pudiera subsistir. Mientras tanto, los estudios en el año lectivo transcurrían normalmente, a pesar del ambiente adverso que había hacia la Institución y la disgregación del personal docente, que en gran parte se trasladó a la nueva Escuela.

El 16 de febrero del año de 1867, por aceptación del Ciudadano Presidente de los Estados Unidos de Colombia, se incorporó la Escuela al Instituto Nacional de Ciencias y Artes y se ofreció el Hospital Militar para las clases prácticas. Esta última proposición no se pudo aceptar porque existía un contrato previo con el Hospital de Caridad, el que no se podía incumplir bajo serias consecuencias. Mientras tanto, la Escuela se propone hacer demostraciones de su enseñanza fundando cátedras gratuitas en el Hospital para hacer ver a la faz de la Nación la fecunda y patriótica labor que había venido cumpliendo a lo largo de su cortísima trayectoria.

El 22 de septiembre de 1867, se creó la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, en la que tenía que existir una Facultad de Medicina. Se presentó un nuevo problema, más grave aún para la Escuela: definitivamente se quedaría sin alumnos. En vista de que ya existían Cátedras de Medicina fundadas por el gobierno y que daban instrucción gratuita, se pensó inmediatamente en solicitar al Gobierno que la Escuela fuera la que hiciera parte de la Universidad Nacional. El Gobierno contestó diciendo que solo tendría en cuenta el personal de profesores, mas no los sistemas, orientaciones y materiales de enseñanza. Realmente, no había nada que hacer; no hubo gratitud, tampoco sentido de solidaridad entre profesores y alumnos. Había que cerrar las puertas del claustro. Así fue como el 11 de noviembre de 1867, se aprobó en una reunión plena del Consejo de la Escuela, que la Institución fuera clausurada, pero "con la condición solemne de volverla a fundar cuando la otra Escuela desfallezca". El Consejo continuó sus labores como asociación científica. Se acordó, igualmente, que todos los enseres de la Escuela fueran cedidos al Doctor José Félix Merizalde, quien había quedado arruinado por entregar su capital para la fundación de esta Institución.

De esta manera quedó definitivamente cerrada la Escuela de Medicina, que fué el primer plantel de educación médica en

nuestra Patria. Los méritos de estos hidalgos colombianos deben ser destacados por la historia Patria, pues gracias a ellos fue posible despertar una conciencia clara en los gobernantes sobre la obligación que tienen de educar y formar las figuras dirigentes. Loor, pues, a estos padres de la Medicina Colombiana, la que ha sido tan próspera en adelantos y tan fecunda en obras sociales.

BIBLIOGRAFIA

Gaceta Médica. — 1864 - 1867. Todos los números.

Gaceta Oficial. — 1864 - 1868. Todos los números.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Pediatría y Hospital de La Misericordia

CURSO DE TERAPEUTICA INFANTIL, PARA GRADUADOS

(Julio 19 - Diciembre 3 de 1958)

Sala de Conferencias "José Ignacio Barberi"
Hospital de La Misericordia

Organizado conjuntamente por el Departamento de Pediatría de la Facultad y el Hospital de La Misericordia, se dió comienzo el pasado 19 de julio a un ciclo de conferencias sobre temas de Terapéutica, de acuerdo con el programa que se verá adelante.

El espíritu que ha animado a las 2 entidades es el de propiciar una actualización en los sistemas de tratamiento que culminará en la elaboración del nuevo formulario terapéutico que se empleará en La Misericordia; a la vez, dentro del moderno concepto de Universidad, se trata de vincular nuevamente a los médicos agregados en años anteriores, para que éstos tengan permanentemente el deseo de renovación de sus conocimientos y se sientan vinculados a la Facultad en la cual recibieron su formación científica. Por otra parte, el distinguido grupo de expositores, de dentro y de fuera de la Facultad, han vuelto a sentir la necesidad del estudio y consulta de bibliografías modernas y lógicamente reciben también el beneficio de esta actividad de cultura pediátrica. La respuesta, tanto de los colegas invitados como ponentes, así como la del numeroso personal de asistentes que sábado tras sábado han venido colmando la sala de conferencias del Hospital, constituye el mejor estímulo y la más amplia justificación de este esfuerzo, que, como dijera el Profesor José Ignacio Barberi "si logra salvar la vida de un niño o ahorrarle lágrimas a una sola madre quedará suficientemente recompensado".

Dr. Alfonso Vargas Rubiano
Coordinador del Departamento de Pediatría.
Sub-director de "La Misericordia"

PROGRAMA:**Julio 19**

Inauguración, por el Director del Hospital y el Decano de la Facultad de Medicina.

1 — ENTERITIS - Dr. Calixto Torres U. y Dr. Ernesto Plata Rueda.

Julio 26

2 — DESHIDRATACION - Dr. Ernesto Plata Rueda y Dr. Hernando Vanegas A.

Agosto 2

3 — DESEQUILIBRIOS ACIDO-BASICOS - Dr. Carlos Albornoz M. y Dr. Alfonso Gutiérrez R.

Agosto 9

4 — DESNUTRICION - Dr. Alfonso Vargas Ru biano, Dr. Horacio Parra y Dr. Fernando Mejía C.

Agosto 16

5 — INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS - Dr. Humberto Gómez H. y Dr. Samuel Klahr B.

Agosto 23

6 — CONVULSIONES - Dr. Santodomingo Guzmán y Dr. Alfredo Bárcenas I.

Agosto 30

7 — MENINGITIS - Dr. Hernando León Espinel y Dr. Juan B. Castaño C.

Septiembre 6

8 — AMIBIASIS. — PARASITISMO INTESTINAL - Dr. Eduardo Iriarte Rocha, Dr. Alvaro López Pardo y Dr. Enrique Núñez Olarte.

Septiembre 13

9 — NEFROPATIAS - Dr. Liborio Sánchez A. y Dr. Alfonso Vargas Rubiano.

Septiembre 20

- 10 — INSUFICIENCIA CARDIACA - Dr. Alvaro Basto Poveda y Dr. Guillermo Lara H.

Septiembre 27

- 11 — COMAS - Dr. Ernesto Sabogal M. y Dr. Carlos Albornoz Medina.

Octubre 4

- 12 — INTOXICACIONES - Dr. Roberto Rueda Williamson y Dr. Humberto González G.

Octubre 11

- 13 — QUEMADURAS - Dr. Felipe Coiffman y Dr. Hernando Castro Romero.

Octubre 18

- 14 — ANEMIAS - Dr. Jorge Camacho Gamba y Dr. Raúl Paredes Manrique.

Octubre 25

- 15 — TUBERCULOSIS - Dr. Luis Francisco Cobos y Dr. José Antonio Varón.

Noviembre 8

- 16 — SIFILIS - Dr. Calixto Torres Umaña y Dr. Francisco Millán R.

Noviembre 15

- 17 — DIFTERIA - Dr. Julio Araújo Cuéllar y Dr. Emilio Posada S.

Noviembre 22

- 18 — ANTIBIOTERAPIA - Dres. Enrique Núñez Olarte, Gonzalo Montes Duque y Kalman Mezey.

Noviembre 29

- 19 — TOS FERINA - Dres. Julio Araújo C. y Jorge de la Cruz.

Diciembre 3

DIA DEL MEDICO.

I CONFERENCIA

(19 de julio de 1958)

E N T E R I T I S

Ponentes: Dr. Calixto Torres Umaña, Profesor Jefe.
Dr. Ernesto Plata Rueda, Asistente de Cátedra.

1º - *DIAGNOSTICO.* — Ante todo caso de diarrea precisar en primer lugar su carácter de Aguda o Crónica. En seguida discriminarla según la siguiente clasificación:

DIARREA AGUDA

Enteritis: Bacteriana (clasificada)
Bacteriana (Indeterminada)
Parasitaria
Moniliasis
Viral

Infección parenteral
Intoxicación alimenticia
Medicamentosa
Metabólica
Indigestión
Alérgica
Emotiva
Ileo cecal quirúrgica
Forma clínica de diarrea crónica

DIARREA CRONICA

Dispepsias
Síndrome de mala absorción de leche materna

Carencial
Alérgica
Colitis crónica ulcerativa
Enteritis crónicas
Parasitaria
Moniliasis
Evolución de diarreas agudas

Se sabe que en nuestro medio una abrumadora mayoría de las diarreas agudas son ENTERITIS. Esta se diagnostica además por: perturbación del estado general, anorexia, vómito, fiebre, tendencia a la deshidratación, caracteres de la deposición (moco, sangre, pus, fetidez, gran contenido acuoso), dato de higiene defectuosa de los alimentos suministrados, contagio familiar. No es posible por ahora pedir coprocultivo para todas las Enteritis en el Hospital. De entrada, éste se solicitará cuando el paciente llegue ya muy tratado sin resultado por fuera del Hospital o cuando haya datos de diarreas recidivantes. Examen coprológico parasitológico se pedirá en las Enteritis bajas, (recto colitis), en las diarreas recidivantes agudas y en las crónicas.

El diagnóstico de Enteritis nunca debe ir solo en las historias. Es necesario especificar además: la Etiología en lo posible, el grado de hidratación y el estado de nutrición.

2º - TRATAMIENTO ESPECIFICO. — Como regla general, de entrada, toda Enteritis recibirá: Sulfadiazina oral a la dosis de 0 g. 20 cg. por kg. de peso y por 24 horas, con prescripción para 4 días. Se dará una dosis inicial que represente la mitad de la dosis calculada para 24 horas. Además, en las mismas tomas, Estreptomicina: 0.04 cg. por kg. por 24 horas, de la solución en agua, por vía oral. Estas dos drogas, así como todas las demás, se fragmentarán en cuatro tomas, administradas cada 6 horas, día y noche. No se prescribirá sulfa si hay oliguria marcada. Si el niño viene recibiendo sulfa-estrepto por fuera del Hospital, sin resultado, se prescribirá un antibiótico de amplio espectro: Oxitetraciclina (50 mlg. por kg. por 24 horas), Clortetraciclina y Tetraciclina (30 mlg. por kg. por 24 horas) o Cloramphenicol (50 mlg. por kg. por 24 horas). La escogencia entre éstos se hará con criterio económico y de acuerdo con las disponibilidades de la

farmacia. Si el paciente viene recibiendo antibiótico de amplio espectro por fuera del Hospital, sin resultado, se pensará en "diarrea por el antibiótico" o en Moniliasis o en flora resistente. Se ordenará coprocultivo y mientras se conoce el resultado se prescribirá sulfá. Otros antibióticos de amplio espectro o de espectro selectivo, sólo se prescribirán con base en coprocultivo y pruebas de sensibilidad.

La Nistatina (Micostatin) se usará ante el diagnóstico comprobado de Moniliasis oral o intestinal o cutánea (100.000 U. cada 6 horas) -1 c.c.-. En las formas graves 400.000 U. (4 c.c.) cada 6 horas.

3º - TRATAMIENTO SINTOMATICO. — En la mayoría de los casos son innecesarios los antidiarreicos clásicos (Kaolín, tannino). De todas maneras nunca usarlos solos en una Enteritis. No hay inconveniente en usarlos en combinación con el tratamiento específico. No se recomienda el uso de la harina de Algarrobo al comienzo de la diarrea; es solo útil en la convalecencia (mejorado el estado general, desaparecido el peligro de deshidratación). En las Enteritis bajas, especialmente la amibiana es conveniente usar antiespasmódicos del tipo atropina. En diarreas con gran "frecuencia" puede moderarse el peristaltismo con Elixír paregórico (tercer día): 02 c.c. por mes, por dosis cada 6 horas, hasta un año. De 1 a 5 años media cucharadita (2 c.c.) cada 6 horas. De más de 5 años, una cucharadita (4 c.c.) cada 6 horas.

4º - TRATAMIENTO DIETETICO.

A — Dieta inicial. — Todo paciente con Enteritis debe someterse a una dieta que durará, como promedio, 24 horas. Para la mayoría de los casos puede usarse la preparación doméstica de "suero gluco-salino" (1 cucharadita de sal, dos cucharadas soperas rasas de azúcar en un litro de agua, esterilizar por ebullición 10 minutos). Puede mejorarse la aceptación con 3 cucharadas soperas de arroz tostado (mucílago) o con media libra de zanahoria rallada (potasio); en ese caso ordenar cocción media hora y colar. Se calculará el volumen para 24 horas a razón de 150 c.c. por kg. Si hay vómito intenso se administrará en el mismo consultorio 1 mlg. de Largactil por kg. de peso, por vía oral o 1/2 mlg. por kg. por vía parenteral. Se indicará iniciar la ad-

ministración del suero una hora después del Largactil. La madre debe ser informada, ojalá por escrito, sobre la cantidad de líquido que el niño debe tomar (en onzas) en 24 horas. Si no es posible la administración adecuada del suero oral, por vómito o por rechazo, el paciente debe hospitalizarse para hidratación de mantenimiento (subcutánea o intravenosa). Los niños mayores que no aceptan de buena gana estas soluciones, pueden tener una dieta adecuada con gaseosas y caldo.

B — Realimentación láctea. — Generalmente puede realimentarse con leche a las 24 horas de dieta. Unos pocos casos por diarrea muy intensa (si no hay desnutrición) pueden prolongarse 36 o 48 horas. En general, la fórmula inicial de leche será usando leche semidescremada en polvo al 5% (5 gramos en 3 1/2 onzas) la cual se irá concentrando diariamente hasta llegar al 17% para las que ya traen agregado de hidratos de carbono y hasta el 12% para las que no lo traen, agregando entonces el azúcar desde 2 hasta 5%. Se mantendrá siempre presente la prescripción de volumen como el primer día. Leches de tipo babeurre se usarán cuando no haya buena respuesta con la semi-descremada. Si no se dispone de leche en polvo se puede realimentar con leche de vaca en diluciones de 1/3 hasta 2/3 con agregado de 5% de azúcar.

C — Realimentación complementaria. — En niños mayores de tres meses, una vez obtenida la tolerancia a la fórmula normal de leche se empezará pronto a dar los alimentos complementarios, en el siguiente orden: cereal, compota de manzana, sopa de cereales con carne, frutas cítricas y verduras. Es conveniente el agregado de un polivitamínico inclusive desde la dieta inicial.

4º - PROFILAXIS. — En todo caso de Enteritis, es necesario indagar sobre la forma como se produjo (leche, manos, utensilios, contagio etc.) y aprovechar la concurrencia de la madre al consultorio para instruirla en métodos prácticos para evitar nuevas infecciones.

5º - HOSPITALIZACION. — Se hospitalizarán las Enteritis con deshidratación de grado II o más, con carácter urgente. También las Enteritis sin deshidratación o con deshidratación grado I, cuando por rechazo o por vómito no es posible la administración de la cantidad calculada de líquidos.

II CONFERENCIA

(26 de julio de 1958)

DESHIDRATACION

Ponentes: Dr. Ernesto Plata Rueda, Asistente de Cátedra.

Dr. Hernando Vanegas A., del Departamento de
Pediatría del Hospital San José.

1º - *DIAGNOSTICO.* — Lo primero que el médico debe averiguar cuando atiende a un niño es si está deshidratado; con mayor razón si el motivo principal de consulta es diarrea. Pero no basta con saber que el paciente está deshidratado sino que debe indagarse sobre el grado en que lo está, pues de esto depende la cantidad de líquidos que haya de administrarse. Hemos encontrado útil, para niños menores de un año, los siguientes datos clínicos:

Deshidratación grado I (pérdida hídrica 5%): pérdida de la elasticidad de la piel (signo del pliegue) en el abdomen o bien datos de interrogatorio que revelen pérdidas hídricas anormales no compensadas con ingestión adecuada.

Deshidratación grado II (pérdida hídrica 10%): signo de pliegue en el abdomen, tórax y miembros, con ligero hundimiento ocular y discreta hipotensión de fontanela.

Deshidratación grado III (pérdida hídrica 15%): signo del pliegue en el tronco, miembros y cara, ojos y fontanela hundidos y boca seca.

Toxicosis: en cualesquiera de los grados mencionados (pero sobre todo en los grados II y III) se agrega perturbación del sen-

sorio (indiferencia, actitud de abandono, mirada vaga o inconciencia) y o signos de shock (taquicardia, ruidos cardíacos velados, cianosis y enfriamiento de las extremidades, color ceniza de la piel, cianosis peribucal). Con relativa frecuencia hay convulsiones agregadas al cuadro clínico de la Toxicosis.

Simultáneamente el clínico puede comprobar signos de acidosis metabólica (hiperpnea), de deshidratación hipertónica (sed), de hipopotasemia (mateorismo, respiración laboriosa, dilatación de las venas del cuello, arritmia, flacidez y arreflexia patelar). Se dejará constancia expresa de si hay fiebre y del estado de la diuresis.

El diagnóstico completo debe incluir: Diagnóstico Etiológico, Grado de Deshidratación y Grado de Nutrición.

En niños mayores de un año, sobre todo si son bien nutridos el signo del pliegue se hace menos fiel y en cambio el hundimiento ocular (buscarlo de perfil) adquiere gran valor.

2º - TRATAMIENTO. — Para calcular el volumen de líquidos que el niño deshidratado por diarrea necesita en las primeras 24 horas de tratamiento, hemos ideado y usado con buenos resultados la siguiente tabla (aplicación de conceptos clásicos en deshidratación) que resulta fácil de recordar:

	Perdió	Perderá	Mantenimiento	Vía
Grado I	50 x kg.	25 x kg.	80 a 100 x kg.	Oral o subc.
Grado II	100 x kg.	50 x kg.	80 a 100 x kg.	Intravenosa
Grado III	150 x kg.	75 x kg.	80 a 100 x kg.	Intravenosa

La columna "Perdió" se refiere al grado de deshidratación diagnosticado y se refiere al 5, 10 o 15% (pérdida hídrica sufrida hasta el momento del ingreso). La columna "Perderá" se refiere a las pérdidas que seguirán ocurriendo por concepto de diarrea. No se hacen cálculos para vómito por suponer que, suspendida la vía oral, este síntoma desaparecerá (hay raras excepciones). La columna "Mantenimiento" se refiere a las necesidades basales (orina, sudor, evaporación pulmonar); 80 es la cifra más usada; pero si hay gran sudoración, fiebre, agitación, se aumen-

tará hasta 100. Para niños de 10 kg. o más, la cifra de mantenimiento es menor (60 a 70 c.c. x kg.). Un cálculo más exacto de esta columna puede hacerse por superficie cutánea (1.500 c.c. por metro cuadrado). ejemplo: un niño de 5 kg. con diarrea moderada y deshidratación grado II, debe recibir en 24 horas la siguiente cantidad de líquidos; $(100 \times 5) + (50 \times 5) + (80 \times 5) = 1.150$ c.c. Si la diarrea fuera intensa, la pérdida será de $75 \times \text{kg.}$ Si fuera leve (por haber recibido tratamiento antes), el cálculo se hará solo con 25 c.c. x kg. En este ejemplo la vía a usar será solamente la intravenosa.

Todo paciente deshidratado en tratamiento debe ser visto por el médico por lo menos cada 12 horas. En consecuencia, la cifra obtenida para 24 horas se divide por 2 para formular solo para 12 horas. Para obtener el dato de número de gotas por minuto, se divide la cantidad para 12 horas por 48 (factor que resulta de dividir por 12, dividir por 60 y multiplicar por 15 (gotas que contiene 1 c.c.)). En las deshidrataciones muy acentuadas se puede instalar durante la primera hora un goteo rápido (40 por minuto) para reducir luego al calculado. Cuando la cantidad a poner es pequeña (niños de poco peso) y el goteo resultante es muy bajo (menos de 8 por minuto), se corre el riesgo de que se obstruya la aguja, por lo cual hemos recurrido a poner en 6 horas lo calculado para 12 (vigilancia más frecuente).

La solución más usada es la solución hipotónica llamada "1 - 2 - 3":

La solución más usada es la solución hipotónica llamada "1-2-100 c.c. Lactato de sodio 1/6 molar.

200 c.c. Solución salina o Ringer.

300 c.c. Dextrosa a 5% en agua destinada.

Si hay buena diuresis, en lugar de salina o Ringer, puede usarse Suero de Obes Polleri (16.8 mEq. de Potasio por litro). Al usar potasio por vía intravenosa debe recordarse que no puede aplicarse más de 3 mEq. por kg. por 24 horas.

Cuando hay acidosis clínica muy marcada (hiperpnea) puede aplicarse el Lactato solo, inicialmente en goteo rápido (60 x minuto) para seguir luego con el resto de la mezcla. Muchos pacientes salen del shock con este procedimiento. La aplicación inicial de lactato no debe sobrepasar 30 c.c. por kg. de peso.

A ser posible, todo paciente con signos de Shock debe recibir Plasma (20 c.c. por kg.) bien sea inicialmente o bien cuando haya transcurrido la primera hora de venoclisis.

Si no hay seguridad de poder ver al paciente exactamente a las 24 horas, se dejará indicación de rebajar el goteo a 8 por minuto mientras se prescriben nuevas órdenes (para no perder la vena).

Si el médico no dispone de estas soluciones, puede usar con éxito en muchos casos, mezclas de Suero de Hartman (200 c.c.) y Dextrosa al 5% en agua destilada (300 c.c.) y aún de Solución de Ringer o Solución salina (200) y Dextrosa al 5% en agua. Ello no quiere decir que sea indiferente el suero a usarse sino que en caso de emergencia y penuria de elementos, el restablecimiento de la volemia y la puesta en marcha del riñón puede sacar adelante muchos niños, a condición de que se use la vía venosa.

A las 12 horas de venoclisis la observación del paciente se hará con especial énfasis sobre los siguientes datos: grado de hidratación, diuresis, tipo respiratorio, estado de conciencia, vómito, número y fluidez de las deposiciones, signos de shock, fiebre.

Si el niño está consciente y no ha vomitado se ensayarán (sin repetir la venoclisis) la vía oral (1 onza de solución glucosalina o gluco-sodio-potásica cada 3 horas). Si hay buena aceptación sin vómito y la hidratación es ya satisfactoria, se retirará la venoclisis y se prescribirá por vía oral la cantidad calculada para las segundas 12 horas. Si hay todavía signos de deshidratación, aunque la aceptación por boca sea buena, la venoclisis continuará hasta que la hidratación sea satisfactoria; en este caso la cantidad calculada para 12 horas se reparte entre vía oral y vía venosa. Si no hay aceptación, o vomita, o el estado de conciencia no es satisfactorio, no se dará nada por vía oral y la venoclisis continuará como en las primeras 12 horas. Si además, hay shock se hará una nueva aplicación de plasma. Si ya no hay signos de acidosis y la diarrea ha mejorado, la segunda mezcla puede no tener lactato. Si la diuresis no es satisfactoria, no se usará ninguna solución potásica. Si la diarrea ha cesado, el cálculo hecho se disminuirá en la cifra correspondiente a "perderá". Si la solución oral es la glucosalina doméstica, se prescribirá además una

cucharadita de solución acuosa de Cloruro de Potasio al 10% cada 12 horas.

A las 24 horas de tratamiento, si la vía oral ha sido bien aceptada, sin vómito y la diarrea ha mejorado, puede ensayarse la realimentación láctea (fórmula al 5% de acuerdo con lo establecido en Realimentación de Enteritis). Si la aceptación es buena pero la diarrea es muy intensa o hay tendencia al vómito, se seguirá con la dieta hidrosalina con un cálculo de volumen de 150 a 200 c.c. por kg. de peso para las segundas 24 horas (según la intensidad de la diarrea). Si simultáneamente en cualquiera de estas circunstancias, existe deshidratación clínica, se continuará o se hará una nueva venoclisis para corregirla; si no hay acidosis clínica, la mezcla no contendrá lactato. Si el rechazo oral es absoluto o el vómito intenso, o el estado de conciencia no es satisfactorio, no se usará la vía oral y se proseguirá la venoclisis sola con cálculo de 150 c. c. por kg. para las subsiguientes 24 horas. Si el paciente se muestra hidrolábil (respuesta deficiente a la cantidad de líquido aplicado) se repetirá la aplicación del plasma. Si clínicamente o por el cuadro hemático hay anemia, se usará sangre (20 c.c. por kg.).

En el tercer día, para la mayoría de los casos que evolucionan favorablemente con este método, se puede concentrar gradualmente la fórmula láctea y salen del hospital al 4º o 5º día (véase Realimentación de Enteritis). En algunos se tropieza con dificultades y requieren restablecimiento de la dieta por unas horas. Otros presentan grados discretos de deshidratación susceptibles de ser corregidos por vía subcutánea. Por el contrario unos pocos no muestran recuperación al tercer día y requieren proseguir con la venoclisis (cambiar de vena para evitar flebitis). El cálculo para tercer día es como para el 2º pero se aumentará el valor calórico usando Dextrosa al 10% y se repetirán las aplicaciones de Plasma o sangre.

Como tratamiento adyuvante usamos en los casos de gran agitación e hipertermia, Largactil intramuscular: 1 mlg., por kg. por aplicación cada 6 horas según se necesite. También cuando hay vómito hemático. En casos con profunda depresión, sudoración e hipertermia usamos cortisona intravenosa (Soludacortina) en el frasco de venoclisis, a dosis de 3 mlg. por kg. Si hay

convulsiones usamos fenobarbital intramuscular; 5 mlg. por kg. por dosis, repetida según se necesite. Todo paciente en shock, con cianosis o con signos de hipopotasemia se coloca en cámara de oxígeno.

En cuanto a tratamiento etiológico se siguen las normas dadas en la conferencia sobre Enteritis. Debido a que con frecuencia en las primeras 24 horas no es posible usar la vía oral, la medicación específica se hará por vía parenteral: Estreptomicina: 50 mlg. por kg. por día. Sulfa 100 mlg. por kg. por día. Tetraciclina 100 mlg. por kg. por día. Cloramphenicol 50 mlg. por kg. por día. Fraccionar las dosis en 4 aplicaciones (cada 6 horas). Insistir sobre la correcta aplicación intramuscular para evitar abscesos. Tan pronto como sea posible la vía oral, se suspenderá la parenteral.

III CONFERENCIA

(2 de agosto de 1958)

EQUILIBRIOS ACIDO - BASICOS

Ponentes: Dr. Carlos Albornoz Medina, Asistente de Cátedra.

Dr. Alfonso Gutiérrez Reyes, del Departamento de Pediatría del Hospital San José.

DEFINICIONES:

Equilibrio ácido base. — Es aquel en la cual la proporción entre el bicarbonato y el ácido carbónico del plasma, en condiciones normales es de 20 a 1.

Acidosis. — Disminución de los bicarbonatos del plasma o aumento del ácido carbónico.

Alcalosis. — Aumento de los bicarbonatos del plasma o disminución del ácido carbónico.

Acidosis compensada. — Es aquella acidosis en la cual la relación bicarbonato ácido carbónico es de 20 a 1.

Acidosis descompensada. — (Acidemia). Es aquella en la cual la relación bicarbonato ácido carbónico es menor de 20 y por consiguiente el pH del plasma se encuentra disminuido.

Alcalosis compensada. — Es aquella alcalosis en la cual la relación bicarbonato ácido es de 20 a 1.

Alcalosis descompensada. — Es aquella en la cual la relación ácido carbónico bicarbonato es mayor de 20 y por consiguiente el pH del plasma se encuentra aumentado.

Acidosis metabólica. — Trastorno de la relación ácido básico en la cual disminuyen los bicarbonatos del plasma o reserva alcalina.

Alcalosis metabólica. — Trastorno de la relación ácido básico en las cuales aumentan los bicarbonatos del plasma:

Acidosis respiratoria. — Aumento del ácido carbónico por un exceso de la tensión del CO_2 alveolar; generalmente hay una disminución de pH.

Alcalosis respiratoria. — Disminución del ácido carbónico por déficit primario del CO_2 alveolar; generalmente hay un aumento de pH.

Reserva alcalina. — Bicarbonato del plasma BHCO_3 igual a 27 mEq por litro o 60 volúmenes por 100.

pH. Concentración en iones hidrógenos o reacción de una solución. El pH normal del plasma oscila entre 7,3 a 7,4.

(1) - ACIDOSIS METABOLICA.

Se produce por un aumento anormal de aniones diferentes a los bicarbonatos o por un déficit de bicarbonatos.

a) *Causas*

- 1) Ingestión de sales acidificantes.
- 2) Producción endógena de ácidos orgánicos.
- 3) Incapacidad del riñón para eliminar aniones especialmente sulfatos y fosfatos.
- 4) Pérdidas anormales de cationes y bicarbonatos por las secreciones intestinales.

b) *Mecanismos compensadores*

- 1) Aumento de la ventilación pulmonar que disminuye el ácido carbónico.
- 2) Aumento de la formación de amoniaco por los riñones.
- 3) Aumento de la excreción de ácidos por la orina.

c) Etiología

- 1) Ayuno con cetosis.
- 2) Diabetes.
- 3) Acidosis infantil primaria.
- 4) Diarrea.
- 5) Nefritis con retención.
- 6) Nefrosis.
- 7) Acidosis clorurada.
- 8) Obstrucción intestinal o fístula.
- 9) Cardiopatías.
- 10) Infecciones agudas.

d) Síntomas

- 1) Varían según la enfermedad causal.
- 2) Hipernea.
- 3) Inquietud, cefálea, náuseas, meningismo.
- 4) Somnolencia y coma.

e) Pruebas de laboratorio:

- 1) Disminución de la reserva alcalina.
- 2) Orina ácida.
- 3) Disminución del cloro plasmático.
- 4) Disminución de pH en la acidemia.

(2) - ALCALOSIS METABOLICA

Es el resultado por el cual se origina un aumento de los bicarbonatos del plasma.

a) Causas

- 1) Ingestión excesiva de álcalis.
- 2) Vómitos intensos.
- 3) Alcalosis metabólica con hipocloremia por disminución del potasio intracelular y aumento del Na extracelular.

b) Mecanismo compensador

- 1) Disminución de la ventilación pulmonar.
- 2) Aumento de la excreción alcalina.

- 3) Disminución de la excreción ácida por el riñón.
- 4) Disminución de la formación de amoniaco.
- 5) Retención de los productos del metabolismo ácido.

c) *Etiología*

- 1) Vómitos copiosos.
- 2) Estenosis pilórica.
- 3) Obstrucción duodenal.
- 4) Hiperdosificación de Na HC03.

d) *Síntomas*

- 1) Varían según la enfermedad causal.
- 2) Vómitos.
- 3) Tetania.
- 4) Orina alcalina.

e) *Pruebas de laboratorio*

- 1) Aumento de la reserva alcalina.
- 2) Orina alcalina.
- 3) Aumento del cloro plasmático.
- 4) Aumento del pH en la alcalemia.

(3) - ACIDOSIS RESPIRATORIA

Consiste en aumento del ácido carbónico ($H_2 CO_3$) en la sangre, por una mayor concentración del CO_2 en el alvéolo pulmonar.

a) *Causas*

- 1) Aire con cantidades anormalmente altas de CO_2 .
- 2) Eliminación escasa de CO_2 por los pulmones.

b) *Mecanismo compensador*

- 1) Por el CO_2 se estimula el centro respiratorio dando una mayor frecuencia y profundidad.
- 2) Aumento de los bicarbonatos.
 - a) mayor excreción de cloruros.
 - b) mayor producción de amoniaco.

c) *Etiología*

1) Alteraciones del sistema nervioso:

- a) Lesiones cerebrales
- b) envenenamientos por drogas
- c) anestesia
- d) poliomielitis.

2) Pérdida de la función respiratoria:

- a) neumotórax
- b) tumores del pulmón
- c) enfisema
- d) fibrosis del pulmón
- e) bronconeumonía
- f) edema pulmonar
- g) malformaciones pulmonares.
- h) pleuresía.

3) Obstrucciones del aparato respiratorio:

- a) crup
- b) asma
- c) cuerpo extraño

4) Respiración en ambiente cerrado.

5) Cardiopatías.

d) *Exámenes de laboratorio*

- 1) Aumento de la reserva alcalina.
- 2) Disminución de los cloruros del plasma.
- 3) Reacción ácida de la orina.
- 4) pH menor que 7, 3, 5 cuando hay acidemia.

(4) - *ALCALOSIS RESPIRATORIA*

Disminución del ácido carbónico de la sangre H_2CO_3 .

a) *Causas*

Hiperventilación pulmonar.



b) *Mecanismo de compensación*

- 1) Excreción de bicarbonatos, Na HCO₃.
- 2) Menor eliminación de ácidos.
- 3) Disminución del amoniaco urinario.
- 4) Retención de cloruros en la sangre.

c) *Etiología*

- 1) Encefalitis.
- 2) Meningitis.
- 3) Hiperpirexia.
- 4) Intoxicación salicílica.

d) *Exámenes de laboratorio*

- 1) Disminución de la reserva alcalina.
- 2) Aumento de los cloruros del plasma.
- 3) Orina alcalina.
- 4) pH por encima de 7,4 (alcalemia).

SOLUCIONES

Conviene hacer un rápido recuento de las soluciones más usadas entre nosotros y con las cuales, usadas por separado o mezcladas, es posible solucionar la gran mayoría de los casos.

En primer lugar las soluciones que podríamos considerar como básicas o de rutina,

- 1 Dextrosa al 5% en agua destilada.
- 2 Solución salina fisiológica. NaCl 9 por mil 154 mEq de Na y Cl por litro.
- 3 Solución de Ringer.

NaCl 146 mEq, —	8.50	gs. por litro
KCl 4 "	0.30	" "
CaCl ₂ 5,4 "	0.30	" "

- 4 Lactato M/6 - Lactato de sodio 18.7 gs. por litro 167 mEq de lactato y 167 de sodio.

5 Solución de Cloruro de amonio Baxter Nh4 Cl al 21,4 por mil.

Esta última se usa muy ocasionalmente, en caso de alcalemias graves. Además son muy usadas, o útiles en ocasiones las siguientes:

1 Obes Polleri - NaCl 6 gs. por mil KCl 1.2 gs. por mil.

2 Darrow NaCl 4 gs. por mil.

Kcl 2,7 " "

Lactato 5.9 " "

3 Lactato de Ringer. - NaCl 6 gs. por mil

(Hartmann) KCl 0.30 " "

CaC12 0.20 " "

Lactato 3.1 " "

4 Solución de Bicarbonato de sodio.

NaHCO3 37.5 gs. por mil.

5 Solución o mezcla 1 - 2 - 3.

1 parte de lactato M/6.

2 " de sal. salina fis. ó Ringer.

3 " de Dextrosa al 5% en agua.

IV CONFERENCIA

(9 de agosto de 1958)

DES NUTRICION

Ponentes: Dr. Alfonso Vargas Rubiano, Profesor Agregado.

Dr. Horacio Parra, Instituto Nacional de Nutrición, y

Dr. Fernando Mejía Caicedo, Director Instituto
Nacional de Nutrición.

NOMENCLATURA Y FISIOPATOLOGIA

Por *desnutrición* se entiende el estado caracterizado por la existencia de un balance metabólico negativo de cualesquiera de los nutrientes con o sin perturbaciones del estado general, y cuya causa es el insuficiente aporte exógeno o endógeno de las substancias nutritivas.

Esta definición, así como las innumerables que se han propuesto para definir el síndrome de la desnutrición, habla a las claras de que no se trata de una enfermedad definida, sino de un estado fisiopatológico que afecta al proceso de la nutrición, en sentido deficitario. Recordando que la nutrición humana tiene tres etapas fundamentales:

- a) Alimentación;
- b) Digestión; y
- c) Metabolismo,

es claro que el o los factores etiológicos pueden obrar en cualquiera de estas tres etapas. Por otra parte, pensando solamente en la alimentación (aporte exógeno) recordamos que uno o varios de los nutrientes esenciales, puede ser el que falte en mayor o menor grado. Los nutrientes son los siguientes:

- a) Agua;
- b) Prótidos;
- c) Lípidos;
- d) Carbohidratos;
- e) Minerales (Ca, P, Fe, I, etc.)
- f) Vitaminas (A, B-1, B-2, N, C y D), (principalmente).

De manera que son múltiples las combinaciones que se pueden hacer entre tan variados factores etiológicos y tan complejos y extensos procesos de la fisiología; y ésta es la explicación de la inmensa cantidad de nombres con que se ha designado el síndrome de desnutrición.

En el Siglo XVI Soriano, habló de "Atrofia".

En 1875, el patólogo Vienés Weidenhoffer, habló de "gastritis", "gastroenteritis", "emterocolitis", "enteritis coleriforme" y quizás lo que se llama hoy "neurotoxicosis" fue llamado por este autor, que seguía el criterio anatopatológico predominante en su época, "forma hidrocefaloide aguda".

Son muy conocidas las clasificaciones clásicas de Marfan (basada en la sintomatología digestiva) de Czerny y Reller (basadas en la etiopatogenia y por sobre todo en la repercusión del proceso sobre el trofismo).

El Profesor Torres Umaña, en Colombia, propuso hace mucho tiempo la clasificación fisiopatológica en "Distrofias digestivas" y "Distrofias metabólicas" destacando así que las causas del síndrome pueden estar en el tubo digestivo o en las etapas de absorción, asimilación o desasimilación.

Marriot, en 1920, recalca que las "lesiones bioquímicas" son siempre las mismas y que aunque la etiología y la sintomatología pueden ser múltiples, la patogenia es siempre la misma: "*desviación en sentido negativo del balance metabólico*".

Pero es, indudablemente, en nuestros países "subdesarrollados" donde más se ha descrito el síndrome de la desnutrición:

En 1934, en El Salvador, se llama "caquexia hídrica";

En Cuba, 1935, Castellanos habla del "Síndrome pelagroide beribérico";

En 1937, en Costa Rica, se llama "edema avitaminósico";

Youmans, de la Universidad de Vanderbilt, habla de "edema nutricional";

En 1938, en Guatemala, describen los "edemas por carencia alimenticia múltiple";

En Colombia, el Profesor Torres Umaña y el Dr. Arnulfo Valencia, en 1941 describen el "edema distrófico por oligoalbuminemia";

Scorggie, en Chile, habla de "distrofia carencial";

En 1942, Torroella, en México lo llama "Síndrome hipoproteinémico avitaminósico";

En Argentina, Garrahan, en 1944, le denomina "Síndrome policarencial".

Finalmente, los organismos internacionales de salud pública y nutrición han acordado llamar el síndrome de desnutrición, SINDROME PLURICARENCIAL INFANTIL (S. P. I.).

ETAPAS FISIOPATOLOGICAS:

Larguia, en Argentina, ha sistematizado las siguientes 3 etapas:

a) - *Etapa de desnutrición cualitativa:*

Período subclínico. Hay disminución en la concentración tisular de los nutrientes; hay ahorro en la excreción de la substancia que está en déficit. El estado general puede ser satisfactorio y no hay pérdida de peso. Es pues una etapa "histoquímica".

b) - *Etapa de adelgazamiento: (distrofia)*

Ya en este período, el organismo apela a las reservas de grasas y posteriormente de hidrocarbonados. La fusión de las gra-

sas sigue un orden determinado (abdomen-tórax-hombros-miembros y cara) razón por la cual se ha hablado, según la perdida regional de grasa de períodos de *Distrofia - hipotrofia - atrofia* ó *distrepsia - hipotresia*.

c) - *Etapa de desnutrición proteica*:

Una vez agotadas las reservas grasas e hidrocarbonadas el organismo acude a sus reservas de proteínas, sobreviniendo consecuencialmente los edemas hipoproteinémicos y una enorme disminución del poder inmunitario (hipo o agammaglobulinemia).

BASES TERAPEUTICAS:

Aceptado, con Mayer y Nassau que la disminución fisiológica del niño desnutrido se puede situar en los tres aspectos de:

- a) *Asimilación perturbada*;
- b) *Labilidad intestinal*; y
- c) *Disminución inmunitad*.

Hay que aceptar que el tratamiento consiste esencialmente en capacitar al niño desnutrido para *ingerir, absorber y utilizar* los alimentos. Respecto a la baja del poder inmunitario, es bueno recordar con Pfaundler que "*Los niños se enferman por la alimentación y se mueren por la infección*".

La realimentación, aunque prudente, no debe ser excesivamente cautelosa, pues como dice Finkelstein "*es un contrasentido pensar que es posible fortalecer al organismo enfermo con una dieta que llevaría paulatinamente al niño sano a la consunción*".

LA EXPERIENCIA DE MEDELLIN:

Que la dieta correcta es el único método curativo en la desnutrición quedó ampliamente demostrado en la experiencia del Hospital San Vicente de Medellín, donde los profesores Mejía Cálad, Calle Restrepo y Vásquez, lograron la mejor recuperación de un grupo de desnutridos con una dieta hiperproteica e hipercalórica sin ninguna droga, que al grupo que le suministraron

la dieta ordinaria del servicio adicionada con ácidos aminados, vitaminas, hierro oral o endovenoso y plasma o sangre.

La dieta ordinaria, fué la siguiente:

Leche, 900 gramos; Naranja 120 gms.; Plátano 100 gms., Papa 250 gms., Yuca 100 gms.; Arepa 50 gms.; Huevo 37 gms.; Carne semi-gorda 110 gms.; Pan 100 gms.; Arroz 125 gms.; Café 150 gms. y Azúcar 60 gms.

El balance bioquímico de esta alimentación es: Prótidos 84,5; Grasas 57.2; Carbohidratos 421; Calcio 1.216 gms; Fósforo 1.642 gms.; Hierro 14.2 gms. Vitamina A: 2.502 u; Tiamina 1.09 mgms. Riboflavina 2.03 gms.; Niacina 14.9 mgms.; Vitamina C 171 miligramos y calorías 2.519. — 16 niños fueron sometidos a esta buena dieta, con la adición de los tratamientos antes mencionados: *tiempo de recuperación: 63 días.*

La adición de: Banano 150 gms.; 2 huevos; 2 onzas de carne; 50 gms. de pan, a la dieta anterior, mejoró en la siguiente forma su valor nutritivo:

Proteínas 115.5 gms.; Grasas 80.5 gms.; Carbohidratos 499 gramos; Calcio 1.328 gms.; Fósforo 2.107 gms. Hierro 21 gms.; Vitamina A: 4.070 U.; Tiamina 1.47 gms.; Riboflavina 2.67 gramos; Niacina 17.4 mgms.; Vitamina C, 257 mgms. y Calorías 3.154.

22 niños sometidos a esta última dieta, sin ninguna droga se recuperaron en 46 días.

ANALISIS DE LOS ALIMENTOS COLOMBIANOS:

El Instituto Nacional de Nutrición, después de más de 50.000 análisis de los principales alimentos consumidos en Colombia, los ha agrupado en ocho capítulos, según el contenido nutricional básico de cada grupo:

Primer Grupo: *Leches y derivados*

Comprende las distintas formas de leches y queso. Las características básicas del grupo son: *Proteínas de alto valor biológico. Calcio, Riboflavina, Vitaminas A y D.*

Segundo Grupo: *Frutas*

Comprende tres subgrupos: El primero se destaca por ser primordialmente fuente de *Vitamina C*. El segundo, por su contenido en *Carotenoides* y el tercero, por su contenido en *Carbohidratos*.

Tercer Grupo: *Hortalizas y verduras*

Comprende dos subgrupos: El primero se destaca por su contenido en *Carotenoides* y el segundo por su contenido en *Carbohidratos*

Cuarto Grupo: *Carnes, pescados, huevos y leguminosas.*

Su carácter nutricional básico es el alto contenido en *Proteínas* y *Niacina*. Se anota que entre las leguminosas, la soya tiene 34% de proteínas de óptima calidad biológica.

Quinto Grupo: *Cereales y productos derivados.*

Su carácter nutricional básico es el de ser fuentes de: *Calorías, Hierro, Tiamina, Niacina*, y secundariamente *Proteínas*.

Sexto Grupo: *Tubérculos, plátanos y azúcares*

Este grupo presenta como característica nutricional básica su alto contenido en *Carbohidratos* y *Ácido Ascórbico*.

Séptimo Grupo: *Aceites y grasas.*

El alto poder calórico es la propiedad esencial de este grupo que se subdivide de acuerdo en su contenido en *Vitaminas A y D*.

Octavo Grupo: *Bebidas, condimentos y alimentos varios.*

Sin importancia en contenido de nutrientes.

Una buena alimentación debe contener un representante de cada uno de los siete primeros grupos.

NECESIDADES NUTRITIVAS DEL PRE-ESCOLAR NORMAL

Edad años	Peso Kls.	Calorías	Prot. gms.	Calcio grms.	Hierro mgms.	Vit. A U. I.
--------------	--------------	----------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------

1	9	900	30	1.	5-10	1.000
2	12	1.000	35	1.	10	1.000
3	14	1.100	40	1.	10	1.000
4	16	1.200	45	1.	10	1.000
5	18	1.300	50	1.	10	1.000

Edad	Vit. D.	Tiam.	Ribofl.	Niacina	Vit. C. mgms.	Agua
------	---------	-------	---------	---------	------------------	------

1	500	1.	1.5	10	100	1.000
2	500	1.	1.5	10	100	1.000
3	500	1.1	1.6	11	100	1.100
4	500	1.2	1.7	12	100	1.200
5	500	1.3	1.8	13	100	1.300

**Estudio de las Bases para un Acuerdo Fronterizo entre
Colombia y Venezuela**

Cúcuta (Colombia) Julio 12 de 1958

DELEGACION VENEZOLANA

Dr. Espíritu Santo Mendoza, Ministro de Sanidad y Asistencia Social.

Dr. Alfredo Arreaza Guzmán, Director de Salubridad.

Dr. Arturo Luis Berti, Jefe de la División de Malariología.

Dr. Arnoldo Gabaldón, Asesor de la División de Malariología.

Dr. Salvador José Carrillo, Director de Administración.

Dr. Ricardo Archila, Médico Adjunto a la Dirección de Salubridad.

Dr. Rumenio Isaac Díaz, Médico Jefe de la División de Fiebre Amarilla y Peste.

DELEGACION COLOMBIANA

Profesor Juan Pablo Llinás, Ministro de Salud Pública.

Dr. Fernando Serpa Flórez, Secretario General del Ministerio.

Profesor Luis Patiño Camargo, Director Nacional de Salubridad.

Dr. José Antonio Concha y Vanegas, Director del SEM.

Dr. Luis Miranda, Jefe de la Sección de Información y Educación Sanitaria del SEM.

Dr. Víctor Calderón Molano, Jefe de la Sección de Epidemiología.

Dr. Augusto Gast Galvis, Director del Instituto Carlos Finlay.

Dr. José Antonio Varón Rico, Jefe de la División de Tuberculosis.

Dr. Jorge Latorre, Director de Salud Pública de Arauca.

FUNCIONARIOS INTERNACIONALES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

- Dr. Ulpiano Blanco*, Coordinador de Programas de la OMS-OSP.
- Dr. Miguel Nieto Caicedo*, Asesor Principal Malariólogo de la OMS-OSP.
- Dr. Solón de Camargo*, Consultor en Erradicación de Aedes Aegypti de la OMS.
- Dr. Alcides Mora*, Consultor del Programa de Erradicación de Viruela de la OMS-OSP.

DECLARACION CONJUNTA DE LOS MINISTROS DE SALUD PUBLICA DE COLOMBIA Y DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL DE VENEZUELA

En la ciudad de Cúcuta, reunidos a las cuatro p. m. del día doce de julio de mil novecientos cincuenta y ocho, los Ministros de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela y de Salud Pública de Colombia, acompañados de las Delegaciones de ambos países y con la presencia de funcionarios internacionales de la Oficina Sanitaria Panamericana, discutieron las bases de un Acuerdo para el control sanitario de la malaria, viruela, fiebre amarilla, enfermedades venéreas, pian y tuberculosis en las regiones fronterizas de ambos países.

En ambiente de la más franca comprensión y espíritu de fraternidad, las delegaciones de los dos países acordaron presentar a la consideración de los respectivos Gobiernos, por conducto de sus Cancillerías, el proyecto de Convenio elaborado, para su ulterior tramitación.

BASES PARA UN ACUERDO SANITARIO FRONTERIZO ENTRE COLOMBIA Y VENEZUELA

Los Ministros de Salud Pública de Colombia y de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, reconociendo que no deben tener fronteras, tanto la obligación de los Gobiernos para velar por la salud del pueblo, como el derecho que poseen los ciudadanos de exigir protección sanitaria, han acordado las siguientes disposiciones para la ejecución de las actividades de salud pública que se llevarán a cabo en las fronteras de los dos países hermanos:

1º — Los países signatarios se comprometen a adoptar las medidas preventivas y de control permanente, de acuerdo con sus posibilidades, tendientes a resolver los problemas de las zonas fronterizas terrestres, en relación con malaria, viruela, fiebre amarilla, enfermedades venéreas y tuberculosis.

2º — Los países signatarios podrán concertar arreglos de ayuda técnica recíproca, así como intercambio de personal y elementos, para controlar situaciones sanitarias de ambos países, directamente o con intervención de la Oficina Sanitaria Panamericana.

3º — Los países signatarios se comprometen a tomar las medidas necesarias para el estricto cumplimiento de la comunicación inmediata de los casos de fiebre amarilla y viruela, ocurridos en sus territorios, indicando, en cada oportunidad, el sitio de origen de los casos.

4º — Los países signatarios se comprometen al intercambio amplio y periódico:

- a) De funcionarios sanitarios vinculados al cumplimiento de las disposiciones de este Acuerdo, por lo menos una vez al año, para que se informen sobre la marcha y los progresos logrados en las campañas preventivas contra las enfermedades enumeradas en el artículo primero y también ideas sobre asuntos de interés común; y
- b) De informaciones completas sobre la situación epidemiológica y medidas adoptadas.

5º — Los países signatarios se comprometen a no adoptar medidas de profilaxis internacionales que signifiquen el cierre total de las fronteras de un país y limitarán las medidas, cuando fueren indispensables, a la zona afectada. Dichas medidas solo podrán ser dispuestas por las autoridades sanitarias nacionales y de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional.

6º — Los países signatarios notificarán inmediatamente a la Oficina Sanitaria Panamericana todas las medidas que tomen en relación con este Acuerdo.

7º — Para llevar a cabo las labores mencionadas en este Acuerdo, el personal de los servicios sanitarios fronterizos deberá ser provisto, por cada Gobierno, de los documentos permanentes que faciliten su tránsito internacional, así como el de sus equipos y medios de transporte, y que les autoricen a desarrollar sus actividades, en sus respectivas áreas de acción, según los planes de trabajo que les sean elaborados al efecto.

8º — Cada Gobierno deberá informar, a las autoridades nacionales, regionales y locales de las zonas fronterizas, la necesidad de prestar, a los funcionarios sanitarios, las facilidades citadas en el artículo anterior. Con este fin, el Ministerio de Salud Pública de Colombia y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela harán las gestiones necesarias para que dichas autoridades tengan conocimiento de esta medida e instruyan adecuadamente a sus subalternos y, además, harán entre ellas la mayor difusión de este Acuerdo.

9º — Los servicios sanitarios fronterizos de cada país mantendrán en sus respectivas áreas de trabajo, una labor educativa especial que propicie una buena acogida al personal del servicio del país vecino.

10º — Para los efectos de lo establecido en estas disposiciones generales, los países signatarios acuerdan crear, con el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, una comisión mixta permanente.

11º — El Gobierno de Colombia ofrece al de Venezuela bolsas viajeras o bocas para que funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela observen y estudien las instalaciones colombianas del Servicio Nacional de la erradicación de la malaria, las del Instituto Finlay, las de la campaña contra el pian y cualquiera otro servicio que interese al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela.

DISPOSICIONES PARTICULARES

MALARIA

12º — Los países signatarios acuerdan incrementar en las áreas maláricas de los Departamentos, Intendencias, Comisarías,

Estados y Territorios fronterizos, la lucha antimalárica por medio de insecticidas de acción remanente y demás medidas complementarias que se consideren pertinentes hasta alcanzar la erradicación de la malaria en dichas áreas.

13º — Para facilitar el objetivo perseguido en el artículo anterior, los servicios antimaláricos estarán en continua comunicación entre sí y de un país a otro, suministrándose toda la información epidemiológica y operativa necesaria para dicho fin. Con ese objeto, tales servicios celebrarán reuniones periódicas, alternativamente, en uno y otro país.

14º — Tanto para la determinación y verificación del objetivo perseguido, es decir, la erradicación de la malaria, como para la información citada en el artículo anterior, se emplearán las definiciones adoptadas por la Oficina Sanitaria Panamericana.

15º — En la frontera Colombo-Venezolana de los Llanos y del Orinoco y en otros sitios en donde la población habita, principalmente, las márgenes de los ríos fronterizos, con mayores facilidades de acceso desde uno de los dos países, los servicios antimaláricos se distribuirán, de mutuo acuerdo y según dichas facilidades, la ejecución de las medidas pertinentes.

16º — En cuanto sea posible, se informarán a las zonas fronterizas adyacentes, las medidas antimaláricas ejecutadas por los correspondientes servicios de erradicación de cada país.

17º — El Gobierno de Venezuela continúa ofreciendo al Gobierno de Colombia becas a miembros del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, con el fin de seguir cursos en la Escuela de la División de Malariología y adiestramiento de campo en las zonas de dicha División.

VIRUELA

18º — Los países signatarios acuerdan:

a) Mantener, en forma intensiva y sostenida, en sus respectivos territorios, la vacunación y revacunación antivariólica, con base en la obligatoriedad de la vacuna.

b) Alcanzar y mantener un alto índice de inmunidad en toda la población, especialmente en las zonas fronterizas.

c) Exigir, para los viajes internacionales, el certificado de vacunación internacional y reconocer la validez de los certificados, con reacciones positivas, por un período máximo de tres años, en condiciones epidemiológicas normales; y

d) En caso de emergencia, debidamente comprobada, podrán aceptarse certificados de vacunación de inoculación reciente, sin resultados establecidos, debiendo la autoridad sanitaria del lugar de ingreso realizar la lectura y anotar el resultado correspondiente.

19º — En la frontera Colombo-Venezolana de los Llanos y del Orinoco y en otros sitios en donde la población habita, principalmente las márgenes de los ríos fronterizos, con mayores facilidades de acceso desde uno de los dos países, los servicios regionales de lucha contra la viruela se distribuirán, de mutuo acuerdo y según dichas facilidades, la ejecución de las medidas pertinentes en esas áreas. Las actividades realizadas por un país, en estas circunstancias, deberán ser comunicadas al otro, en cada oportunidad.

FIEBRE AMARILLA

20º — Los países signatarios se comprometen a realizar una campaña intensiva y permanente que asegure la erradicación del Aedes Aegypti en todo su territorio, dando prioridad, en cuanto sea posible, a las zonas fronterizas y a los puertos y aeropuertos de tránsito internacional.

21º — Los países signatarios se obligan a practicar, sistemáticamente, la vacunación antiamarílica, en todas las personas residentes o en tránsito por las áreas locales infectadas.

22º — El Gobierno de Colombia, por medio del Instituto Carlos Finlay, continuará suministrando ayuda técnica y vacuna, de acuerdo con el Convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana.

23º — Mientras no se logre la erradicación del Aedes Aegypti, las autoridades sanitarias de los países signatarios podrán

exigir el certificado de vacunación antiamarílica a cualquier persona procedente de un área local infectada.

24º — En la frontera Colombo-venezolana de los Llanos y el Orinoco y en otros sitios, en donde la población habita, principalmente, las márgenes de los ríos fronterizos, con mayores facilidades de acceso desde uno de los dos países, los servicios regionales de lucha contra la fiebre amarilla se distribuirán, de mutuo acuerdo y según dichas facilidades, la ejecución de las medidas pertinentes en esas áreas. Las actividades realizadas por un país, en estas circunstancias, deberán ser comunicadas al otro, en cada oportunidad.

ENFERMEDADES VENEREAS

25º — Los países signatarios acuerdan organizar y mantener, en determinadas ciudades fronterizas, previo mutuo entendimiento, servicios especializados para enfermedades venéreas, que actúen en forma permanente. Estos servicios coordinarán sus medidas con las autoridades sanitarias de las localidades fronterizas, sobre la base de la uniformidad del tratamiento, la denuncia de los enfermos desertores al tratamiento, o renuentes al mismo y las denuncias de los contactos.

26º — Los países signatarios se comprometen a tomar las medidas necesarias para evitar, en lo posible, la transmisión de las enfermedades venéreas, de un territorio a otro, a través de la prostitución organizada.

III - DISPOSICIONES ESPECIALES

27º — Todas las aeronaves, en vuelos internacionales entre los dos países, deberán ser desinsectizadas, en la totalidad de sus dependencias, al iniciar el vuelo desde el último puerto aéreo de aterrizaje, antes de entrar al país limítrofe. Sin perjuicio de lo prescrito anteriormente, las autoridades sanitarias, en el punto terminal del viaje, podrán desinsectizar las aeronaves una vez bajados los pasajeros.

28º — Cuando las autoridades sanitarias de ambos países lo consideren conveniente, se adoptarán, previo mutuo acuerdo, me-

didas de desinsectización en los trenes internacionales, de pasajeros y de carga, y en otros vehículos terrestres que puedan transportar el Aedes Aegypti y otros vectores.

29º — Los funcionarios dependientes de las autoridades sanitarias de cada país, que tengan la responsabilidad de los servicios en las fronteras, estarán provistos de credenciales especiales, que les permitan entrar en contacto directo con sus colegas del país vecino, en cualquier punto de la frontera.

30º — Los países signatarios, para dar mejor cumplimiento a este Acuerdo, celebrarán reuniones anuales, cuya sede será fijada al final de cada reunión.

31º — Los Gobiernos de ambos países podrán, previo mutuo entendimiento, extender las condiciones de este Acuerdo a otras enfermedades no contempladas en él, cuando razones epidemiológicas, o de otra índole, lo hagan aconsejable.

JUAN PABLO LLINAS

Ministro de Salud Pública de Colombia

ESPIRITU SANTO MENDOZA
Ministro de Sanidad y Asistencia
Social de Venezuela

FERNANDO SERPA FLOREZ
Secretario General del Ministerio de
Salud Pública de Colombia.

INFORMACION

Actividades Científicas del Hospital de San Juan de Dios

- 1 — CARDIOLOGIA: Reunión para estudiar por los especialistas en esta rama, todos los casos que por su interés merecen gran meditación. Tienen lugar en el 8º Piso Occidente, en el Salón de Conferencias de Cardiología, todos los miércoles.
- 2 — MEDICINA INTERNA: a) Conferencias de MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGIA, llevadas a cabo en el 7º Piso Oriente en el Salón de Conferencias de Clínica Semiológica. Tienen el carácter de mesa redonda, donde el Ponente es un destacado Internista. Los martes de 11 a. m. a 12 m.
b) Discusiones del DEPARTAMENTO DE CLINICA MEDICA, que comprenden el estudio especializado de los pacientes que merecen el más esmerado estudio. Se verifican en el 9º Piso, todos los jueves de 8 a. m. a 10 a. m.
- 3 — NEUROLOGIA: a) CORTES DE CEREBRO. Los lunes de 11 a.m. a 12 m. en el Departamento de Anatomía Patológica (2º Piso) todos los lunes.
b) Reuniones CLINICO-PATOLOGICAS, en que son analizados detenidamente todos los pacientes que se encuentran en el Servicio de Neurocirugía. Se desarrollan en el Tercer Piso Occidente, todos los viernes de 10 a. m. a 12 m.

ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

Bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Rehabilitación, filial de la International Federation of Physical Medicine,

HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA DE BARCELONA

Director: Dr. L. García Tornel

MEDICOS REHABILITADORES

En el próximo mes de octubre se iniciarán los estudios de especialización en Medicina Física y Rehabilitación de las enfermedades del aparato locomotor, bajo la dirección de los Dres. F. BARNOSELL y J. M^a. PÓAL co-Jefes del Servicio Central de Rehabilitación, con la colaboración de los Jefes de Servicio del Hospital y destacadas personalidades nacionales y extranjeras.

Los estudios de especialización durarán dos años y se desarrollarán en dos cursos, el primero de los cuales comenzará el 1º de octubre de 1958 y concluirá el 15 de junio de 1959. El segundo curso dará comienzo el 1º de octubre de 1959 y terminará el 15 de junio de 1960.

Para inscribirse en estos estudios de especialización será preciso estar en posesión del título de doctor o licenciado en Medicina.

En el primer curso se estudiarán las siguientes materias:

Emбриología, Anatomía, Histología, Fisiología y Fisiopatología del aparato locomotor.

Técnicas exploratorias en las afecciones del aparato locomotor: Electrodiagnóstico, electromiografía, pletismografía, determinación de temperaturas cutáneas, radiología vascular periférica, radiología funcional, telerradiología métrica, test muscular, biopsia y anatomía patológica de las estructuras del aparato locomotor, punción articular, fotografía clínica, metabolimetría funcional.

Electroencefalografía.

Física aplicada. Electroterapia (onda corta, ultrasonidos, infrasonidos, radar, estimulación eléctrica neuromuscular, iontoporesis, infrarrojos, ultravioleta, etc.). Nursing. Cinesiterapia pasiva y activa (analítica y de coordinación). Mecanoterapia. Hidroterapia. Masaje.

Psicología clínica. Psiquiatría. Ética de la especialidad.

Las materias a tratar en el segundo curso versarán sobre:

Clínica, Terapéutica y Rehabilitación en las afecciones neurológicas, reumáticas, vasculares periféricas, traumatológicas, ortopédicas y quirúrgicas del aparato locomotor.

Terapéutica ocupacional. Guía vocacional y orientación profesional. Rehabilitación laboral. Ortopedia mecánica. Prótesis.

Organización y Administración de un Centro de Rehabilitación. Humanidades en relación con la Rehabilitación. Legislación vigente (S. O. E., incapacidades laborales, etc.).

Durante los dos cursos, semanalmente se darán cinco horas de clases teóricas, doce horas de clases prácticas y una hora de cinematografía en relación con la especialidad.

Las clases prácticas se darán por turnos rotatorios en los distintos servicios técnicos de diagnóstico y tratamiento.

A todos los alumnos se les asignarán temas de investigación durante los dos cursos.

La matrícula será limitada.

A los alumnos que demuestren su suficiencia en las pruebas establecidas en ambos cursos, se les extenderá un título de especialista por la Sociedad Española de Rehabilitación.

Derechos de inscripción: 3.000 pesetas.

AUXILIARES FISIOTERAPEUTAS

En la misma fecha que el curso anterior dará comienzo un curso de preparación de auxiliares fisioterapeutas.

Los alumnos tendrán que poseer el título de Ayudante Técnico Sanitario u otro similar reconocido, y los estudios durarán dos años, en los que tendrán lugar dos cursos de igual duración que los anteriores.

El primer curso tratará sobre:

Anatomía y Fisiología del aparato locomotor. Clínica del aparato locomotor. Tests elementales.

Hidroterapia. Cinesiterapia. Masaje. Nursing.

El segundo curso tratará de:

Clínica del aparato locomotor. Física y Química elemental. Rudimentos de terapéutica farmacológica y electroterapia. Psicología elemental. Ética profesional. Educación industrial.

Semanalmente se darán cinco horas de clases teóricas y 24 horas de clases prácticas, siendo la matrícula limitada.

A los alumnos que demuestren su suficiencia en las pruebas establecidas en ambos cursos, se les extenderá un título de auxiliar fisioterapeuta por la Sociedad Española de Rehabilitación.

Derechos de inscripción: 1.000 pesetas.