

*Galeno - Avicena - Hipócrates
Los tres grandes maestros de la
Medicina en la Edad Media.*



La Academia Nacional de Medicina reanudó labores bajo muy buenos auspicios. La Academia va a celebrar dos clases de sesiones. Las ordinarias, tal como han venido teniendo lugar tradicionalmente. Y extraordinarias, cada dos meses, en colaboración con el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud del Distrito Especial, las facultades de medicina, las sociedades científicas, la Federación Médica Colombiana y los hospitales universitarios. Cada año auspiciará, además, jornadas médicas sobre un tema trabajado con la debida anticipación, conjuntamente con las instituciones señaladas, y con otras que se ocupen del asunto de manera especializada. Para este año se ha propuesto la "Etiopatogenia de la delincuencia en Colombia".

La primera sesión extraordinaria tuvo lugar a fines de enero. Se verificó en unión de las Sociedades de Nefrología y Urología, cuyos dignatarios presidieron el acto al tiempo con los de nuestra Academia. Escuchamos un excelente trabajo del doctor Antonio Puigvert, médico español, catalán por más señas, de la Facultad de Medicina de Barcelona. Nuestro invitado disertó sobre "Las papilitis ulceronefróticas", enfermedad del riñón que es menester diferenciar de otras papilitis. Verbigracia, de la tuberculosa, diabética, inespecífica litogénica, y atrogénica, de la necrosis medular aguda y de la esclerosis medular. El doctor Puigvert recibió el título

de miembro correspondiente de nuestra Academia y fue presentado por el doctor Pablo Gómez Martínez en forma sobria, muy conforme con la severidad de la sesión. (Enero 31 de 1978).

En su primera reunión científica del año, la academia escuchó dos exposiciones como para tan importante ocasión. El doctor Juan Mendoza Vega hizo "Algunas consideraciones sobre el problema de la muerte cerebral". Y a fe que al doctor Mendoza le resultaron muy buenas las consideraciones en torno del llamativo tema. La introducción se refiere a la angustia que la muerte ha provocado en el hombre desde la más remota antigüedad. Sigue luego el estudio fisiológico del fenómeno, vinculado tradicionalmente a la suspensión de los ritmos respiratorio y cardiaco. A este propósito, el autor plantea el moderno problema de la pérdida de validez de dichos síntomas, en razón del perfeccionamiento de aparatos y técnicas de respiración asistida o controlada y de aparatos y drogas capaces de modificar el funcionamiento del corazón, la tensión arterial y otros signos vitales. Existen moribundos hoy, a los cuales se les "mantiene vivos mediante tubos insertados en el estómago venas, vejiga, recto, mientras tan lamentable escena queda envuelta en el capullo de una tienda de oxígeno que marca aún más su separación de la familia, de los amigos y hasta de sí

mismos”, según cita tomada de Rynearson. ¿Cómo determinar la muerte en estos casos? Y no solamente en estos, sino en muchos otros. Porque no siempre está bien definido el límite hasta donde el médico debe avanzar en el cuidado de la vida puesta bajo su protección.

El doctor Mendoza adopta el criterio muy en boga de la muerte cerebral, como elemento de juicio indiscutible para certificar la muerte de la persona y, por ende, la suspensión de cualquier atención profesional. “La cesación completa e irreversible—escribe el colega—de las funciones cerebrales superiores marca el final de la vida y debe aceptarse así, aún en presencia de automatismos que en otros órganos puedan dar una apariencia de supervivencia”. Para aceptar una tal cesación o no, el doctor Mendoza propone atenerse a los criterios propuestos por la Confederación de Reales Colegios Médicos del Reino Unido en octubre de 1976, descritos a continuación:

A) Condiciones para considerar el diagnóstico de la muerte cerebral.

1) Paciente en coma profundo. 2) Paciente mantenido con ventilador, porque la respiración espontánea se tornó inadecuada o cesó del todo. 3) No hay duda alguna acerca de que la situación del paciente se debe a daño estructural irreversible del cerebro.

B) Pruebas para confirmar la muerte cerebral. Ausencia de todos los reflejos del tronco cerebral. 1) Pupilas de diámetro invariable, que no reaccionan ni a la luz ni a la acomodación. 2) No hay reflejo corneano. Se toca la córnea y los párpados permanecen inmóviles. 3) Ausencia de reflejo óculo-vestibular. La inyección de 20 cc. de agua helada en el oído no provoca movimientos de los ojos. 4) Ninguna respuesta motora en el territorio de los nervios craneanos. Reflejos faciales desaparecidos, verbigracia. 5) Ausencia de reflejo faríngeo. Una plumilla introducida a la garganta no da lugar a reacción alguna. 6) Ningún movimiento respiratorio cuando se desconecta el ventilador, por el tiempo suficiente para que la presión arterial del dióxido de carbono (50 mm/Hg) alcance niveles capaces de estimular el centro respiratorio.

C) Consideraciones adicionales. 1) Repetición de las pruebas. Tiene por objeto controlar errores posibles. 2) Los reflejos espinales, el rotuliano por ejemplo, pueden persistir o reaparecer después de la destrucción irreversible de las funciones del tronco cerebral. 3) Temperatura corporal. Se recomienda mantenerla por encima de 35 grados antes y durante las pruebas. 4) Inves-

tigaciones confirmatorias. Si se utiliza el electroencefalograma, se seguirán estrictamente las normas acordadas por la Federación Internacional de Sociedades de Electroencefalografía. La ausencia de respuesta eléctrica del cerebro, por sí sola, ha de juzgarse con cautela.

Perdone el lector tanto tecnicismo, pero a todos nos conviene saber cuando está uno muerto. La cosa no es tan sencilla como se creía. En efecto la XXII Asamblea Médica Mundial, reunida en Sydney, declaró:

“Esta determinación (la de muerte) se basará en el juicio clínico, complementado, si es necesario, por un cierto número de elementos de diagnóstico, entre los cuales el electroencefalograma es el más útil. Sin embargo, ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio general del médico”.

La cuestión de la muerte plantea hoy más problemas que antaño, como son los referentes a la extracción de órganos y tejidos del presunto cadáver para trasplantar e injertos, y la suspensión de medios artificiales para conservar un simulacro de vida, contrariando a los acongojados familiares. Colombia necesita legislación al respecto y el doctor Mendoza Vega la propone. La Academia decidió nombrar una comisión que estudie esa propuesta. (Marzo 16 de 1978).

El doctor Hernando Forero Caballero expuso en la Academia su comunicación sobre “Obstrucción intestinal prenatal”. Resulta agradable e instructivo leer un trabajo tan bien hecho y tan bien presentado, con documentos e ilustraciones de primera mano. El doctor Forero estudió 118 casos observados en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, entre 1960 y 1975, y expone en la introducción de su monografía las generalidades que se conocen al respecto. La tríada sintomática del mal es característica: vómitos, distensión abdominal y retención del meconio, desde el primer día del nacimiento. La entidad debe ser diagnosticada de inmediato para intervenir quirúrgicamente, si fuere necesario y posible, y evitar consecuencias fatales. Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de atresias (oclusiones) intestinales y hernias umbilicales (onfalocelos) es de 0.47 por mil nacimientos, conforme a datos de 1966, tomados en 24 centros materno infantiles de 16 países diferentes. Rickman encontró en su servicio de Cirugía Neonatal en Liverpool 1.25 por mil, incluyendo el ileo meconial (obstrucción por meconio).

La oclusión intestinal neonatal puede estar relacionada con alteraciones que se inician durante la vida intrauterina. Tanto en el período embrionario como en el fetal, el tracto intestinal sufre perturbaciones en el desarrollo, las cuales ocasionan la enfermedad. Entre tales perturbaciones, el doctor Forero menciona las siguientes: agenesia anorectal, malrotación intestinal, bridas duodenales, yeyunales e ileales, defectos mesentéricos, aganglionesis, vólvulos, hernias diafragmática, persistencia del canal onfalomesentérico. El doctor Forero estudia los antecedentes maternos, la sintomatología de la oclusión, la presencia de anoxia neonatal (21%) el peso del recién nacido (57% por debajo del normal), el sexo (61% masculino y 39% femenino), los signos radiológicos, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas. La sobrevivencia fué de un 49%. Como la mayoría de las madres eran solteras o abandonadas, el doctor Forero le concede a este hecho influencia etiológica capital. Al respecto escribe:

“Los antecedentes de las madres de estos niños con obstrucción intestinal prenatal son de enorme importancia, ya que ellas llevan consigo un tremendo trauma psicológico desde el momento mismo en que se sienten embarazadas, hasta cuando ven a la luz del día su primero o quinto hijo, sumido en el abandono paterno, sin recursos afectivos, nutricionales, económicos y, por si fuera poco, todo su embarazo se desenvuelve en un ambiente hostil, saturado de angustias y decepciones, carente de estímulos psico-sociales adecuados”. “Ciertamente la demostración de esta hipótesis sobrepasa los límites del presente estudio. Sin embargo, considero que el stress en la embarazada es capaz de ocasionar desequilibrios y cambios enzimáticos humorales y circulatorios y, además, descargas hormonales que posiblemente implican anoxias tisulares y trastornos de los medios aferentes que repercuten sobre la conformación fetal”. (Marzo 16 de 1978).

El doctor Rafael Samper presentó a la Academia interesante estudio sobre “medicina prepagada de grupo”, alternativa en materia de asistencia médica para los servicios correspondientes del Instituto de Seguros Sociales. El doctor Samper le hace serios reparos a la actual medicina asistencial. “Su costo-anota-es alto y continúa aumentando con rapidez inusitada”. El autor no se detiene en este aparte de su trabajo. Quien desee ilustrarse acerca de él, repase el informe de ANIF al reciente Foro Nacional Hospitalario. En ese documento se asegura que las

erogaciones en los hospitales, por concepto de salarios, son excesivamente elevadas en relación con las de otras empresas. Se agrega que los egresos en los hospitales universitarios superan a los de aquellos que no lo son, a causa de la docencia, y que los de las instituciones respectivas del ISS están muy por encima de todos, en virtud de que tienen personal de sobra y mejores remuneraciones.

Se queja asimismo, el doctor Samper de que a la medicina asistencial le faltan “patrones o requisitos de calidad para los servicios médicos en general”, así como recursos humanos de nivel adecuado, debido a insuficiencias de control en el primer caso, y a fallas de preparación en el segundo. Agrega que ese tipo de medicina mantiene retraso técnico y tecnológico. Las nuevas tecnologías quedan fuera del alcance de la mayoría de la población, como ocurre con los modernos medios para el diagnóstico precoz del cáncer. Las entidades de asistencia no logran utilizar métodos recientes de “recolección de datos, análisis de sistemas, procesamiento y flujo de información, planeación de salud, estructuración de presupuestos, administración y auditoría médicas”. Lo que Samper llama “brecha de expectativa” y “ausencia de alternativas” se explican fácilmente. La brecha se refiere a la “frustración por no saber qué hacer cuando se está enfermo, a dónde ir, cómo buscar un médico”. En cuanto a las alternativas, escribe el autor: “Los sistemas médicos oficiales en boga no se ven obligados a mejorar de calidad, ni el trato con los pacientes, porque saben que estos no tienen otra alternativa”.

El modelo de “medicina prepagada de grupo” fue creado durante la Segunda Guerra Mundial para la famosa organización Kaiser, que fabricó barcos en serie cuando los alemanes los hundían también en serie. Se trata de instituciones de utilidad común, sin ánimo de lucro, fundadas y dirigidas por médicos asociados exprofeso, y programadas hasta en el último detalle. El principio que las orienta es elemental pero de máximo rendimiento: ganar con la salud y no con la enfermedad de los afiliados. Consultorios, policlínicas, laboratorios pertenecen a la fundación. El gobierno de los Estados Unidos ha venido auxiliando la creación de este tipo de corporaciones. Es bien sabido que allá también sube regular y escandalosamente el costo de los servicios médicos. De manera tal, que para fines del siglo estos coparán algo más del 50 por ciento del producto de la renta bruta nacional. Baste una sola cifra para mostrar la efectividad del “sistema prepagado”. Sus costos médicos

son 70 a 80 por ciento inferiores a los de cualquier otro, según estudios verificados en California. (Marzo 30 de 1978).

A la educación nacional se le plantearon numerosos problemas con la llegada del Partido Liberal al poder en 1930. La libertad de enseñanza y su inspección por el estado chocaban con el régimen concordatario. La educación en todos los niveles debía impartirse de acuerdo con la religión católica, elevada por la Constitución a la categoría de religión de estado. Ninguna idea heterodoxa podía tener cabida en programas, textos, lecciones, conferencias. Maestros y profesores debían confesar la fé católica. Solo la pericia y la discreción de Luis López de Mesa y Darío Echandía y la comprensión del arzobispo Perdomo lograron salvar escollos. Agrada recordar, asimismo, la acción apaciguadora de un Tomás Rueda Vargas, de un Gustavo Santos, de un Manuel José Huertas, de un Julio Carrizosa Valenzuela, cristianos viejos, así como la de sacerdotes de la estirpe de Monseñor José Vicente Castro Silva, Monseñor José Alejandro Bermúdez, Monseñor Emilio de Brigard, siempre dispuestos a mediar entre las autoridades y la jerarquía eclesiástica.

Por los mismos años y en razón de la misma pugna nacieron algunos centros de enseñanza superior. La Universidad Javeriana de Bogotá y la Bolivariana de Medellín datan de esos tiempos. Dadas las circunstancias nada más natural que tan importantes instituciones se vieran rodeadas de un cierto ambiente de política. Ello explica que los títulos de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana demoraran un buen lapso para ser aceptados oficialmente. La ley reconocía apenas los expedidos por las Universidades Nacional, de Antioquia y Cartagena y los de colombianos que cursaran la carrera en el exterior. Esta la causa de que varias promociones de médicos javerianos hubieron de terminar estudios y graduarse en España. A mí me tocó, como representante al Congreso, participar en la discusión de uno de los proyectos de ley con los cuales se quiso remediar la aberrante situación. Formaba yo parte de la Comisión Quinta de la Cámara y un buen día fue a buscarme el admirado Padre Félix Restrepo, rector a la sazón de la Javeriana, para pedirme que intercediera ante Gilberto Vieira, mi compañero en la Comisión y en el Partido Socialista Revolucionario, a quien le correspondiera rendir informe acerca del aludido proyecto. Me bastó mostrarle a Vieira las injusticias a que se prestaba la legislación vigente, para que el hoy secretario del Partido Comunista hiciera una ponencia favorable a los

hijos de Loyola. Vieira y yo logramos que la iniciativa fuera aprobada en la Comisión. Ignoro qué suerte corrió ella en las sesiones plenarias de la Cámara, porque yo dejé el Parlamento.

Hace pocos días recordaba con suma complacencia mi gestión de otrora en pro de los médicos javerianos. Fue durante la sesión de la Academia Nacional de Medicina, en la cual se trató de los "Programas extramurales de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana". Expusieron el tema los doctores Alberto Escallón, decano de la Facultad, Jaime Baquero, jefe del departamento de medicina preventiva y Francisco Pardo Vargas, jefe del departamento de ginecología y obstetricia. Es indudable que la institución se ha colocado entre las mejores de Colombia y que sus profesores y estudiantes adelantan espléndida tarea social que merece aplausos sin reservas y el reconocimiento de quienes propugnamos por una patria más igualitaria y justa. "La educación médica en el área rural! - Una experiencia en Colombia" y "El hospital rural como centro docente", ensayos escritos por el doctor Jaime Baquero Angel, nos ilustran minuciosamente sobre este aspecto de la tarea docente y asistencial de la Javeriana. De trascendencia en cuanto a la formación de los futuros galenos, porque es así como se puede educar médicos para la Colombia de carne y hueso. La Facultad de Medicina de la Javeriana labora en los hospitales de Anolaima, La Mesa, Viotá, Mesitas del Colegio, Tocaima, Garagoa, Guateque, Moniquirá, Turmequé, Vélez y en puestos de salud de una treintena de pueblos. Sería muy conveniente que el doctor Pardo Vargas publicara una monografía referente al trabajo de la Universidad en la zona de Bogotá puesta bajo su cuidado. Los barrios obreros que dicha zona comprende, reciben servicio oportuno y eficaz. La reunión de la Academia resultó altamente instructiva y alentadora para quienes escuchamos a los expositores javerianos. (Abril 6 de 1978).

En su última sesión la Academia de Medicina escuchó un excelente trabajo. En Colombia se investiga y se acierta. Y se descubren hechos nuevos. Así lo demuestra la monografía "Efectos adversos de los extractos de la planta *Senecio formosus* (árnica) en el hígado humano y en el animal de experimentación", hecha por los doctores Milton Argüello, Gabriel Toro, Julio E. Ospina y Flor C. Muñoz. La planta fue estudiada de manera exhaustiva, particularmente en relación con el principio activo que la hace venenosa. La planta se encuentra entre 2.800 y 4.000 metros en la Cordillera Oriental. Tiene

posibilidades ornamentales, pues luce unas hermosas flores rojo-violáceas. La sustancia tóxica se llama **retrorsina** y se concentra de preferencia en las hojas. En Colombia es conocida el árnica desde tiempo inmemorial, se le atribuyen propiedades medicinales diversas, su uso está muy expandido y figura como especie útil en tratados botánicos, como los de Triana, Pérez Arbeláez y otros. Se le ha recomendado hasta para la sífilis.

La **retrorsina** produce la veno-oclusión del hígado. En los cortes histológicos puede observarse la obstrucción del sistema venoso de los lobulillos hepáticos, el cual, como es requetesabido, pertenece a la ramificación de la gran vena porta. Sobrevienen, consecuentemente, insuficiencia del importantísimo órgano e hipertensión portal. Estas se manifiestan por ictericia, ascitis, dilatación abdominal, muy frecuente por cierto, y los pacientes terminan en coma hepático. Los autores del trabajo han seguido hasta el momento 19 casos en el Hospital San Juan de Dios. De estos perecieron 16 y sobreviven tres. Entre los fallecidos se cuenta un niño de 2 años. A todos los muertos les hicieron la autopsia de rigor y fue así como lograron descubrir la enfermedad. La experimentación en animales sirvió para confirmar el hallazgo y distinguir minuciosamente las lesiones anatomo-patológicas. En efecto, nuestros investigadores estudiaron 97 ratones, comprendidos 50 para control. A los 47 restantes les suministraron polvo de hojas de árnica mezclado a los alimentos. Los animales murieron a las ocho semanas y a todos se les practicó la consiguiente necropsia.

He aquí los maléficos efectos de una planta incorporada a nuestra medicina popular. Con el agravante de que se receta en especial a los niños. Iba olvidando anotar que el árnica figuraba en los viejos formularios magistrales. Tengo a la vista el de Odilon Martin, edición de 1927, que trae el siguiente párrafo sobre la especie europea: "Arnica. Farmacología. Es el **Dornicum montanum**. Se emplean sobre todo las flores. La tintura o alcoholatura tiene propiedades astringentes, antiinflamatorias y ligeramente anti-sépticas. La acción antiinflamatoria es la más utilizada en aplicaciones locales para las contusiones. Tomada, el árnica es estimulante del sistema nervioso y usada en casos de colapso. Parece ser también emenagoga". ¡Cómo cambian las cosas! ¿Cuántos compatriotas morirán, sin saberlo, a causa del árnica? La Academia alertó al respecto al Ministerio de Salud.

Para terminar, una mención a otros trabajos muy buenos del doctor Gabriel Toro, quien

publicó a fines del año pasado el libro "Infecciones del sistema nervioso", en colaboración con los doctores Ignacio Vergara, Jaime Saravia Gómez y Charles M. Poser. Decididamente el doctor Toro es uno de nuestros investigadores más connotados del momento. (Abril 20 de 1978).

El presente llamamiento de atención no se dirige a los pacientes sino a los médicos. El dolor de cabeza es dolencia demasiado común como para inquietar con ella a los lectores. Lo cual no obsta para que sea síntoma premonitorio de enfermedades graves, en particular cuando molesta en forma pertinaz y duradera. Acostumbrado a su banalidad, el médico se habitúa a pasarlo por alto y de ahí el peligro de caer en errores fatales. Tal nos lo muestra el trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina por los doctores Juan Mendoza Vega, Jorge Arana Carvalho y Fernando Guzmán Mora, sobre tumores "silenciosos" del sistema nervioso central. Los autores han puesto lo de silencioso entre comillas, para indicar poco ruido, poca alarma, en contraposición a lo que sucede frecuentemente en las lesiones expansivas intracraneanas.

El doctor Mendoza Vega y compañeros examinaron las historias clínicas de enfermos con los tumores dichos, internados en el Hospital de San José y en la Clínica de la Caja Nacional de Previsión, durante un lapso de 28 meses. El número de esas historias ascendió a 88, las cuales se clasificaron según la ausencia o parquedad de los síntomas y signos neurológicos, descritos en la anamnesis y encontrados en el examen, y de acuerdo con el hallazgo de tumores comprobados mediante examen histopatológico. Los investigadores dieron con 28 casos de tumores "silenciosos", que si en verdad constituyen solo 1.83% de las hospitalizaciones revisadas, llegan sin embargo al 31.8%, del total de diagnósticos positivos, cifra bastante significativa.

Los resultados del estudio se resumen como sigue. No existen diferencias en cuanto a sexo y edad. Entre los motivos de consulta se destaca el dolor de cabeza, generalmente asociado a otros signos. En 7 pacientes la cefalea no fue tan notoria como para incitar a la búsqueda del médico, y ella se produjo únicamente al presentarse otros trastornos. Un paciente que ingresó en estado comatoso, venía sufriendo cefaleas desde meses atrás, conforme el testimonio de los familiares. Por lo general, este síntoma estuvo presente en el 50% de los enfermos, durante más de diez días consecutivos y por más de dos meses. Sus agravamientos aparecen como la

causa principal de la consulta. Las perturbaciones oculares siguen en orden de importancia. Primeras de todas, el edema bilateral de la pupila y la disminución de la agudeza visual, que suele descuidarse hasta el extremo de remitir el confiado paciente al oftalmólogo, sin detenerse a evaluarlo neurológicamente. También se observaron pérdida de la visión, desigualdad pupilar, disfunción oculomotora y hemianopsia. Otros síntomas encontrados: paresia facial, déficit de la motricidad, signo de Babinsky, lentitud del curso del pensamiento y conciencia obtusa. Y, ¿quién lo creyera?, brilló por su ausencia el cuadro clásico de la hipertensión endocraneana, a pesar de que los tumores tenían tamaño apreciable.

Por lo que respecta a pruebas complementarias las conclusiones son desalentadoras. Las radiografías simples fueron normales en la mitad de los casos. Y, cuando visualizaron algo, este algo se limitó a desmineralización de la silla turca e hiperostosis en un enfermo. Los resultados de la electroencefalografía pueden calificarse asimismo como muy pobres. Para los autores el examen de elección es la angiografía, radiografía de las arterias cerebrales, inyectando el medio de contraste por una de las carótidas. Se obtuvieron 23 pruebas positivas concordantes, 2 sospechosas y 2 normales. Mendoza y colaboradores mencionan también el método moderno de la tomografía computadorizada. Desgraciadamente, fuera del alcance de la pobreza por su alto costo. En cuanto a tumores encontraron 13 glioblastomas, 8 meningiomas, 3 astrocitomas, 1 sarcoma meníngeo, 1 meduloblastoma y 1 melanoma. O sea, una gran mayoría de neoformaciones benignas. Hubo finalmente 10 muertos y 17 mejorías.

El trabajo suscitó en la Academia muy buenas intervenciones. El doctor Jorge García Gómez destacó la necesidad de practicar en los enfermos sospechosos pruebas sencillas, tales como la del diapason para determinar audición comparativa, las de estabilidad de la posición y la del chorrito de agua fría o caliente, en el oído, que produce o no movimientos laterales de los ojos o nistagnus. Todo ello, con el objeto de descubrir tumores originados en el ángulo pontocerebeloso o directamente en el nervio auditivo. El doctor José Mora Rubio, comentarista oficial del trabajo, hizo brillante exposición, destacando la importancia de anteponer la clínica a los sistemas sofisticados de diagnóstico, que a un país pobre, como el nuestro, no le es posible brindar a las mayorías nacionales. Sobre la cuestión concreta de los tumores cerebrales

demonstró la urgencia de confeccionar historias clínicas minuciosas y practicar exámenes médicos exhaustivos, habida cuenta que entre los síntomas precoces se hallan perturbaciones psíquicas, de la conciencia en general y, concretamente, de la atención, memoria, asociaciones y trastornos de la conducta. El doctor Mora insistió en el dolor de cabeza, el cual ha de atraer nuestra perspicacia profesional, por más insignificantes que nos parezca. El expositor se detuvo en consideraciones generales, especialmente en los descubrimientos de Salomón Hakin sobre presión del líquido cefaloraquídeo, de los cuales hizo merecido elogio.

Lo anterior impone una conclusión ineludible: Colombia requiere fomentar la formación de médicos generales, de manera masiva y con una preparación sólida, en la que se imponga el criterio clínico por encima de todo. (Mayo 11 de 1978).

Hace algún tiempo leí en las páginas femeninas de "El Tiempo" agradable artículo sobre los gatos, reproducido de una revista francesa cuyo nombre he olvidado. En él se describen acertadamente el sortilegio, las reconditeces, los sentimientos oscuros, que surgen en el alma humana al contacto con ese felino doméstico, tan cantado por los poetas de todos los tiempos. Tengo a la vista el hermoso poema de Baudelaire, en la traducción española de Eduardo Marquina. "Gatito bueno de mirar misterioso", "deja que, a gusto y despacio, acaricie tu cuerpo", ruega el poeta, haciéndose eco de los milares de hombres, mujeres y niños, para quienes el animal posee múltiples encantos. Hermoso gato, encantador gato, suele decirse la gente. Peligroso gato, exclamamos los médicos. Nuestro lenguaje arriesga sonar duro y prosaico, pero nuestro deber es prevenir. El 50% de los niños, atendidos en el "Hospital Lorencita Villegas de Santos", mordidos o arañados por animales sospechosos de rabia, lo son por gatos. Y ahí no paran las historias. El gato es uno de los principales transmisores de la toxoplasmosis, muy expandida en el mundo y frecuente entre nosotros. Los doctores Alberto Cárdenas Escovar y Julio Araújo Cuéllar presentaron buen trabajo sobre ella, en reciente sesión de la Academia Nacional de Medicina. A continuación me propongo resumir sucintamente dicho trabajo.

El *Toxoplasma gondii* es un protozooario, esporozoo intracelular, con dos posibles ciclos evolutivos. Uno, asexual, que transcurre en cualquiera de los siguientes huéspedes: hombre, ani-

males domésticos y salvajes, aves y roedores. Otro, sexuado, que solo se verifica en el intestino del gato y algunos felinos más. El hombre contrae el parásito al comer carnes infestadas de ganado vacuno, cerdo, cordero, pollo o al ingerir heces de gato, llevadas a los alimentos generalmente por las moscas. El gato se infesta a su turno si devora ratas. El toxoplasma adulto o trofosóito parásito de preferencia las células del sistema retículo endotelial, glóbulos blancos de la sangre: linfocitos, grandes mononucleares, macrófagos, y —mayor peligro— las células del sistema nervioso central. El toxoplasma se enquistista, crea una membrana impenetrable, para defenderse de los anticuerpos del huésped.

La toxoplasmosis puede ser congénita o adquirida. La primera, neonatal, se transmite de la madre al feto, a través de la placenta, cuando aquella adquiere la enfermedad en el curso del embarazo. Según que la infestación sea temprana o tardía, habrá aborto o nacimiento de un niño tarado. Este tiene en ocasiones, apariencia sana y presenta en el curso de meses o años las manifestaciones del mal: coriorretinitis, calcificaciones intracerebrales, convulsiones, retraso psicológico, hipotonía muscular, hidrocefalia o microcefalia. Cuando es adquirida, la toxoplasmosis pasa en silencio la gran mayoría de las veces. El cuadro clínico leve se muestra inespecífico, “gripal”. Malestar general, astenia, fiebre discreta y nada más. Se le llama toxoplasmosis infección. La toxoplasmosis-enfermedad asume tres formas: 1) Linfática leve, parecida a la mononucleosis infecciosa, con adenopatía (ganglios, en el lenguaje corriente) cervical y axilar; dolores musculares, fiebre moderada e irregular en ocasiones, anemia ligera, linfocitosis, trastornos hepáticos. 2) Diseminada aguda con fiebre alta, erupción cutánea; son posibles las meningo-encefalitis, hepatitis, neumonitis y miocarditis. 3) Crónica, caracterizada por la coriorretinitis.

El diagnóstico de la toxoplasmosis requiere exámenes de laboratorio, entre los cuales sobresalen las pruebas inmunológicas: fijación del complemento, inmunofluorescencia indirecta y hemoaglutinación. La reacción más conocida es la de Sabin Feldman. El pronóstico de la forma congénita es pésimo, por las lesiones nerviosas del neonato. El tratamiento de la enfermedad adquirida se lleva a cabo con sulfamidas triples bastante tóxicas por cierto. Las medidas profilácticas se desprenden de lo anterior. Comer carnes cocidas a más de 66 grados centígrados; quien maneja carnes crudas debe lavarse continuamente las manos; echar las deyecciones de

los gatos al sanitario; erradicar las moscas y preservar los alimentos de su funesto contacto. Las mujeres embarazadas guardarán al extremo las precauciones aconsejadas. Así pues, mucho cuidado con los gatos, pese a cuanto dicen de ellos los poetas.

El doctor Cárdenas ilustró su trabajo con la historia clínica de una paciente, la cual presentó síntomas de la enfermedad a raíz de un parto. Del hijo se ocupó el doctor Araújo Cuéllar, algunos meses después del nacimiento. El niño nació con trastornos nerviosos evidentes. El desarrollo psicomotriz sufrió retrasos notorios. Son de admirar los esfuerzos y constancia de médicos, fisioterapeutas y educadores para sacarlo adelante durante cinco años interminables. ¡Qué padres tan admirables! No ahorraron sacrificios para lograr que el hijo se recuperara de los daños de la toxoplasmosis. Su conducta muestra cómo el cuidado paterno realiza milagros con los párvulos defectuosos. Desgraciadamente, un accidente banal, frecuente en estos enfermitos, puso término a la vida del chicuelo, muerto de una neumonía por aspiración de cuerpo extraño.

La Academia escuchó luego intervenciones interesantísimas. Supimos que probablemente fue Colombia el primer país de Hispanoamérica donde se encontró la toxoplasmosis. El caso se presentó a la Academia de Medicina por los doctores Gonzalo Esguerra Gómez, Jorge Camacho Gamba y Roca García. De acuerdo con una comunicación científica noruega, la toxoplasmosis tiene alta incidencia en las mujeres consideradas abortadoras crónicas; y el toxoplasma se ha hallado en los espermatozoides humanos. En la “Clínica David Restrepo” se lleva a cabo importante investigación acerca del diagnóstico precoz de la enfermedad. (Junio 1o. de 1978).

La Academia Nacional de Medicina realizó una sesión extraordinaria con la Asociación Colombiana de Reumatología, durante la cual nombró al doctor Joseph Lee Hollander, miembro correspondiente a título extranjero. El recipiendario disertó sobre el tema “Inmunopatogenia de la artritis reumatoidea”. El doctor Hollander es jefe del Departamento de Reumatología de la Universidad de Pensilvania. Su teoría inmunopatológica de la enfermedad es audaz y original. La emitió en 1964 y poco a poco diversos investigadores han venido dándole la razón. Exponerla sería meterme en honduras. La inmunología apenas se iniciaba cuando yo estudié medicina y confieso que me resulta difícil comprenderla a cabalidad a estas horas de la vida. (Junio 22 de 1978).

La Academia Nacional de Medicina escuchó recientemente al doctor Ricardo Rueda González, quien presentó el trabajo "Diagnóstico del embarazo. Estado actual. Perspectivas futuras". El doctor Rueda hace un resumen exhaustivo de cuanto conocemos sobre la materia. Empieza anotando que hace 50 años el embarazo se diagnosticaba por los síntomas clínicos de todos conocidos, lo cual se prestaba a errores frecuentes. En contraposición, hoy disponemos de métodos de diagnóstico que ofrecen alta confiabilidad.

Las pruebas biológicas se basan en las fluctuaciones de la gonadotropina coriónica humana (GCH), substancia producida por los tejidos trofoblásticos. Puede provenir, en consecuencia, de un embarazo, del ovario y, aun de un tumor testicular (seminoma). En la gestación normal la elaboración de GCH se inicia 48 horas, a partir de la implantación del óvulo fecundado en la matriz, alcanza máximo nivel entre los 50 y los 90 días, baja durante el resto del embarazo y desaparece 3 a 10 días después del parto. Actualmente se investiga la GCH inyectando sangre u orina de la presunta madre a sapos, en los cuales provoca espermatogénesis. En caso positivo, se encuentran espermatozoides en la orina del animal pocas horas después de la inyección. Es la famosa prueba de Galli-Mainini, esperanza de las casadas y terror de las solteras. Su confiabilidad depende de la especie de sapo empleada. Nuestros sapos calentanos son altamente confiables.

El moco cervical uterino, extendido en una lámina y tratado con nitrato de plata, una vez secada la preparación, se presenta al microscopio formando la figura característica de una arborización en helecho. Esta se hace muy evidente en el período ovulatorio. Desaparece en la segunda mitad del ciclo, durante la preñez y en la posmenopausia. La sensibilidad del método es bastante buena. La prueba de la privación hormonal consiste en la inyección o en la toma oral de preparaciones de estrógeno progesterona, capaces de producir sangrado uterino en casos de amenorrea funcional, y no en el embarazo. Se trata de un método inseguro. Hay indicios de que las tales hormonas tienen efectos teratogénicos, mejor, deformantes del niño. La GCH inyectada a animales provoca la formación de anticuerpos. Es el principio clásico de todas las pruebas de inhibición de la aglutinación y de la hemoaglutinación utilizadas en el laboratorio. El resultado depende en buena parte de la concentración de la orina. En los últimos años ha progresado la cuantificación

de la GCH, merced a la radioinmuno-valoración. Las técnicas respectivas han permitido detectar embarazos nueve días después de ocurrida la ovulación. Son muy sensibles pero muy costosas. Se está trabajando para obtener sistemas rápidos, fiables, sencillos y de bajo costo, aplicables en cualquier lugar, así se trate de zonas rurales y de países en vía de desarrollo. Entre estos sistemas se destaca el llamado "ensayo de radio-receptor" La GCH marcada con un isótopo radioactivo se hace reaccionar con receptores de GCH de membranas de ovarios de vacas preñadas. Da un 100% de seguridad y se acepta que puede detectar GCH seis días después de la ovulación. (Julio 6 de 1978).

El doctor Hernando Forero Caballero presentó a la Academia Nacional de Medicina el trabajo "Atresia Esofágica". Se trata de una malformación congénita del esófago, cuya incidencia fluctúa entre 2.500 y 3.000 nacimientos. Para conocer debidamente su frecuencia entre nosotros, el doctor Forero revisó las historias en dos entidades: el Instituto Materno Infantil y la Clínica Pediátrica del ISS. Reunió así 40 casos en el primero y 23 en la segunda. En el Materno Infantil halló una alta proporción de madres primigestantes y solteras entre 20 y 25 años de edad. Encontró asimismo, polihidramnios positivos en 30% y dudoso en 68% de los casos estudiados. Además, una cuarta parte acusaba síntomas de sufrimiento fetal, tales como anoxia neonatal y deficiente vitalidad al nacimiento. El índice de prematuros fue francamente superior en el grupo del Materno Infantil. Un alto porcentaje de niños con bajo peso tenían edad de gestación normal, lo cual denota desnutrición fetal. Como síntomas más frecuentes de la malformación, se observaron los siguientes: salivación permanente, asfisia y cianosis, imposibilidad para pasar una sonda nasogástrica. En algunos hubo manifestaciones de neumopatía aspirativa. En la casi totalidad, se comprobó el diagnóstico mediante esofagograma. Cuando las condiciones del paciente lo permitieron, se practicó el tratamiento quirúrgico de rigor. Desde gastrostomía, cuando hubo agenesia, hasta el reemplazo posterior del esófago.

"Los factores psico-sociales y nutricionales de las madres —escribe el doctor Forero— pueden desencadenar trastornos en la conformación del embrión y en el desarrollo fetal, tales como malformaciones orgánicas, desnutrición intrauterina y deficiencias inmunológicas. La atresia esofágica es un defecto de formación embriológica que repercute en el desarrollo fetal y en la

actividad funcional de algunos órganos, especialmente del sistema respiratorio". (Julio 6 de 1978).

La Academia Nacional de Medicina escuchó excelente trabajo del doctor Sigfrido Demmer sobre "Enfermedad por asbesto y su potencial de carcinogénesis". El autor principia con un repaso de la neumoconiosis, enfermedad pulmonar, generalmente profesional, producida por la inhalación de polvos, en particular de silicatos. La exposición a estos no se limita a las minas, canteras, fábricas, sino que se extiende a toda la zona de contaminación de las mismas. Las lesiones pulmonares dependen de la naturaleza física y química del agente patógeno, solubilidad, tamaño de las partículas, y de la susceptibilidad individual. El tiempo de absorción no tiene la importancia que se le concedía antes. Según que el polvo sea más o menos soluble, se produce edema o fibrosis pulmonar. Las partículas de 10 a 12 micras no penetran a los bronquiolos, ni a los alvéolos, y resultan generalmente inocuas. Con menos de 10 micras, la acción irritativa se acondiciona a la concentración. Si esta es baja, los gránulos son fagocitados por los glóbulos blancos y no hay peligro. Si es alta, aumentan los riesgos de enfermedad.

En cuanto al asbesto, un tiempo se creyó que únicamente causaba la neumoconiosis corriente, y que bastaba alejar al enfermo de la polución dañina. Pero, a fines de la década del 50, el profesor Irin Selikof, de la Universidad de Cornell, describió casos de carcinomas pulmonares en pacientes con neumoconiosis asbética, y pretendió demostrar que el 40% de quienes trabajan con ese material pueden desarrollar potencialmente una neoplasia maligna. Se ha relacionado el asbesto azul de Suráfrica, muy adhesivo, con el carcinoma broncopulmonar. No obstante que nada cierto se ha demostrado, su uso está prohibido. La antofilita y la fremolita de Finlandia requieren medidas precautelativas rigurosas. El crisolito, que es blanco, implica menos peligros. El asbesto irrita el parénquima pulmonar, porque sus fibrillas pasan a los bronquiolos y alvéolos y hasta la pleura. Esto último lo diferencia de otros agentes de neumoconiosis. Radiológicamente se anota al principio un fino retículo en las zonas pulmonares bajas y opacidades irregulares. Si el contacto con asbesto continúa, la reticulosis aumenta y aparecen notorias lesiones pleurales, con borramiento del borde cardíaco y del diafragma. Al final, el pulmón aparece como un panal de abejas. Por lo que respecta al potencial cancerígeno, parece que el asbesto no lo

tenga, sino que facilita la acción de otras sustancias que sí lo poseen, como las conocidas del tabaco.

Muy pronto se explotarán minas de asbesto en Colombia. Se trata de reservas de crisolito en Antioquia. Nuestra industria anda bastante bien en materia de precauciones contra la neumoconiosis asbética. En las fábricas de Bogotá, Barranquilla y Cali la concentración de asbesto en el aire se mantiene en menos de 2 fibras por centímetro cúbico. En muy pocos casos pasa de dicha cifra. El máximo tolerado es de 5 fibras. El doctor Demmer examinó 1.086 obreros de las mencionadas fábricas y sólo encontró 31 casos que deban considerarse de cuidado: 18 con problemas importantes y 13 sospechosos. Entre los primeros, hay 7 realmente enfermos, en una empresa que funciona hace 35 años. Ninguno de los afectados es menor de cuarenta años, ni tiene menos de 16 de estar trabajando en el establecimiento. Ojalá todas nuestras industrias logran equipararse en sus condiciones sanitarias a las que manejan asbesto. (Agosto 3 de 1978).

El doctor Jorge Segura Vargas presentó a la Academia Nacional de Medicina un muy buen trabajo sobre "Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar". La base clínica de la comunicación no puede ser más sólida. Se trata del estudio pormenorizado de 890 historias de patología biliar, del Hospital San Ignacio de esta ciudad, con 680 colecistectomías. El autor hace concienzudo repaso de las técnicas quirúrgicas empleadas y de los medios con los cuales contamos actualmente para la exploración del canal colédoco. Se detiene en la clasificación de los cálculos biliares, en su frecuencia y en la importancia de la primera para elegir la operación más apropiada. Pasa luego a estudiar la colangitis, descrita por Charcot desde 1877. En particular, la colangitis obstructiva, descubierta por Reynolds y Dargan en 1959, y la supurativa, detalladamente analizada por Longmire.

El doctor Segura anota cómo ha sido revaluado el aforismo de que "la ictericia no constituye una urgencia quirúrgica", pues es necesario tener en cuenta que "toda ictericia obstructiva puede llevar a una colangitis supurativa aguda obstructiva, cuya mortalidad se avecina al 100%". El autor examina la litiasis residual y señala que, entre 824 pacientes operados de 1967 a 1977, observó 43 casos con la dicha litiasis, e indica los criterios a seguir. Desde la reoperación del paciente hasta el empleo de las

pinzas de Mondet, de las de Mazzarello, o de la canastilla de Dormia, para extraer los cálculos.

Las experiencias más significativas del trabajo del doctor Segura pueden resumirse como sigue: Sobre 680 colescistectomías realizadas en el período 1965 a 1974, se hicieron 183 exploraciones del colédoco. De estas, 450, (24.5%) tenían cálculos primarios; en 125 (68.3%) se encontraron cálculos secundarios; en 2 había de ambas clases; en 3 se hallaron áscaris y en 8 la exploración fué negativa. En 775 historias clínicas de patología biliar se hallaron 128 casos de colecistitis aguda (16.5%). De las cuales, 122 presentaron litiasis y 6 eran acalculosas. En este último grupo, una colecistitis fue debida a isquemia y las otras se quedaron sin denificación clara.

Entre las calculosas hubo 19 perforaciones, 3 de las cuales se hicieron a cavidad limpia. De los 824 pacientes operados, en 43 hubo cálculos residuales, es decir 5.2%; 7 de ellos se trataron con exploración instrumental y 36 fueron sometidos a re-exploración quirúrgica. Las conclusiones principales del trabajo son las siguientes. Para la litiasis biliar solo hay un tratamiento: el quirúrgico. Este debe ser precoz para evitar complicaciones. La litiasis primaria del colédoco es más frecuente de lo que se pensaba. Es menester mucho cuidado con la ictericia obstructiva. La colecistitis aguda es más frecuente y grave en los pacientes mayores de 65 años. El método Mazzarello es recurso efectivo en la colelitiasis residual. En previsión de ésta, se recomienda dejar un tubo en T después de la exploración del colédoco.

Al oír al doctor Segura, queda en el ánimo la impresión indiscutible de que la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana y el Hospital San Ignacio han adquirido alto nivel científico y asistencial. (Agosto 17 de 1978).

La Academia Nacional de Medicina y la Sociedad de Otorrinolaringología celebraron sesión conjunta para actualizar conocimientos sobre el vértigo. Este consiste en una "alteración del sentido del equilibrio, caracterizada por sensación de inestabilidad y de movimiento aparente rotatorio del cuerpo y de los objetos". En el vértigo rotatorio, propiamente dicho, el enfermo se siente dando vueltas. Si es solo subjetivo siente que rotan su cuerpo y cabeza. En el objetivo, son las cosas las que parecen dotadas de movimiento. Hay causas triviales del vértigo: vacío o llenura estomacal, por hambre o después de una comilona, respectivamente; plenitud abdominal, por gases u otras causas; situación

en el espacio, como la posición horizontal o de pie, mirando, hacia arriba, o hacia abajo, objetos distantes; o el mantenimiento del cuerpo en movimiento de rotación o en vibración prolongadas, la angustia y la histeria. Las causas graves son tóxicas, como el tabaco, el alcohol y otras sustancias; fallas en el funcionamiento de los músculos oculares; las afecciones cardiovasculares, verbigracia, esclerosis del corazón y de los vasos; las lesiones cerebrales. Hay un vértigo que se llama de Menière, con acceso brusco de sordera y zumbido de oído, que desaparece después de un rato, producido por exceso de tensión en el líquido del laberinto. Es en el laberinto u oído interno donde se encuentran los canales semicirculares óseos y membranosos, llenos de líquido, la perilinfa y la endolinfa, que constituyen el órgano del sentido del equilibrio.

Imposible estudiar el vértigo sin conocer otro signo, que depende también del funcionamiento del laberinto. El nistagmo es el brusco movimiento espasmódico de los ojos, que se observa al principio y al fin de un período de rotación del cuerpo. Es de tipo reflejo y mantiene la vista fija cuando el cuerpo gira, aunque no es estimulado por impulsos visuales. Cuando principia la rotación, los ojos se mueven lentamente en la dirección opuesta y, al alcanzar el límite máximo, regresan rápidamente a un nuevo punto de fijación, para empezar otra vez el movimiento lento. Este es desencadenado por excitaciones en el oído interno; y el rápido, por un centro nervioso situado en el tallo cerebral. El fenómeno llega a ser más complejo. Por ello se le ha definido como "espasmo clónico de los músculos motores del globo ocular, que produce movimientos involuntarios de este, en sentido horizontal o vertical u oscilatorio o rotatorio o mixto". Es producido por alteraciones en el propio laberinto; por inyección de agua caliente o fría en el conducto auditivo externo; por fatiga, cuando se mantiene la mirada lateralmente de modo forzado; por lesiones nerviosas. La "electronistagmografía" registra el nistagmo, utilizando la diferencia de potencial eléctrico entre la córnea y la retina.

Pues bien, en la sesión de la Academia que comento, participaron el doctor René Alzate, quien disertó sobre "electronistagmografía" y su papel en el diagnóstico de diversas entidades patológicas, así como en cuestiones médico-legales. El doctor Luis Gómez Cadena se refirió al diagnóstico diferencial del vértigo, insistiendo en las pruebas de laboratorio (nistagmografía, audiometría); y estudió detenidamente sus orígenes: sistema nervioso central y periférico

(oído interno), o mixto, o psicogénico. El doctor Jaime Unda se refirió exclusivamente a los vértigos de origen central, enumerando los síndromes correspondientes a las áreas del cerebelo y del cerebro. El doctor Llinás Pimienta disertó sobre el tratamiento quirúrgico de los vértigos, a nivel de oído interno o del nervio vestibular. Conviene subrayar que el vértigo es síntoma banal en muchos casos, pero que en ocasiones es aviso de una afección cerebral severa, vascular, tumoral u otra. (Julio 27 de 1978).

Los doctores Jaime Gómez González, Mercedes de Andrade, Fernando Velandia y Edwin Ruiz presentaron a la Academia Nacional de Medicina un muy buen trabajo sobre "Inmunoterapia de tumores cerebrales", el cual comprende tres partes: I- Tumores cerebrales inducidos por virus de sarcoma aviar. II- Tratamiento de tumores cerebrales según el método del doctor Alfonso Bonilla Naar. III- Tratamiento de glioblastoma según el mismo método Bonilla Naar. Los autores hacen una síntesis histórica de la inducción de tumores por virus. Después de experiencias fallidas con virus del sarcoma de Rous y del sarcoma aviario, variedad Bratislava 77, en ratas suizas el segundo, tuvieron éxito con éste y ratas Wislar-Furth. La experiencia comprendió 99 ratas, la mayoría de las cuales fueron inoculadas con el virus en el lóbulo derecho del cerebro, a los cinco días de nacidas, y separadas en 4 grupos, así: el primero sirvió de control; en el segundo se practicó solamente punción percutánea del cerebro sin inoculación, y los otros dos se utilizaron para la experimentación del método de inmunoterapia Bonilla Naar.

Los ejemplares del primer grupo fueron sacrificados periódicamente para estudios histológicos. Los inoculados empezaron a morir espontáneamente después del 57o. día. Los sacrificados a los 40 y 57 días no mostraron neoplasmas. A los 57 días de inoculado, falleció uno sin síntomas previos. La autopsia comprobó un gliosarcoma. La primera evidencia de cáncer se observó a los 110 días en una rata que presentó un sarcoma exofítico, el cual invadió el hueso. Los síntomas se iniciaron a los 150 días y el ejemplar falleció 10 días después. El examen histopatológico acusó tumores en 69.6% de los casos, clasificados histológicamente así: gliomas atrocíticos, 66.6%; sarcomas, 16.6%; y gliosarcomas, 16.6%. En 31.3% no se encontró neoplasma.

La enfermedad se manifestó con rechazo a comer y beber, pérdida de peso, disminución de la actividad, agresividad y debilidad de los miem-

bros. En algunas ocasiones, actitud de encogimiento de las extremidades y encorvamiento del dorso. Hubo siempre aumento del tamaño de la cabeza y, a veces, estornudos frecuentes y hemorragias intraoculares. Los animales sobrevivieron entre 3 y 30 días, después de la aparición de la enfermedad. El tamaño de los tumores osciló entre 3 y 18 mm., el color es grisáceo y se hallan situados en el lugar de la inoculación. Las masas tumorales infiltraron el tejido cerebral. Los tumores estudiados fueron de origen glial y mesenquimatoso. Unos representan variedades de astrocitomas y los otros corresponden a sarcomas. Hubo casos mixtos o, mejor, gliosarcomas.

El doctor Gómez y compañeros ensayaron evaluar los efectos de la forma inespecífica de la inmunoterapia propuesta por el doctor Alfonso Bonilla Naar. Dicho método consiste en la inyección de un lisado de células cancerosas de diversos orígenes, no neurológicas, inactivadas con hipoclorito de sodio, denominado heterovacuna, y la administración de pirovacuna preparada con estafilococo, estreptococo y colibacilo, más tuberculina (PPD). El tratamiento se inició 30 días después del nacimiento de las ratas, inoculadas con virus aviario. La mezcla inyectada intratumoralmente consiste en 0.02 ml. de heterovacuna, 05 ml. de pirovacuna y 0.02 ml. de PPD. Veinticuatro horas más tarde se inyectó el mismo preparado por vía intravenosa. Este se repitió 4 veces con intervalos de una semana. Otro grupo fue tratado a partir del 64o. día en la misma forma, pero bajo anestesia con éter. Se utilizó un grupo de ratas para control, inoculadas también con el virus. Estas se dejaron evolucionar hasta la muerte.

La primera evidencia de crecimiento tumoral se presentó a los 117 días, en la forma de un sarcoma exofítico con invasión de la bóveda craneana y los músculos de la cabeza. Dos ejemplares mostraron síntomas de la enfermedad a partir de los 105, días y murieron 4 y 11 días después. En el grupo control, el primer tumor apareció a los 57 días, pero los primeros síntomas solo se manifestaron a los 150 días, y el ejemplar murió 10 días más tarde. Las características macroscópicas y microscópicas de las neoplasias de este grupo son las mismas mencionadas anteriormente. Los animales tratados a partir de los 30 días, presentaron al cabo de los 260 una supervivencia de 45%. Los animales muertos espontáneamente, con la excepción de uno, tuvieron tumores gliales de tipo atrocíticos, sarcomas y tumores mixtos. Los animales tratados a partir de los 64 días, lo fueron con

anestesia. Algunos murieron a causa del traumatismo. En cinco había hemorragias intracrancales sin rastro de tumor. En los otros 5 se encontraron tumores gliales, astrocíticos al microscopio. De los restantes, 15 han fallecido espontáneamente entre 87 y 214 días. En la mayoría había neoplasias gliales y tumores mixtos, y 10 ratas están vivas en el 214o. día.

En resumen, la terapia preventiva "retarda en cierto grado el crecimiento de los tumores. Pero no produce cambios en la evolución progresiva de las lesiones, cuando se inicia simultáneamente con la aparición del tumor". Esta conclusión se ajusta a lo observado por otras investigadoras, cuyos trabajos resumen Gómez y compañeros. En efecto, las experiencias de Long y colaboradores, Mahaley y colaboradores y Omayá, demuestran la prevención o el retardo del crecimiento tumoral mediante preparados de células cancerosas o con la vacuna antituberculosa Calmete-Guerin.

Finalmente los autores investigaron el método Bonilla Naar en pacientes de glioblastoma, el más maligno entre los tumores malignos del cerebro. Contra él no valen nada las resecciones más extensas, ni la irradiación con cobalto, ni la inmunoterapia. Solamente una cuarta parte de los pacientes llega a los 24 meses. Y son excepcionales los que se encuentran vivos después de los 5 años. Gómez y colaboradores trataron seis enfermos: 4 hombres y 2 mujeres, de 53 años de edad promedio, con tumores de los lóbulos frontales y temporales, a las cuales se les practicaron lobectomías extensas. En el postoperatorio inmediato se les practicó el tratamiento Bonilla Naar. Para ello, a partir del 5o. día se redujo la administración de dexametasona, iniciada antes de la operación, hasta suspenderla 3 días después. Se inyectó dentro del lecho tumoral la mezcla ya conocida, y 24 horas más tarde se repitió la inyección en 500 cc. de solución de dextrosa al 5%, por vía endovenosa.

El procedimiento se empleó 4 veces más con intervalos semanales. Todos los pacientes salieron del hospital y disfrutaron de buenas condiciones por algún tiempo; después se deterioraron rápidamente y fallecieron en sus casas, por lo cual no hubo necropsia. La causa indudable de la muerte fue la reproducción del tumor. Un grupo control, 10 pacientes con gliomas, tuvo un promedio de supervivencia de 29.4 semanas. A este grupo se le hizo resección extensa y se le aplicó vacuna antirrábica. Los autores concluyen sobre los enfermos tratados con el sistema Bonilla Naar: "Los resultados no justifican continuar el tratamiento en la forma descrita y deben in-

vestigarse nuevos métodos en forma científica". (Septiembre 7 de 1978).

El doctor Adolfo De Francisco Zea presentó a la Academia Nacional de Medicina un trabajo con el título "La medicina no ética en la época de Felipe V de España". Se trata de comentarios a una cédula real, cuya segunda copia perteneció al doctor Jorge De Francisco, quien la conservó como joya histórica inapreciable. En ella se lee, en el castellano sabroso de la época:

"Don Phelipe, por la gracia de Dios, Rey de Castilla, de León, de Aragón, de las dos Sicilias, de Jerusalén. . . Por quanto enterado de los muchos que se introduzen a Médicos, Zirujanos y Boticarios, sin tener las calidades prevenidas en las leies de estos mis reynos, y de que las justicias, y conzejos los admiten fazilmente en sus pueblos respectivos sin asegurarse antes de asegurarse de las cartas de examen y lizenzia nezesarias, como es de su obligazió. . . me he servido resolver en atención a el interés de la salud pública, a la estimazió correspondiente a cada lizenzia, y Arte, y a el castigo que merezen los transgresores de tan importantes leies, que sin excepció, a todas los que se encontraren exerciendo de Médico, Zirujano y Boticaario, sin la carta de examen y lizenzia de mi real Protomedicato, por la primera vez se les castigará imponiéndoles la pena de quinientos Ducados de valor y Destierro del lugar donde asistieren, y diez leguas de controno. . ."

Sigue la enumeración de otras penas en caso de reincidencia, así como el sinnúmero de minucias legales, de las protocolizaciones y notificaciones de rigor. El doctor Adolfo De Francisco hizo atinados comentarios en torno a la real providencia y a la época en la cual fue expedida. Se detuvo eruditamente en el cambio en España de la dinastía de los Habsburgos por la de los Borbones, con Felipe V, duque de Anjou y nieto de Luis XIV de Francia. Y se refirió a los aspectos sociales, económicos y religiosos de tan importante etapa histórica, dejando constancia de su agradecimiento a doña Victoria de Mazuera, quien llevó a cabo la transcripción, como experta paleógrafa que es en el español antiguo. (Septiembre 21 de 1978).

En reciente sesión de la Academia Nacional de Medicina, el doctor Mario Sánchez Medina hizo una exposición muy completa y bien ilustrada con diapositivas, sobre "Fisiopatogenia de la retinopatía diabética". Dicha exposición se resume muy sucintamente así: 1. La etiopatogenia de la retinopatía diabética se presenta hasta el

momento como una complicación multifactorial. 2. El único hallazgo peculiar de la retinopatía diabética es la reducción cuantitativa de la célula mural del capilar retiniano y la formación del microaneurisma. 3. Hay algunas evidencias que sugieren la posibilidad de que la hipoxia local facilita la alteración de la estructura capilar retiniana. 4. Hasta el momento, no pueden correlacionarse los estudios ultra estructural, histoquímico e inmunológico de la membrana basal del capilar de la retina. 5. Es lógico pensar que la permanente compensación de la diabetes por los medios terapéuticos disponibles, sea el único factor que pueda detener en algunos casos, el progreso de la retinopatía diabética. El doctor Germán Orjuela Ramírez disertó acerca de las distintas alteraciones de la retinopatía mencionada. (Octubre 5 de 1978).

El doctor Valentín Malagón Castro nos tiene acostumbrados en la Academia Nacional de Medicina a escucharle muy buenos trabajos sobre la realidad dolorosa de la Colombia enferma. En la última sesión expuso uno del mayor interés, "Tuberculosis espinal en el niño", en el cual colaboraron los doctores Alfonso Pacheco y Rafael Espinel. El laborioso académico analizó 63 casos, sobre un total de 81, tratados en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, entre 1955 y 1977. Diez y ocho de los pacientes fueron excluidos del análisis por insuficiencia de las historias clínicas. Durante ese mismo período ingresaron al servicio de ortopedia del hospital 7.880 niños, de manera que las admisiones por tuberculosis alcanzan al 1%, y el índice de ingreso por año equivale a 3.68. En cuanto a la localización de las lesiones, se distribuyen por segmentos así: columna, 54.7%; rodilla, 21.6%; cadera, 19.6%; tobillo, 1.3%; codo, hombro, pierna y antebrazo, 1%, respectivamente. En lo atinente al sexo, se trataron 31 niños y 32 niñas, procedentes de diversas regiones del país. Todos, de un nivel socioeconómico bajo. Dos años y medio y 6 y medio fueron las edades promedio del comienzo de la afección espinal y de la consulta en el Infantil. El tiempo promedio de evolución de la enfermedad, antes del ingreso al hospital, alcanzó a 3 años y 6 meses.

Resulta ilustrativo pasar revista a algunos de los datos aportados por el doctor Malagón. En el 24% de los casos se encontró historia familiar de contagio tuberculoso. Y en el 36%, antecedente de traumatismo importante en la columna vertebral. Como vértebras más afectadas, se señalan las torácicas 11 y 12 y la primera lumbar. A partir de estos focos, la localización dis-

minuye de frecuencia, en forma progresiva tanto distal como proximal, con exclusión de las regiones cervical y sacrada. El número de vértebras lesionadas, por paciente, arroja un promedio de 3.3, un mínimo de 2 y un máximo de 8. En el 54% de los niños, la lesión espinal estaba asociada a tuberculosis pulmonar activa; en el 7%, a meningitis; y en el 8%, a otras localizaciones osteo-articulares.

El cuadro clínico se manifestó, a la admisión hospitalaria, por deformidad espinal (84%), dolor en la espalda (65%), pérdida de peso y otros síntomas generales (67%), parálisis de los miembros inferiores (45% completa y 56% incompleta), absceso frío superficial (10%). El examen radiológico reveló modificación de la trama ósea de los cuerpos vertebrales (100%); disminución de los espacios intervertebrales (89%); deformidad de la columna, debida a aumento del ángulo de la cifosis y presencia de escoliosis (83% y 50%), y sombras densas en los tejidos perivertebrales (32%). La radiografía del tórax puso de manifiesto lesiones pulmonares en el 54% de los pacientes. El examen de sangre mostró anemia (77%), leucocitosis (41%) y aumento de la sedimentación globular (70%). La prueba de la tuberculina resultó positiva en el 85% de los enfermos, y la biopsia a cielo abierto, en el 75%. Los resultados del tratamiento, de acuerdo con el estado funcional y radiológico de la columna, se clasificaron como buenos, 84%; regulares, 9%; malos, 6%. En 1956 y 1958 hubo dos muertes. Niños hospitalizados en pésimo estado general y con invasión muy grave del pulmón. Desde hace 20 años no ha habido ningún desenlace fatal.

El tratamiento de la tuberculosis espinal, llamada antaño mal de Pot, es médico quirúrgico y ortopédico. Toda tuberculosis requiere el empleo de drogas. Y las hay específicas contra el bacilo de Koch. Se las clasifica en tres órdenes, según efectividad y peligro. 1o. Isoniazida, estambutol, rifampicina y estreptomocina. 2o. Acido paramidosalicílico, cicloserina, etionamida y pirazinamida. 3o. Viomicina, capreomicina, kanamicina y oxitetraciclina. El tratamiento de nuestro Ministerio de Salud comprende isoniazida, estambutol y estreptomocina. Es frecuente que la primera produzca intolerancia, la cual se manifiesta generalmente en forma de prurito insoportable. La estreptomocina provoca sordera. El tratamiento quirúrgico se practica en la actualidad por vía anterior, intratorácica o abdominal. Vía que permite llegar directamente al cuerpo vertebral. Así se logra la resección completa de la zona afectada y se facilita el

injerto óseo que corrige la giba vertebral. El tratamiento ortopédico, tracciones, jáquimas, corsés de yeso, sirve para inmovilizar la región enferma y evitarle esfuerzos o que sobreleve peso. Entre las complicaciones de la tuberculosis espinal, se cuentan la deformidad grave de la columna, cuyo tratamiento quirúrgico es bastante complicado, y la cifosis crónica con paraplejía por compresión de la médula. Esta necesita cirugía de urgencia.

La discusión del trabajo dio lugar a dos intervenciones destacadas. El doctor Gilberto Rueda insistió en que el mal de Pot ha desaparecido de los países civilizados. En ellos la tuberculosis es enfermedad en derrota. Al contrario de lo que sucede en Colombia, donde cada año aumenta en 15.000 el número de tísicos. Anotó que habla muy mal de nuestra cultura sanitaria y de nuestro sistema de salud, el hecho de que haya niños que se quejen de dolores vertebrales, durante meses y años, sin que se les lleve a consulta médica. Criticó el tratamiento impuesto por nuestras autoridades, escogido por económico, señalando que los mejores cuestan más pero son más rápidos y efectivos. En resumidas cuentas, que lo barato resulta siempre lo más caro. El doctor Jorge García Gómez agregó que al operar otomastoiditis supurativas, el especialista suele encontrarse aquí con la tuberculosis, como causa de no pocas de ellas. Añadió que tiene 23 casos en su estadística reciente.

La tuberculosis es enfermedad del hambre. Perdón el lector que me haya detenido en detalles de patología. Consideré oportuno mostrar el cuadro de miseria orgánica a que el mal de Pot puede reducir a un niño. ¿Cierto que debemos mostrarnos más piadosos con los miles de niños hambrientos que a duras penas sobreviven en nuestra patria? (Octubre 19 de 1978).

La Academia Nacional de Medicina celebró sesión solemne para recibir a los nuevos miembros honorarios de la corporación, doctores Jorge E. Cavelier, a título póstumo, Hernando Anzola Cubides, Gonzalo Esguerra. Augusto Gast Galvis Juan Pablo Llinás, Guillermo Muñoz Rivas, Luis Patiño Camargo, Gonzalo Reyes García y Santiago Triana Cortés. En nuestro instituto el miembro honorario conserva todos los derechos y prerrogativas del miembro de número. Se trata de una distinción con la cual culmina la carrera académica. Se confiere a quienes han prestado servicios eminentes a la profesión y a la República, como es el caso de los distinguidísimos colegas mencionados.

Durante la misma sesión solemne, la Academia

rindió homenaje a la memoria del inolvidable profesor Jorge Cavelier. Llevó la palabra el doctor Julio Araújo Cuéllar, quien una vez más, puso de relieve las virtudes públicas y privadas del notable profesional. Entre las últimas generaciones médicas muy pocos se le comparan en realización para la expansión social de la medicina. Del doctor Cavelier se puede afirmar que fue uno de los compatriotas más importantes de nuestra época.

Los doctores Alvaro Pinilla Rojas, Miguel Mora y Jairo Ramírez, con la tutoría de los doctores, José Félix Patiño y Eduardo García Vargas, presentaron a la Academia Nacional de Medicina un muy buen trabajo sobre heridas penetrantes del corazón. La casuística comprende 26 pacientes, de 28 años de edad en promedio, atendidos en el Hospital Universitario de la Samaritana, entre el 26 de enero y el 31 de octubre de 1978. El 80% de ellos, menores de 30 años; y 23, o sea el 92%, de sexo masculino. Casi la totalidad, veinticinco, presentaron heridas con arma cortopunzante; sólo uno, de bala. A excepción también de un caso las heridas estaban localizadas en el hemitórax derecho. Al ingreso, 12 pacientes registraron estado de "schok" y taponamiento del corazón; 9, signos de "schok" y hemotórax masivo; 5, heridas asociadas graves. La cavidad cardiaca más comprometida fue el ventrículo derecho (10 casos). Le siguieron el ventrículo izquierdo (7 casos) y las aurículas (4). Las demás heridas se repartieron entre el pericardio y la porción intrapericárdica de los grandes vasos.

Los expositores analizaron las medidas de resucitación, que incluyen intubación traqueal, restablecimiento del volumen de la sangre en forma masiva y toracotomía rápida para llegar al corazón y detener la hemorragia, si necesario en la propia sala de urgencias. En cuanto a anestesia, la mayoría de estos lesionados la requieren en dosis mínimas al principio de la intervención. Se practicó toracotomía anterolateral izquierda en 12 pacientes y bilateral en 10, con sección esternal transversa en los últimos. La toracotomía anterior es la mejor, pero el Hospital carece de sierra eléctrica para llevarla a cabo. El postoperatorio necesita precauciones extremas, a fin de mantener ventilación pulmonar adecuada y cuidar el balance electrolítico. El 77% de los heridos escapó a muerte casi segura, cifra comparable a la de cualquier centro hospitalario importante del mundo. Resultado tanto más meritorio cuanto que la Samaritana es pobre en recursos técnicos, igual que muchos de nuestros hospitales públicos. Bien por nuestros médicos

residentes, a quienes correspondió la tarea principal.

Sigue ahora el aspecto negativo de la experiencia. Según el doctor Patiño, durante el período señalado se trataron en el hospital 300 pacientes con heridas penetrantes del tórax. Todos, a causa de riñas callejeras, en las cuales no faltó el agravante del alcohol. En Nueva York, Chicago, Detroit, se reúnen 26 casos de heridas penetrantes del corazón en un lapso de 5 a 6 años. Aquí, se han reunido en 10 meses y en un centro asistencial de escasos cupos quirúrgicos. Ciertamente que este se encuentra en una zona que podría llamarse "de candela de la delincuencia". Pero el hecho real es que somos un país de bobos violentos. Bobos, por la falta de proteínas de alto valor protector en la alimentación de madres y niños. Y violentos, por la anterior y otras causas aún no escudriñadas. (Noviembre 2 de 1978).

La Academia Nacional de Medicina está de luto con motivo de la muerte de su miembro de muchos años y secretario perpetuo doctor Luis Patiño Camargo. Investigador sagaz, maestro de varias generaciones, servidor público ejemplar, patriota insomne, médico a carta cabal, el doctor Patiño reunió en alto grado las condiciones humanas necesarias para ser el colombiano eminente que la patria reconoce en él. Con su tesis para optar el doctorado en medicina, sobre el tifo exantemático en Bogotá, el doctor Patiño mostró en edad temprana al científico que sería a lo largo de su vida. En cuanto a magisterio, este empezó antes de graduarse de médico, en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, donde había cursado el bachillerato, bajo la égida del "siempre antiguo y siempre nuevo" Monseñor Rafael María Carrasquilla. Posteriormente, nuestro inolvidable colega enseñó enfermedades tropicales en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Y, cuando estuvo al frente de misiones oficiales, desempeñó con cargos con fervor apostólico, creatividad y desvelo por la salud de sus conciudadanos. A él se le deben muchas campañas contra nuestros flagelos tropicales. La tarea desempeñada por el doctor Patiño durante la guerra con el Perú, merece destacarse por lo eficaz y oportuna. Médico, lo fue el insigne profesor hasta convertirse en honra y prez de nuestra profesión.

Fuí discípulo del doctor Patiño en el Colegio del Rosario en 1922. Enseñaba allí la entonces llamada Historia Natural. No obstante su juventud, era considerado como uno de los mejores docentes de la institución. Igual que a todos mis maestros, le debo inmenso agradecimiento.

Bien saben sus deudos, en particular José Félix Patiño, que la muerte del notable compatriota significa una pérdida para mí, por el aprecio y los estímulos que sin cesar me dispensó. Sobra decir que comparto su pena.

La Academia Nacional de Medicina celebró sesión conjunta con las autoridades castrenses para dialogar sobre la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud, próxima a iniciar labores. El General Jaime Sarmiento Sarmiento, comandante del Ejército, presentó el proyecto en sobrio discurso pleno del mejor patriotismo. El doctor Gustavo Malagón Londoño, decano de la nueva Facultad, expuso ampliamente las finalidades, los objetivos, principios básicos, planes y programas, desarrollo metodológico de los mismos, sistema pedagógico, conforme a los cuales funcionará el establecimiento puesto bajo su dirección. Se refirió además el doctor Malagón a los recursos para la selección de alumnos, a la vinculación de estos con la institución y a los deberes que adquieren respecto al país. El presidente de la Academia, doctor César Augusto Pantoja, agradeció al ministro de Defensa Nacional la invitación al acto, felicitó a los expositores y formuló votos por el éxito de la naciente entidad. Varios académicos intervinieron a continuación para exaltar las intenciones de esta y unirse a los buenos augurios del presidente.

La Escuela Militar de Medicina se ha fijado el propósito de formar un médico general o, mejor de familia, tal como se viene programando en los Estados Unidos de América y Canadá. Entre nosotros, la Federación Panamericana y la Asociación de Facultades de Medicina se han hecho voceros de tan importante iniciativa. Dichas organizaciones y el Ministerio de Salud prohicieron un seminario sobre el tema, reunido en Bogotá a principios del año, con el patrocinio de la Fundación Kellogg. Excelente que las Fuerzas Armadas conviertan en realidad lo que es un deseo sentido por millares de compatriotas: contar con un médico a la medida de sus necesidades y recursos. A fin de conseguirlo, la escuela en ciernes se ha trazado un objetivo concreto. Preparar al futuro profesional en concordancia con la política de salud que señale el ministerio del ramo, y en armonía con los intereses del Ejército en la materia. En vista de alcanzar tales fines, la Escuela Militar capacitará al estudiante para "resolver o ayudar a resolver los problemas de salud de la comunidad, la familia y el individuo", que sean de prevalencia o incidencia mayor en cada región del país, y "con una visión integral del ser humano en sus niveles biológico, psicológico y social". La insis-

tencia en la casuística autóctona no se opondrá a que el alumno se forme en una concepción universalista de la medicina. Asimismo se le adiestrará para que retenga y amplíe conocimientos mediante la educación continuada.

Los principios básicos son consecuencia de los anteriores objetivos. La enseñanza se impartirá de acuerdo con el método activo, siguiendo el lema de "aprender trabajando". Ello implica contacto precoz con la realidad en su contexto social e individual. E impone, en clínica, patología y técnicas y procedimientos de examen, adiestrar "al pie del lecho del enfermo", como rezan los antiguos cánones. En la tradición francesa, el estudiante de medicina establece relaciones con los pacientes desde el primer año de estudios. Otra innovación se refiere a la investigación de los fenómenos patológicos aplicando un criterio de multicausalidad. Se trata en resumen de llevar a la medicina el análisis factorial. La enfermedad es producto de las condiciones somáticas, psicológicas, económicas y sociales en que se encuentra la persona. Tarea principal del médico es evaluar el papel que corresponda a cada elemento etiológico. Como consecuencia, el ejercicio de la medicina requiere el trabajo multidisciplinario. O sea, la colaboración de varios profesionales de las ciencias de la salud.

Las materias que integran el plan de estudios están organizadas en módulos o unidades de enseñanza. Notable idea la de terminar con el sistema de enseñar, por ejemplo, la morfología, antigua anatomía, de un lado y partida en varios cursos, y del otro, también en distintas asignaturas, la fisiología normal, la fisiopatología, la psicofisiología y la semiología. En mis tiempos el aprendizaje así planteado era incesante retorno. Cuando se veían las asignaturas del tercero y cuarto cursos, había que volver a las del primero y segundo. ¡Cuánta pérdida de tiempo y energía! Fuera de que estudiar anatomía sin fisiología a la vez, significa memorizarla mecánicamente. Sólo la fisiología organiza la morfología en los marcos de la inteligencia. Igual ocurre con otras materias. El médico necesita acostumbrarse a aprehender el hombre como totalidad. Es el organismo entero el que enferma. No, tal o cual aparato o sistema.

Conviene destacar otras cuestiones fundamentales del currículo. Habrá un semestre de iniciación dedicado a técnicas del aprendizaje, a lógica y metodología científicas y a procedimientos para integrar grupos y trabajar en equipo. Entre nosotros, ni el albañil aprende a manejar bien los instrumentos de su oficio, ni el intelectual a utilizar en forma apropiada los del

suyo. Por eso, el uno se queda muy atrás en el número de ladrillos que pega por hora, y al otro no le alcanza una vida para dejar obras valdezas en ciencias, filosofía, literatura o artes. Nos urge aprender a leer aprisa y con provecho, a elaborar síntesis de lo leído, a hacer fichas bibliográficas. Completan las novedades pedagógicas propuestas: el cambio de la relación profesor-estudiante, convirtiendo a éste en colaborador activo; el "adiestramiento permanente y sistemático en la práctica del auto-aprendizaje"; la utilización para la enseñanza del aparato institucional de salud pública; la introducción de una tecnología educativa moderna merced a la preparación del profesorado; la investigación de los problemas regionales y nacionales de salud a todo lo largo de la carrera.

No me cabe la menor duda de que la Escuela Militar de Medicina constituirá una revolución en Colombia si llena su cometido a cabalidad. Ojalá cumpla sus propósitos, para beneficio de nuestras gentes más desamparadas.

El próximo lunes (20 de noviembre) se cumple el primer cincuentenario de la muerte del doctor José María Lombana Barreneche. Muy pocos he conocido en quienes concurren en tan alto grado los valores humanos indispensables para ser un médico clínico de primer orden. Observador sagaz, nada escapaba a sus sentidos ampliamente educados para el ejercicio de la medicina. Tenía, por otro lado, gran simpatía en el sentido que los griegos le dieron al vocablo. Leía en el paciente más allá de lo que vista, oído, tacto pudieran dictarle. Su inteligencia analítica y su memoria organizada le permitían desmenuzar síntomas y cuadros patológicos con habilidad desconcertante. Como buen filósofo, podía aprehender la persona humana en su integridad. Para rematar, mi inolvidable maestro poseía el inapreciable don de amar al prójimo con comprensión inagotable. ¡Qué ejemplo para las nuevas generaciones médicas en crisis!

No puedo menos que dedicar siquiera breves líneas a la memoria del doctor Santiago Triana Cortés, miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Descendiente de los Trianas que hicieron historia el siglo pasado, nuestro compatriota se dedicó también a la ciencia. Fue el iniciador de la cirugía experimental en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, donde ocupó la cátedra de técnica quirúrgica. La vida del profesor Triana estuvo dedicada a la investigación y al estudio y ejercicio de la medicina, que honró en todos los sitios en los cuales estuvo presente. De todo corazón acompaño a su viuda e hijos en el duelo que los aflige. (Noviembre 15 de 1978).

J.F.S.