
IV CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA

26 a 29 de Mayo de 1976
Bogotá



Para Acta Médica Colombiana es la más grata obligación registrar el éxito alcanzado por el IV Congreso Colombiano de Medicina Interna. Este certamen celebrado entre el 26 y el 29 de Mayo pasado en los salones del Hotel Hilton de Bogotá, sobrepasó los más optimistas cálculos de sus organizadores en cuanto a asistencia y presentación de trabajos científicos; lo cual demuestra un saludable interés del cuerpo médico por mantenerse al día en los adelantos de su profesión y un encomiable esfuerzo para llegar a tener una verdadera e importante investigación colombiana en el campo de la salud.

La Redacción de Acta Médica Colombiana no cree que su deber en este momento sea el de hacer un juicio pormenorizado sobre la calidad científica de los trabajos presentados; espera que éste sea realizado detenidamente en primer término por los asistentes al Congreso y además por los lectores de la Revista, pues nos proponemos incluir en sus páginas la mayor cantidad posible de estos aportes.

En esta sección ofrecemos a nuestros lectores los resúmenes de los trabajos presentados a concurso para los distintos premios otorgados en el Congreso; esperamos poder publicar en nuestros próximos

números los trabajos completos. Incluimos además los textos de los discursos inaugurales pronunciados por los Drs. Hernando Sarasti y Alberto Vejarano y el de clausura pronunciado por el Dr. Efraim Otero; leerlos y meditar sobre ellos, así como sobre la conferencia del Dr. William Rojas que publicamos como Editorial, lo consideramos de gran importancia, pues en cada uno de ellos, desde distintos ángulos, se hacen valiosos planteamientos para mejorar la educación, asistencia e investigación médicas en nuestro país.

MEDICOS - MEDICINA Y CONGRESOS

Dr.: Hernando Sarasti Obregón, Presidente del Congreso

Enfrentado al compromiso de inaugurar este Congreso dirigiendo a ustedes algunas palabras, me tropecé con la dificultad de mi total falta de familiaridad con las artes oratorias convencionales.

Descubrí con gran preocupación mi imposibilidad física de utilizar el tono declamatorio y el estilo retórico que se acostumbra en estas circunstancias.

Tomé entonces la decisión de analizar el mayor número posible de discursos pronunciados en circunstancias similares a la presente y con gran alivio, encontré que con ligeras variaciones, todas estas piezas oratorias se desarrollan alrededor de tres temas fundamentales.

En efecto, los oradores expresan en primer lugar su satisfacción por la realización del evento. Ponen a continuación de relieve la importancia que reviste y su trascendencia social; y por último, expresan sus agradecimientos hacia las personas y entidades que lo hicieron posible. Renunciando por lo tanto, explícitamente y desde un comienzo a cualquier pretensión de originalidad, quisiera aprovechar los minutos que siguen para decirles a ustedes por qué es satisfactorio para mí inaugurar este Congreso, por qué es tal vez importante y expresar mis sinceros agradecimientos hacia los individuos y organizaciones que con su apoyo y entusiasmo permiten que hoy nos reunamos en este recinto para iniciar las labores del IV Congreso Colombiano de Medicina Interna.

Cambiando un poco el orden enunciado, quisiera comenzar por expresar mi gratitud, corriendo el peligro de omitir el nombre de perso-

nas y entidades que con su tiempo, sus talentos o su aporte económico, han hecho posible este certamen.

No puedo sin embargo dejar de destacar la magnífica labor de los Doctores Hernando Matiz y Jaime Saravia, los esfuerzos en el área financiera de los Doctores Hernán Dueñas, Manuel Iregui, y Fernando Chalem y la dedicación de los Doctores Jaime Campos y Jimeno Ramírez en todo lo relacionado con los aspectos locativos de este evento. El Comité organizador en representación de las 13 Sociedades nos acompañó y apoyó en todo momento. El Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud del Distrito, la Caja Nacional de Previsión Social, Ascofame, el ICSS y varias otras entidades del sector público, han visto con simpatía nuestros esfuerzos y han colaborado con los mismos.

La Industria Farmacéutica, con contadísimas y lamentables excepciones, ha apoyado, este Congreso generosamente y deseo aprovechar este momento para expresar en nombre propio y del Comité Organizador nuestros sinceros agradecimientos.

Siguiendo nuestro plan inicial, debemos preguntarnos por qué resulta satisfactorio dar comienzo a las actividades de este Congreso?

Los motivos son múltiples: En primer lugar, es profundamente satisfactorio constatar que por cuarta vez y cubriendo un período de 8 años, trece Sociedades en el área de la Medicina Interna, realizan un esfuerzo conjunto de esta magnitud.

Surge así, para todos los aquí presentes, la oportunidad de apreciar en toda su amplitud el panorama de la medicina contemporánea.

La inevitable tendencia a la especialización, ha creado barreras, con frecuencia arbitrarias y discutibles entre nuestros diferentes campos de interés.

La artificialidad de estas divisiones, la comprobamos todos los días en nuestro diario ejercicio médico, cuando nos damos cuenta de que los enfermos se nos presentan como sistemas complejos de patología, que sus problemas abarcan múltiples áreas orgánicas y que se hace indispensable para diagnosticarlos y tratarlos, utilizar conocimientos y técnicas de todos los campos imaginables de la medicina clínica.

Este congreso tiene como uno de sus propósitos fundamentales darnos esta visión amplia. Informarnos sobre los progresos realmente significativos de nuestras diversas especialidades, familiarizarnos con nuevos conceptos y terminologías y darnos a conocer modalidades diagnósticas y terapéuticas que reemplazan conocimientos que el transcurso del tiempo hace inexorablemente obsoletos.

Por otra parte, cómo resulta de significativo el aporte de trabajos nacionales presentados en este certamen! Desde problemas tan autóctonos como la malaria, la tuberculosis y las picaduras de serpiente, hasta investigaciones básicas de sorprendente sofisticación, este evento constituye una prueba contundente de que existe entre nosotros, tanto el deseo de explorar nuestra patología con métodos científicos, como la capacidad y el talento para hacerlos.

El estímulo que este Congreso ofrece a los investigadores colombianos, se ha traducido en esta magnífica respuesta que ustedes tendrán oportunidad de valorar durante los próximos tres días.

Por último, cómo es de satisfactorio ponernos en contacto con mentes y personalidades como las de los Doctores Debray y Nieschlag, que nos traen el mensaje de la moderna medicina europea, así como con los doctores Gifford y Guttermann, destacados representantes de la medicina norteamericana y el Doctor Whitembury,

distinguido fisiólogo peruano, quien desde hace 20 años trabaja en la hermana república de Venezuela. De especial trascendencia considero la presencia de nuestros compatriotas los Doctores Saulo Klahr y Victorio Rodríguez. Desarrollan ellos con gran brillantez su actividad científica en las Universidades de Saint Louis y de Texas y nos demuestran una vez más, que cuando la Providencia distribuyó el talento entre las naciones, no olvidó este rincón de nuestro planeta. Podría decirse que por el contrario, se mostró excepcionalmente generosa hasta el punto de que la exportación de talento médico se ha convertido en uno de los fenómenos más notorios y lamentables de la medicina colombiana.

Sorteando el Capítulo de los motivos de satisfacción, ha llegado el momento en que debemos preguntarnos si este Congreso reviste realmente alguna importancia para la Sociedad en que vivimos.

Me permitiría proponerles como criterio objetivo, el que definamos como importantes para un conglomerado social, aquellas actividades que le resuelven algún problema.

Qué problemas puede resolver éste Congreso? Mejor aún cuáles son a grandes líneas los problemas médicos que afronta nuestro país?

Entrando en el peligroso campo del diagnóstico sociológico amateur podríamos decir que la población colombiana desde el punto de vista de la atención médica se puede clasificar en tres grandes grupos: un grupo minoritario, que posiblemente no alcanza el 10%, con capacidad económica de excelente a moderadamente buena que recibe una atención médica comparable a la de un país económicamente desarrollado. Un segundo sector, cubierto por diversas entidades estatales en el cual la prestación de los servicios, la calidad de los mismos y la satisfacción de los usuarios, varía entre excelente y deplorable; y por último un gran sector mayoritario con acceso ocasional o inexistente a la medicina moderna.

En mi opinión y espero en la de muchos de ustedes, el problema fundamental de la medicina colombiana radica en ese sector desamparado y el objetivo fundamental de las entidades estatales en el sector de la salud con la imprescindible colaboración del cuerpo médico colombiano,

debería ser el de cerrar también esa "brecha dolorosa" que en el área de la medicina separa a los enfermos pudientes de los indigentes, a los que están en capacidad de remunerar nuestros servicios de los que necesitándolos angustiosamente no pueden hacerlo.

Desafortunadamente, como sucede con las placas tectónicas de la corteza terrestre y cuyo continuo desplazamiento según los geólogos, modela la superficie de nuestro planeta abriendo y cerrando grandes grietas, esta brecha en el campo de la salud, ante la anormalidad del esfuerzo y la insuficiencia de los recursos disponibles, tiende a crear otra casi tan peligrosa como la primera.

Cuál es esa segunda brecha? Me permitiría sugerirles que la enorme distancia que se crea entre las promesas y las realizaciones en el campo de la salud, constituye uno de los problemas más serios de la medicina colombiana, Instituciones, proyectos, estudios de factibilidad de todo orden, inversiones de tremenda magnitud dentro de nuestra embrionaria economía, no logran sus objetivos, fracasan repetidamente, dejan un destructor sedimento de escepticismo y frustración, tanto dentro del cuerpo médico como dentro de los sectores de nuestra Sociedad que no logran palpar los beneficios prometidos.

Es aquí donde el cuerpo médico organizado, las sociedades científicas y todos los que estamos

congregados aquí esta noche, debemos realizar un serio examen de conciencia, definir nuestra responsabilidad, separar lo deseable de lo posible y con todo realismo y honestidad identificar los problemas, proponer y criticar las soluciones y apoyar solamente aquellas que merecen ser apoyadas. Evitemos la indiferencia criminal y las promesas irresponsables.

Este Congreso no pretende resolver todos los problemas de salud del pueblo colombiano. Búscame únicamente mejorar la calidad científica de nuestros internistas y médicos generales. Tendremos derecho a darle el calificativo de importante en la medida en que las actividades que desarrollemos en los próximos días contribuyan a aliviar la atroz carga de muerte y sufrimiento que la enfermedad en todas sus manifestaciones representa para nuestros compatriotas.

No es posible terminar una alocución de este tipo, sin incluir alguna alusión bíblica, mitológica o literaria. Me permitiría proponerles que en relación con los esfuerzos que nos hemos propuesto, recordemos al gran don Miguel de Unamuno cuando narra cómo en su lejano pueblo vascongado, un mozalbete decidió pegarle una pedrada a la luna. Muchas noches y muchas piedras más tarde, no había logrado su objetivo, pero para ése entonces, se había convertido en el mejor tirador de piedra de su pueblo.

DISCURSO DE INAUGURACION

Dr. Alberto Vejarano Laverde Secretario de Salud de Bogotá

Se reúne hoy en la ciudad el IV Congreso Colombiano de Medicina Interna. Participan en él 13 Sociedades Científicas y nos honran con su presencia siete muy distinguidos colegas, provenientes de Francia, Alemania, los Estados Unidos y Venezuela, fuera de lo más granado de nuestra ciencia médica. Constituye para mí un honor el poder representar al señor Presidente de la República y al señor Ministro de Salud Pública en esta ceremonia inaugural.

En algún congreso anterior los cirujanos elevaron ante la opinión pública una pregunta, sencilla y clara pero de muy difícil respuesta: La calidad de la atención médica colombiana.

Compleja respuesta tendremos que dar y para poderla esbozar, pasarán muchos días y no pocos estudios. Vale la pena hoy establecer algunas premisas.

Yo creo que debemos estudiar dos aspectos,

uno relacionado directamente con nuestros profesionales, otro con nuestro sistema de administración de recursos.

Sobre el primero, sobre la calidad de los médicos Colombianos, cabe hacerse algunas preguntas. Estarán nuestras Facultades de Medicina evolucionando lo suficientemente rápido para mantener la calidad de la enseñanza que hasta ahora hemos logrado? No estaremos predicando la formación del médico General, tomando como ejemplo al médico especializado que hoy inunda nuestros hospitales? Cómo podremos convencer a nuestros colegas que sigan el arduo camino de la medicina general, piedra angular de todo servicio médico, si el ejemplo que damos es de especialidad?

No tengo dudas sobre la capacidad científica de mis colegas. Salta a la vista este hecho con la sólo lectura del programa de este IV Congreso.

Pero si conozco y he comprobado personalmente numerosos errores administrativos. Y sobre ellos ha actuado el Gobierno Nacional al implantar el Sistema Nacional de Salud.

Todos ustedes lo conocen, lo han analizado y sobre él se han pronunciado. Quienes han sido sus opositores, estoy seguro, lo son por desconocer antecedentes o no vislumbrar claramente sus objetivos. Se pretende racionalizar el gasto público y privado al eliminar duplicaciones; se desea encauzar el tratamiento y remisión de enfermos de tal manera que las afecciones sencillas, a Dios gracias mayoritarias, sean atendidas en Centros y Puestos de Salud. Y hemos llegado aún más lejos al establecer los módulos ampliados de cobertura, los MAC que llevan a la Promotora de Salud al hogar colombiano y ayudan con su consejo a solucionar problemas mínimos, a conducir hacia estamentos más sofisticados aquellos pacientes que así lo requieran. Se establece una continuación lógica entre lo más sencillo o lo más difícil, en las instituciones especializadas o en los Hospitales Universitarios.

Esto es lo que estamos haciendo en Bogotá. La hemos dividido en cinco Regionales, cada una de ellas con Centros de Salud y Policlínicos, traducción bogotana del hospital local o regional de nivel nacional y como referencia terminal el hospital universitario o el especializado. Para

integrar esta red hemos creado un sistema original, único en el mundo, los DATOS MEDICOS TELECOMPUTADOS "DMT" y lo ponemos hoy, en los Salones del Hilton, a la observación de ustedes. Pregunten cómo funciona y qué hemos obtenido de él, aquí en San José o en la Fundación Shaio. Es esta una primera etapa, implantación gradual del sistema, y para hacerlo hemos escogido uno de los mejores hospitales colombianos, de los más antiguos de la ciudad, con características científicas indudables y con una vocación de enseñanza, el Hospital de San José. Bien pronto nos extenderemos a las otras Regionales: Samaritana, San Ignacio, San Juan de Dios y Santa Clara. Estamos realizando un experimento importante, no siempre logrado en otros países, la incorporación de las Facultades de Medicina en los organismos que tienen por función la atención directa de pacientes. Nuestros estudiantes van a los Centros de Salud, a ver allí el común de las enfermedades de nuestros compatriotas, a ratificar con su presencia su condición de parte integrante de la consulta externa del estamento universitario. Ya lo hemos iniciado y ya hemos obtenido resultados ampliamente satisfactorios. Nuestros estudiantes, nuestros colegas del futuro, comienzan así a vivir, a sentir en carne propia, los beneficios del Sistema Nacional de Salud.

Nuestra falla primordial es administrativa; nuestros sistemas han crecido parejo con la enseñanza médica. Nuestros hospitales cuentan con no pocos equipos obsoletos. Y también sobre ellos ha comenzado la labor del gobierno, al adquirir y entregar los más modernos sistemas radiológicos, de laboratorio clínico, de instrumental y de dotaciones físicas. Todo el Programa de Salud constituye un ejemplo de continuidad en los propósitos de madurez del Cuerpo Médico. Se inició hace muchos años; todos los gobiernos y todos sus Ministros de Salud lo han impulsado, lo han perfeccionado; así ofrecemos orgullosamente el Sistema Nacional de Salud.

La expansión de los sistemas de seguridad social a la familia, se presentan como una necesidad imperiosa, pero es además un reto a nuestra profesión.

Tendremos que ser más eficientes, más ob-

jetivos si queremos que no fracase. Que sus costos sean racionales. Y no podemos fracasar. Será nuestra obligación, la de los médicos, el proponer cambios en la contratación de los servicios, en la ampliación de instalaciones, en la institucionalización. Que mejor mecanismo que el Sistema Nacional de Salud, creación de los médicos y dirigido por nosotros?

Permítanme que un cirujano, hoy metido en danzas de administración médica, les de la bienvenida a nuestra capital y les augure los mejores éxitos que seguramente obtendrán, por demás merecidos.

Declaro solemnemente inaugurado este IV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA.

DISCURSO DE CLAUSURA

Dr. Efraim Otero Ruíz, Gerente de Colciencias

Toda clausura suele ser anticlimática; pero el anticlímax es mayor si uno debe hablar después de haber oído la disecante disertación inaugural de Hernando Sarasti y luego la magistral conferencia final de William Rojas. Por eso me he prometido ser breve y ser bueno. Y al mirar el gran número de sillas vacías, se cumple fielmente el aforismo de Mark Twain: "Sé bueno, y estarás solitario".

Podemos hacer el balance del Congreso, cumpliendo las estadísticas sarastianas de los malos discursos, diciendo que ante todo fue multitudinario. El número de participantes casi que supera las capacidades logísticas del Hilton y las capacidades amabilísticas de las gentiles damas voluntarias del Instituto de Cancerología, para quienes, ante todo, deben ir nuestros agradecimientos. Mirada desde un lado más serio, esta gran afluencia nos está indicando que el Congreso Bi-Anual de Medicina (o de Medicina Interna, como quiera llamárselo) ya ha llegado a su mayoría de edad y está establecido como un hecho científico de indudable importancia en Colombia. Segundo, que tocan a su fin las asambleas nacionales parciales de las sociedades de especialidades médicas, ya que está demostrando que éste es un medio mejor y mucho más dinámico de ponerse en contacto unos especialistas con otros, de escuchar y discutir temas interdisciplinarios y de romper la barrera del "dedo gordo del pie" que tantas críticas causa entre los enemigos de la super-especialización. Y tercero, que el Congreso está cumpliendo para la mayoría de nosotros el anhelo frustrado de una educación continuada que la

universidad colombiana ha querido pero no ha podido darnos.

El otro aspecto, no por último menos importante, es el de la calidad de los trabajos. Esa calidad no sólo se ha visto en las presentaciones cortas de las diversas especialidades sino que se ha reflejado en la perplejidad de los jurados ocupados en elegir los ganadores de los premios y galardones que tan merecidamente acaban de otorgarse. Y, claro está, en las luminarias de las conferencias magistrales que, como motivo de orgullo, han incluido a dos eminentes colombianos residentes en los Estados Unidos. Sin embargo, no deja de ser melancólico, al escuchar a tan ilustres expositores, el ver cómo cada vez se agranda más la brecha entre la calidad y la actualidad de la investigación médica colombiana y la de los países más desarrollados.

Analicemos un momento ésta circunstancia. Evidentemente no se trata de falta de talento porque, sin él, ni estaría funcionando nuestra sociedad de elogios mutuos ni estaría continuando nuestra exportación de cerebros. La falta de fondos ha tratado de subsanarse. Y aprovecho aquí, al estilo Alberto Vejarano, para echar mi cuña sobre el Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas. Si algo ha cambiado en el panorama de la investigación en Colombia en los últimos años es la presencia y la accesibilidad de fondos nacionales para financiarla. Por eso yo les invito muy cordialmente, sin tener computador y menos chequera para demostrárselo, a que nos envíen proyectos de investigación a COLCIEN-

CIAS. Ya nos estamos acercando a los 80 millones de pesos invertidos en proyectos de investigación en las 5 áreas, de las cuales el área de Ciencias de la Salud ha absorbido entre el 20 y el 25 por ciento de nuestros presupuestos.

Hay otro factor más y perdónese la insistencia: y es el de que no podemos seguir exigiendo que los exiguos presupuestos de funcionamiento de nuestros hospitales carguen con los gastos de investigación. Deberán formarse centros o núcleos, de los cuales ya vimos aquí varios ejemplos, que absorban las tareas de investigación. COLCIENCIAS estaría dispuesta a apoyar esos centros, en la forma como ha venido apoyando laboratorios o comités investigativos.

Si hay talento y hay fondos nos queda entonces solo por decir que hay inconstancia, falta de coordinación, de propósito. Lo cual es volver al regaño que nos pegó en este mismo Congreso y este mismo salón hace 4 años Angela Restrepo y el cual, como la andrógnoterapia del Dr.

Nieschlag, nos ha obrado por pocos días, o muy lentamente. Tratemos, pues, al hacer el balance de este Congreso, de enfrentar con cuidado lo positivo con lo negativo. De congratularnos con lo que se ha logrado pero sin llenarnos de engañoso optimismo. De proponernos, dentro y fuera de estos Congresos, lograr que nuestras especialidades médicas lleguen a tener un nivel de excelencia en el ámbito internacional. Indirectamente se logrará el beneficio social del que, según Sarasti, hay que hablar en todos los discursos de inauguración o de clausura.

A los organizadores y patrocinadores, nuestros aplausos y nuestros agradecimientos. A todos ustedes, mil gracias en nombre de las sociedades participantes. Y un voto para que, siguiendo el ejemplo de los nefrólogos, en el próximo Congreso este mugido de clausura se convierta más bien en becerrada.

Y antes de que me suene el timbre del Dr. Matiz, declaro clausurado este Congreso.

RESUMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS A CONCURSO

LOS ACAROS EN EL POLVO DE HABITACIONES Y SU RELACION CON LA ALERGIA RESPIRATORIA

Drs. Mario Sánchez M., Carlos Correa M., Alfredo Remolina S. - Asociación Colombiana de Diabetes.

1.— Se presenta el resultado de un diseño de casos y controles, en donde se estudia la correlación existente en 100 pacientes alérgicos y 100 individuos sanos de tres síndromes alérgicos: rinitis, asma y dermatitis atópica con la presencia de ácaros en el polvo de habitaciones.

2.- Se estudia y analiza la hipótesis de trabajo que asocia el desarrollo de enfermedades alérgico - respiratorias ya enunciadas, con la sensibilidad cutánea al polvo de habitaciones y al extracto de *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*, hallando un 97% de respuestas al extracto de polvo libre de ácaros y un 52% a la intradermoreacción con ácaros.

3. Conforme al diseño se estudian los niveles cuantitativos de IgE tanto en casos como en controles, hallando una elevación positiva por encima de 800 U/ml, en el 38% de los casos y solo 3% en los controles.

4.- Se postula conforme a la de la prueba estadística del diseño, que existe correlación entre la presencia del ácaro en el polvo de habitaciones y la enfermedad alérgico - respiratoria.

5. Se establece la necesidad de un estudio que contemple la correlación de niveles específicos de IgE para ácaros en el polvo de habitaciones en un diseño de casos y controles.

PATOGENESIS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO IDENTIFICACION DEL ANTICUERPO DESENCADENANTE DE LA ACTIVIDAD LUPICA

Drs. Manuel E. Patarrollo, Hernán Alvarado, Fernando Chalem, María Elvira Granados, Astrid Camacho
Universidad Nacional de Colombia - Bogotá.

Se analizan 70 sueros de pacientes lúpicos y 20 de individuos con otras enfermedades autoinmunes desde el punto de vista

de: AAN por clases y subclases de IgG, Complemento Sérico, Anticuerpos Anti-DNA, Complejos Inmunes Circulantes (C.I.C.)

y Actividad Antigammaglobulina.

Se halló un comportamiento especial de los AAN de la subclase IgG3 que es dependiente de su concentración; AAN de esta subclase presentaron un comportamiento muy diferente en diluciones mayores o iguales a 1: 20 cuando se comparan con títulos iguales o menores a 1: 10.

Se encontró una identidad casi total entre los AAN de la subclase IgG3 y los Anticuerpos Anti-DNA, por esto y otras razones expuestas en la discusión postulamos que los Anticuerpos Anti-DNA son los AAN de la subclase IgG3.

Títulos de AAN de la subclase IgG3 mayores o iguales a 1:20, siempre se encontraron asociados con Anticuerpos Anti-DNA, Hipocomplementemia, CIC y severo daño renal y nunca con Actividad Antigammaglobulina. A su vez dicha actividad se puso de manifiesto siempre que los AAN de la subclase IgG3 se hallaban en títulos iguales o inferiores a la dilución 1:10 o estaban ausentes.

Los sueros de los pacientes con AAN de la subclase IgG3 en títulos iguales o inferiores a 1:10 y asociados con normo o hipocomplementemia, no presentaron simultáneamente ni CIC ni Anticuerpos Anti-DNA. Este dato implica que a ciertas concentraciones la presencia de uno de estos Anticuerpos (AAN de la subclase IgG3 - Actividad Antigammaglobulina) excluye al otro. Basados en estos y otros datos incluidos en la discusión postulamos que la actividad Antigammaglobulina es un mecanismo homeostático que regula la presencia y concentración de los AAN de la subclase IgG3.

Al no hallar los AAN de las otras subclases de IgG involucrados en la exacerbación del cuadro lúpico no obstante que están en concentraciones mayores, concluimos que pueden estar actuando como Anticuerpos Bloqueadores que inhiben postulamos un nuevo mecanismo de Fisiopatogénesis del LES en el cual el paciente lúpico presentaría en algún momento de su vida una hiperréactividad humoral contra su propio DNA mediada por Anticuerpos de la subclase IgG3 asociada simultáneamente con una Hiporreactividad o deficiencia de sus sistemas Antigammaglobulinas.

FIBROSIS ENDOMIOCÁRDICA (ENFERMEDAD DE UGANDA) EN COLOMBIA

Drs. Guillermo Bahamón Amat, Gabriel Toro G., Horacio Orejarena G. - Departamentos de Patología, Hospitales San Ignacio y San Juan de Dios, Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá.

La fibrosis endomiocárdica es una rara afección del corazón que consiste en un engrosamiento fibrótico, adquirido e idiopático, del endocardio mural en uno o ambos ventrículos y ocasionalmente en las aurículas, el cual puede también comprometer secundariamente a las válvulas auriculoventriculares y complicarse con trombosis mural de la cavidad cardíaca afectada.

Suele evolucionar en forma crónica con insuficiencia cardíaca fatal. Aparece más frecuentemente en personas jóvenes y se distribuye más o menos por igual en ambos sexos. Su etiología es oscura, sin embargo parece obedecer a un trastorno de hipersensibilidad.

Esta peculiar cardiopatía fue descrita por Davies como un padecimiento frecuente en el grupo étnico Rwanda-Burundi de la República de Uganda, país tropical del Africa. Algunos casos

de esta enfermedad se han presentado en otros continentes. Solo 11 casos se han encontrado en Latino-América. Diez nuevos casos de Fibrosis Endomiocárdica que hemos hallado entre 7.000 autopsias practicadas en 4 hospitales generales de Bogotá en un período comprendido entre 1967 y 1975, son el objeto de este estudio.

En todos nuestros casos se encontró fibrosis del endocardio en el ventrículo izquierdo; en seis de ellos había fibrosis concomitante del endocardio en el ventrículo derecho. En seis paciente la fibrosis comprometió secundariamente a la mitral y en uno a la tricúspide. Ocho se complicaron con trombosis mural agregada a la fibrosis. Cinco eran mestizos y cinco de raza blanca. El promedio de edad fue de 33 años. Se analizan los caracteres epidemiológicos, anatomopatológicos, clínicos y paraclínicos de esta entidad en nuestro medio.

FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA EN ENFERMEDAD CORONARIA

Dr. Orlando Corzo Guevara, Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá.

Un total de 50 pacientes con diferentes grados de obstrucción de las arterias coronarias y manifestaciones ventriculográficas de infarto fueron analizados y los resultados son comparados

con nuestros normales. El ventriculograma fué normal en 13 y mostró 12 con infarto anterior, 12 con inferior, 8 con posterior, 4 con dos infartos y 1 paciente con hipokinesis difusa.

La arteriografía coronaria mostró la siguiente severidad: 25 pacientes con enfermedad de 3 vasos, 13 con 2 vasos y 12 con un solo vaso, siendo en este grupo la arteria descendente anterior la más comúnmente afectada. Nuestro estudio se basa en la evaluación de la mecánica ventricular analizada a través de: Precarga, post-carga y contractilidad ventricular. La precarga la analizamos a través de presión de fin de diástole, volumen diastólico y tamaño del corazón. La post-carga midiendo resistencias periféricas a través de presión sistólica media de aorta. La contractilidad ventricular a través de la fracción de eyección ventricular y la relación índice de latido sobre la presión de fin de diástole. Las determinaciones de mayor significancia estadística en orden descendente fueron: fracción de eyección, que varió

entre 20 y 93% con valor medio de 51% dato que está por debajo de nuestros normales ($70 \pm 5\%$); el volumen diastólico por metro cuadrado de superficie, la presión de fin de diástole que se encontró elevada en 72% en nuestros enfermos, la relación índice latido sobre presión de fin de diástole se encontró disminuida en 14% con un índice de Correlación cuando se comparó a la fracción de eyección de $r=0.699$. Otro valor estadísticamente significativo fue la relación entre la fracción de eyección ventricular y el tamaño del infarto. El coeficiente de correlación fué de $r= -0.989$. De menor significación estadística en la evaluación de la función ventricular fueron el índice latido, el índice de trabajo por latido y el índice cardíaco.

NITROPRUSIATO DE SODIO EN EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Drs. Samuel Martínez B., Luis M. Otero - Depto. de Medicina Interna - Hospital Universitario "San José", Popayán.

Se estudian 20 pacientes con emergencias hipertensivas admitidos al Hospital Universitario San José, en un período de 6 meses. El 75% de ellos se encontraba entre 20 y 49 años y no existían diferencias por sexo. El 90% pertenecían a la raza blanca o mestiza y sólo el 10% a la raza negra. El 55% tenían antecedentes familiares de hipertensión. El tipo de emergencia correspondió en un 35% a encefalopatía hipertensiva, el 25% a falla ventricular izquierda, 20% a crisis hipertensiva, el 15% a accidente cerebrovascular hemorrágico y el 5% a hipertensión maligna acelerada. El 85% eran hipertensos esenciales y el 15% tenían enfermedad renal. Todos los pacientes presentaban al ingreso cardiopatía y retinopatía, el 50% alteraciones neurológicas y un 35% nefropatía.

Se analiza el tratamiento de estas emergencias con una infusión intravenosa de nitroprusiato de sodio, obteniéndose una reducción de la presión arterial de 12.8% al minuto, 31% a los 5 minutos, 32% a los quince minutos, 33,3% a los 30 minutos, y 37.4% a los 60 minutos. El promedio de descenso de la presión arterial media durante la hora fué de 31.3%. La dosis Varió entre 75 y 600 microgramos por minuto. Los efectos colaterales más importantes fueron cefalea 35%, vómito 30%, insomnio 20%, aunque no tan intensos como para justificar la suspensión.

Se observa que el nitroprusiato de sodio es un agente antihipertensivo potente de fácil administración y baja toxicidad, especialmente útil en el tratamiento de las emergencias hipertensivas.

NIVELES DE PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES (PTHS) Y DE TESTOSTERONA EN EL EMBARAZO CON RELACION AL SEXO FETAL

Drs. Carlos Alberto Tafurt, Ruth de Estrada, Jorge García - Servicio de Endocrinología
Hospital Militar Central e Instituto de Asuntos Nucleares - Bogotá.

Se describe un método práctico y económico de dosificar proteína transportadora de hormonas sexuales que permite diferenciar ampliamente y sin entrecruzamientos los niveles existentes en hombres, mujeres y en el embarazo con títulos promedio de 1/5, 1/93 y 1/360 respectivamente. Además de los valores altos de PTHS, se encuentra en el embarazo un incremento de la

testosterona plasmática con un valor promedio de 143.14 ng%. No se encontraron diferencias significativas de PTHS ni testosterona maternas con relación al sexo fetal y si se hallaron valores estadísticamente diferentes de testosterona en los recién nacidos, siendo su promedio para niños de 96.25 ng% y para niñas de 78.21 ng%

PRODUCCION DE UN SUERO ANTIPROGESTERONA PARA RADIOINMUNOANALISIS: SINTESIS DEL ANTIGENO, INOCULACION Y CARACTERIZACION DEL ANTISUERO

Drs. Arturo Gil P., John Mazuski, Carlos A. Tafurt y Ruth de Estrada - Instituto Colombiano Agropecuario.
Hospital Militar e Instituto de Asuntos Nucleares.

Se describe la preparación y caracterización de un antisuero contra progesterona de gran sensibilidad y especificidad. Para obtener el antígeno se formó el hemisuccinato de 11-hidroxio-

progesterona y éste se conjugó con albúmina bovina. El compuesto resultante tenía 12 residuos de esteroide por mol. Se inocularon 10 conejos con este antígeno por múltiples inyeccio-

nes intradérmicas. Todos los animales desarrollaron antisueros y uno alcanzó un título de 1: 20.000.

Se estudió la especificidad de este suero y no se encontraron reacciones cruzadas de más de 0.2%. Se logró en el análisis una sensibilidad de más de 25 pg y pudieron medirse niveles de

progesterona hasta 800 pg. Se empleó con éxito en determinaciones de esta hormona en plasmas de hombre y de mujer.

Por primera vez se obtuvo en Colombia un antisuero para RIA y por sus características consideramos que es uno de los mejores que se han logrado hasta el momento.

HIPERPARATIROIDISMO EN COLOMBIA - UNA REVISION DEL TEMA A PROPOSITO DE 25 CASOS ESTUDIADOS EN COLOMBIA

Dr. Rafael Casas Morales - Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

El Hiperparatiroidismo es una enfermedad aparentemente poco frecuente. Hasta hace poco el número de casos informados en la literatura mundial no pasaba de dos mil. Con el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas la enfermedad se descubre cada día con mayor frecuencia. Cada vez se le concede mayor importancia en la etiología de la litiasis urinaria y de otras enfermedades como la úlcera péptica y la pancreatitis.

Los primeros 25 casos que se analizan conjuntamente en

Colombia presentan toda la gama de las manifestaciones clínicas y metabólicas. El trabajo correlaciona los casos con los conceptos más recientes sobre fisiología y fisiopatología de las paratiroides, el Calcio, el Fósforo, la Calcitonina y la Hormona Paratiroidea.

Se detalla el esquema de estudios diagnósticos que se utilizan en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá y se describe los diferentes pasos que deben seguirse en el tratamiento quirúrgico.

ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA DEL HIGADO

Drs. Milton Argüello J., Gabriel Toro, Julio Ospina, Cecilia Muñoz Q. - Centro Hospitalario San Juan de Dios, Fac. Med. y Farmacia U. N., Inst. Nal. de Salud e Inst. Nal. de Cancerología - Bogotá.

Se realizó un estudio fitoquímico de la planta *Senecio formosus* "árnica" y se encontró que de los 7 alcaloides que contiene, el 50% lo constituye la retrorsina; la base química de este alcaloide pertenece al grupo de los ésteres de las 1-hidroximetil-1: 2-dehído-7 hidroxipirrolizidinas y es la responsable directa de la acción hepatotóxica de esta planta. El estudio farmacológico experimental que practicamos en ratones demostró que las máximas lesiones se obtienen administrando por vía oral los alcaloides de las hojas y las lesiones en el animal experimental fueron sensiblemente asimilables a las que observamos en 21 biopsias y 11 necropsias humanas. Esta es la primera experiencia que se realiza en animales con base en el *Senecio formosus*.

El estudio clínico, de laboratorio y los cambios histo-

patológicos al microscopio de luz establecen plena coincidencia en nuestros 16 casos colombianos y las series previamente descritas.

Se subraya la gran importancia de los estudios endoscópicos toda vez que se sospecha la posibilidad de una enfermedad veno-oclusiva del hígado consecutiva a la ingestión de infusiones de árnica.

Es esta la segunda oportunidad en que se ha investigado ampliamente la ultraestructura de las alteraciones hepáticas producidas en el hombre por el *Senecio formosus*. Podemos establecer que estos cambios son estrechamente comparables con los obtenidos experimentalmente en diversas especies animales.

COLITIS ISQUEMICA - ESTUDIO ANATOMICO EXPERIMENTAL Y CLINICO

Drs. Milton Argüello J., Jaime Escobar T., Hernán Camargo P. - Depto. de Medicina, Depto. de Cirugía, Depto. de Patología, Depto. de Radiología - Sección Gastroenterología, Sección Cirugía Experimental - Hospital San Juan de Dios, Fac. Med. U. Nal., Bogotá.

Se describe la anatomía vascular del colon, basados en catorce estudios arteriográficos, de los cuales 4 fueron hechos en cadáveres, evidenciándose la gran longitud y poco calibre de

la arteria marginal del colon en el ángulo esplénico.

En forma sistemática y controlada se produjo oclusión vascular en el colon de 8 perros y en 2 se insufló aire a presión

en un asa cólica aislada, reproduciéndose en diferentes fases de la enfermedad, la cual se analiza desde el punto de vista histopatológico. Se estudia el cuadro clínico, endoscópico, radiológico

e histológico de 12 pacientes con colitis isquémica; dando las bases para el diagnóstico de esta entidad que no había sido descrita en nuestro medio.

UTILIDAD DE LA BIOPSIA MEDULAR EN HEMATOLOGIA

Drs. Germán Campuzano M., Víctor Bedoya M., Alberto Restrepo M.-
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Se presentan las experiencias obtenidas en un Servicio de Hematología para adultos con la biopsia medular (B.M.) utilizando la aguja de Jamshidi. Se practicaron B.M. percutáneas en 150 pacientes con diferentes trastornos hematológicos para: a) establecer un diagnóstico, b) confirmar una sospecha clínica o hematológica y c) para investigar invasión neoplásica a la médula ósea. Se estudiaron las siguientes entidades en su orden de frecuencia: linfoma no Hodgkin (43), anemia aplásica (29), enfermedad de Hodgkin (25), leucemias crónicas (13), carcinomatosis (10), leucemias agudas (9), mieloma múltiple (2), lupus eritematoso diseminado (2), leucemia linfoblástica aguda en remisión (2), trastornos plaquetarios (2) y mielofibrosis (1). En 6 pacientes se practicó B.M. sin diagnóstico definitivo. Se confirmó el diagnóstico clínico y/o hematológico en el 43.3%, fue de aspecto

normal en el 50%, se obtuvo un diagnóstico no sospechado en el 4%, fué insuficiente el material para estudio en el 2% y muestras en "blanco" en el 0.7%. Los hallazgos positivos más importantes fueron en anemia aplásica (82.8%), carcinomatosis (30%), enfermedad de Hodgkin (24%), linfoma no Hodgkin (11.6%). En leucemias no aportó ningún valor sobre la aspiración medular clásica, lo mismo que en el mieloma múltiple. Se demuestra la superioridad del método para hacer diagnóstico definitivo de anemia aplásica y mielofibrosis, lo mismo que para investigar compromiso medular en linfomas no Hodgkin, enfermedad de Hodgkin y metástasis medulares. Se muestran las diferentes características histológicas de la médula ósea normal y las alteraciones encontradas.

TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA (L.L.A.) EN NIÑOS VALORACION DE UN PROTOCOLO COOPERATIVO

Drs. Miguel A. Escobar M., Leonel Ospina, Alberto Restrepo M., Germán Campuzano M. - Centro Antileucémico,
Fundación Armour, Cali - Hospital Militar Central, Bogotá - Hospital San Vicente de Paul,
Universidad de Antioquia, Medellín.

La quimioterapia de la L.L.A. tiene como objetivo producir una remisión completa continua que aumente la posibilidad de curación de la enfermedad. Este trabajo se hizo para evaluar el primer protocolo de Tratamiento de L.L.A. en Colombia (1973-01). Se incluyeron en el estudio 56 pacientes sin tratamiento previo, 20 del sexo femenino y 36 del sexo masculino, entre los 7 meses y 20 años de edad. De éstos fueron evaluables 54.

La terapia consistía en cuatro fases. En una primera fase, de inducción con vincristina y prednisona; la segunda fase, de profilaxis del SNC, con irradiación a cerebro y methotrexate intrarraquídeo; una tercera fase de mantenimiento con mercaptopurina, methotrexate y ciclofosfamida y una última fase de

refuerzo, que se repite cada 3 meses, con vincristina, prednisona y methotrexate intrarraquídeo. Con la inducción se logró RC en el 79.6% de los enfermos, siendo el 84.9% en los de "Riesgo Normal" y 71.4% en los de "Alto Riesgo".

La duración media de la RC fue de 11.8 meses y la supervivencia media de los que lograron RC fue de 18.3 meses. En el momento actual (30 meses), 26% de los pacientes continúan con la RC y el 36% se encuentran vivos.

Se discutirán los efectos colaterales de las drogas y las complicaciones de la enfermedad.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA: EVOLUCION CLINICA Y VALORACION DEL TRATAMIENTO COMO FACTOR DE REVERSIBILIDAD DE SUS COMPLICACIONES

Drs. Roso Alfredo Cala Hederich, Luis E. Téllez Mosquera, Germán Gamarra H.-
Hospital Ramón González Valencia, Bucaramanga.

Se estudian 44 pacientes con enfermedad hipertensiva, seguidos por un tiempo de 1 mes a 5 años. Se hace una evaluación clínica de los pacientes, teniendo en cuenta la severidad de la hipertensión arterial, la función renal, la presencia de encefalo-

patía y retinopatía, el estado cardiovascular en cuanto a la existencia de insuficiencia cardíaca diagnosticada clínicamente y cardiomegalia radiológica y/o electrocardiográfica. Estos mismos parámetros se analizan después de un tiempo de observación

bajo tratamiento médico directo, de acuerdo al grado de reversibilidad de las complicaciones encontradas. Se hace particular énfasis en la corrección adecuada de los valores de la tensión arterial, la mejoría de la encefalopatía, la retinopatía y la insuficiencia cardíaca congestiva. La función renal, como grupo en general, no parece modificarse en forma significativa, aunque individualmente si mejora en 15 casos. La cardiopatía, por el contrario, parece ser una complicación progresiva e irreversible

Se trata en particular un grupo de 5 diabéticos y 5 enfer-

mos con hipertensión arterial severa durante el embarazo. Se discuten los 8 casos de muerte ocurridos en el grupo, de acuerdo a la severidad de la hipertensión, al grado de alteración de la función renal y las complicaciones que presentaban. Para reforzar el argumento de que es la hipertensión arterial el mecanismo a través del cual se producen las complicaciones, particularmente el daño renal, se comparan 4 pacientes con nefropatía demostrada histológicamente, quienes evolucionan sin hipertensión arterial y no muestran deterioro de la función renal.

SINDROME NEFROTICO PARANEOPLASICO - COMUNICACION DE 4 CASOS

Drs. Santiago Valderrama, Carlos Palencia y Elizabeth de Báez - Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá.

Se presentan 4 pacientes con Síndrome Nefrótico Paraneoplásico, 2 con Linfoma de tipo Hodgkin, uno con Carcinoma de seno y otro con tumor de Willms. Se demuestra en forma clara el Síndrome Nefrótico y los estudios cuantitativos de inmunoglobulinas muestran en dos de los pacientes elevación de IgM y en los dos restantes baja de IgG. En las biopsias renales hay fijación de inmunoglobulinas IgG e IgM junto con fracción C3 del complemento a nivel de la membrana basal. En uno de los pacientes con Hodgkin se observan los mismos depósitos de inmunoglobulinas en la membrana basal, en microscopia electrónica. En dos de los pacientes la inmunofluorescencia tumoral fija el

mismo tipo de inmunoglobulinas, vistas en las biopsias renales. La microscopia de luz mostró en los dos casos de Hodgkin lesiones glomerulares mínimas, en el carcinoma de seno Glomerulonefritis segmentaria y focal y en el tumor de Willms glomerulonefritis hialinoproliferativa. Se postula la posibilidad de que el origen de los síndromes nefróticos, en estos pacientes sea secundario a un trastorno inmunológico sistémico, producido por antígenos tumorales, desapareciendo en dos de los pacientes y mejorando en uno, después del tratamiento de la enfermedad básica.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS - ESQUEMAS INSTITUCIONALES HOSPITAL SAN CARLOS

Drs. Gilberto Rueda P., Director; Alberto Muñoz Duque, Armando Contreras M., Pedro J. Cerezo, Eduardo Herrán O., Germán Jaramillo V., Héctor Maldonado Ch., Jorge Peña R., Guillermo Quintero C., Germán Guevara P., Jesús Duque Botero, Bogotá, Colombia.

De acuerdo a la clasificación socio-económica, al tipo de enfermedad y a la procedencia del paciente se indica un esquema diferente de acuerdo a lo siguiente:

Primitivo hospitalario, uno y dos. Primitivo ambulatorio uno y dos. Resistente hospitalario uno y dos. Resistente ambulatorio uno y dos. Máximo beneficio hospitalario. Se utilizan esquemas a base de: INH, SM, EMB, RMP, THZ, ETA, CS, en sus diversas combinaciones, con un período hospitalario que no pasa

de 90 días y control ambulatorio por la consulta externa del hospital o por los diversos consultorios de vías respiratorias del programa nacional de control de la tuberculosis.

En esta presentación se analizan los diversos esquemas, la dosificación de los productos utilizados y la filosofía de su aplicación en el momento actual de la quimioterapia moderna de la Tuberculosis.

ESTUDIOS COMPARATIVOS DE PROTEINAS Y LIPIDOS DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Drs. Guido Lastra, Edgar Sanabria, Ignacio Vergara y Julio Portocarrero Secciones de Bioquímica y Neurología - Fac. de Med. Universidad Nacional y CHS J de D., Bogotá.

Este trabajo es un estudio multidisciplinario de algunas enfermedades del Sistema Nervioso que afectan de predominio la mielina ya sea periférica o central, el cual ha sido diseñado en tres etapas.

En la primera parte se presentan los resultados de los

valores normales, de las diferentes fracciones de las proteínas y los lípidos del LCR, así como los patrones de inmunoelectroforesis, proteinogramas y cromatografía gaseosa de ácidos grasos, datos no establecidos previamente en nuestra población.

En la segunda parte estos resultados se compararon con

los obtenidos en suero y LCR en 12 pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Se pudo demostrar un aumento casi constante de las globulinas gamma y beta, sin que ellas reflejen alteraciones séricas paralelas. Se plantea la posibilidad de que las alteraciones encontradas en las diferentes fracciones de los lípidos del LCR sirvan como guía diagnóstica en este tipo de polineuropatías inflamatorias.

En la tercera parte se llevaron a cabo estudios comparativos similares en 7 casos comprobados de Panencefalitis Esclero-

sante Subaguda y en 7 de Esclerosis múltiple, encontrándose en el LCR elevación constante de IgG y un patrón característico constituido por 3 bandas en la zona de las gamma a la inmunoelectroforesis sérica. En 4 casos se encontró un aumento importante del colesterol en el LCR.

El análisis inmuno-químico del LCR es un instrumento diagnóstico importante ya que puede reflejar las alteraciones metabólicas del Sistema Nervioso.

INTOXICACION POR TALIO - ESTUDIO DE 45 CASOS

Drs. Luz Stella Ramírez, Manuel Rivera, Antonio Iglesias - Residentes Depto. de Medicina
Fac. de Medicina - U. Nal. CHSJ de D., Bogotá.

Siendo la intoxicación por Talio frecuente en nuestro medio y en vista de la falta de criterios uniformes para su manejo y tratamiento consideramos importante informar los resultados de un estudio de 45 casos que presentaron esta intoxicación. Se estudiaron dos grupos de pacientes uno de 23 casos del cual se hizo una revisión retrospectiva y otro de 22 pacientes estudiados prospectivamente con énfasis en el esquema de tratamiento.

Las edades oscilaron entre 10 y 50 años predominando el sexo femenino con una relación de 3:1. El intento de suicidio fué la causa principal de la intoxicación y en 2 se presentó ésta por exposición cutánea accidental.

Los preparados comerciales utilizados fueron "exterminio", "Matasiete", "Instantáneo" y "Zelio", obtenidos libremente en el comercio.

El cuadro clínico se clasificó en 5 períodos: inicial,

crítico, intermedio, tardío y de recuperación. La mayoría se hospitalizó en los períodos intermedio y tardío de la intoxicación (segunda y tercera semana). En todos se presentó alopecia y polineuropatía como signos cardinales; otras manifestaciones fueron dolor abdominal, alteraciones cutáneas, vómito, constipación, taquicardia e hipertensión arterial.

En 18 pacientes se determinó el Talio en orina antes y durante el tratamiento, el cual en el grupo de 22 pacientes consistió en la administración de cloruro de potasio, yoduro de sodio e hiposulfito de sodio 42 pacientes evolucionaron hacia la mejoría con recuperación total o parcial sin relación al tipo de tratamiento empleado. En 3 pacientes que ingirieron el tóxico durante el primer trimestre del embarazo, éste cursó normalmente con partos a término y recién nacidos normales sin evidencia de intoxicación. La mortalidad del grupo fue de 3 casos y se realizaron estudios anatomopatológico en 2.

TRASTORNOS CONVULSIVOS EN BOGOTA

Drs. Jaime Gómez González, Jorge Torres y Enrique Arciniégas
Instituto Neurológico de Colombia, Instituto Nacional de Salud.

Los autores presentan los resultados de la investigación epidemiológica realizada en Bogotá, para la cual se diseñó una metodología original con el objeto de repetir estudios similares y conseguir resultados comparables.

Se utilizó una muestra probabilística estratificada de la población con visitas domiciliarias realizadas por estudiantes de Medicina de los últimos años, supervisados por expertos en salud pública. Los casos sospechosos fueron examinados por neurólogos y se hicieron registros electroencefalográficos.

La tabulación del material y el análisis bioestadístico de-

terminó una tasa de prevalencia de Epilepsia en Bogotá de 19.5 por 1.000 habitantes, para el 31 de Diciembre de 1974. Esta tasa es -la más alta registrada en la literatura mundial para estudios de población general, por lo cual se recomienda la realización de estudios comparativos utilizando la misma metodología.

Se analizaron diferentes variables, encontrando predominio de las tasas en el sexo femenino. Se observaron cifras mayores en enfermos con antecedentes traumáticos craneoencefálicos y una tendencia familiar significativa.

ACTIVACION DE LOS CANALES DE SODIO EN MEMBRANAS CONDUCTIVAS POR ACCION DE LA BATRACOTOXINA, EL VENENO DE LAS RANAS DEL CHOCO

Dra. Eva Bartels de Bernal - Universidad del Valle - División de Salud.

Se ha ensayado la Batracotoxina sobre la preparación

de la electroplaca de la anguila eléctrica. Se ha diseccionado una sola

célula y se mide los potenciales de reposo y de acción con microelectrodos. Se encuentra que la Batracotoxina puede penetrar en su sitio de unión solamente con la corriente de acción, e.g. cuando los canales de sodio están abiertos. La Batracotoxina prolonga la duración del potencial de acción. Esta acción depende del pH y tiene efectos mayores en pH básico, que en pH ácido. Se demuestra que el efecto del pH sobre el potencial de acción se podría explicar, con el estado iónico de la macromolécula con que se une la Batracotoxina.

Cuando la Batracotoxina está dentro de la membrana por estimulación eléctrica y luego se despolariza la célula con carbamilcolina o con un aumento de la concentración de cloruro de potasio hasta un umbral, tiene lugar una despolarización adicional rápida, del tipo "todo o nada", que es revertida solamente por Tetrodotoxina o Anestésicos Locales. Se discute la importancia de estos experimentos para investigaciones sobre el proceso básico de la conducción en nervios y sobre el mecanismo de acción de algunas drogas que "estabilizan" membranas.

OFIDIOLOGIA - ASPECTOS MEDICOS

Dr. Rodrigo Angel Mejía, Departamento de Parasitología y Microbiología, Universidad de Antioquia, Medellín.

El autor destaca la importancia del tema en nuestro medio, dada su diversidad de climas, de bosques y la abundancia de serpientes de gran poder tóxico y hace un recuento histórico de la ofidología en Colombia. Describe las características generales de la biología de los ofidios, incluyendo la fisiología del aparato venenoso, los tipos de veneno y sus acciones. Analiza la

fisiopatología de los diferentes tipos de envenenamientos ofídicos y señala los principios de tratamiento de los accidentes ofídicos. Presenta un estudio sobre la mordedura por serpientes venenosas en Antioquia y una lista de nombres populares y científicos de los principales ofideos conocidos en el país. Presenta una extensa bibliografía y numerosas ilustraciones.

PARACOCIDIOIDOMICOSIS EXPERIMENTAL DEL RATON, INDUCIDA POR VIA AEROGENA

Dras. Angela Restrepo M., Ph. D. y Gisela Guzmán de Espinosa, T.M. - Laboratorio de Micología.
Depto. de Microbiología y Parasitología. - Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia, Medellín.

Se llevó a cabo un estudio con el objeto de determinar si era posible producir paracoccidiodomicosis en ratones inoculados por la vía aerógena, con la fase miceliar del *P. Brasiliensis*. Se utilizaron 2 cepas del hongo, las que fueron cultivadas en medios que favorecen la producción de esporos. Estos fueron recolectados y utilizados para la instilación nasal de ratones, 328 en total. Los animales fueron conservados por 16 semanas, siendo sacrificados periódicamente. Un 38.1% de los ratones adquirieron in-

fección pulmonar demostrada por la presencia del hongo en el tejido o por su aislamiento en cultivo. Se observó diseminación a bazo y/o hígado, en 14.2% de los animales. Una de las cepas resultó ser más virulenta, dando lugar a infección pulmonar más severa. Los resultados del estudio permiten aceptar que la fase miceliar del *P. brasiliensis* puede dar lugar, por vía inhalatoria, a una paracoccidiodomicosis activa.

PRESENCIA DE AFLATOXINAS Y DE ASPERGILLUS FLAVUS TOXIGENICO EN MAIZ ALMACENADO

Dra. María Lucía Shigematsu, Q. F. y M.Sc., Departamento de Microbiología y Parasitología,
Universidad de Antioquia, Medellín.

Se investigó la contaminación con aflatoxinas en 50 muestras de maíz almacenado en bodegas de tres empresas de Medellín, evaluando semicuantitativamente el contenido de aflatoxinas por el método de cromatografía en microcolumna y a la vez, obteniendo las cepas de *Aspergillus flavus* toxigénico presentes en la misma muestra. Los resultados de ambos procedimientos se correlacionaron posteriormente y se establecieron las comparaciones pertinentes. De dichas muestras, el 50.0% (25/50) mostró contaminación con aflatoxinas a niveles iguales o superiores a los 5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de muestra. Además, el 52.0% (26/50)

permitió, el aislamiento de *A. flavus* productor de dicha micotoxina.

La concordancia total entre los dos procesos fue solo de 54,0% (27/50); ello indica que para obtener una mayor cobertura en el estudio de las muestras es necesario, en lo posible, llevar a cabo tanto la detección del metabolito tóxico como el aislamiento del moho toxigénico.

Estos datos señalan el posible peligro que, para la salud, representa el consumo de maíz contaminado. De los datos obte-

nidos en el trabajo, se desprende que las condiciones de almacenamiento en que se encuentran los cereales en Medellín son inadecuadas. Se debe hacer hincapié en la forma de recolección

secamiento, transporte y bodegaje, restringiendo más los criterios de humedad y temperatura aceptados hasta el momento.

ICTIOSARCOTOXICOSIS

Dr. Alfonso Martínez M. - División de Salud, UIS, Bucaramanga.

Se refiere un caso de Ictiosarcotoxicosis no específica colectiva en Santa Marta (Colombia), por ingestión de carne de Gran Barracuda o Picuda de Mar (*Sphyræna Barracuda*, Walbaum).

Se revisa el tema y se presenta una nueva clasificación

de las distintas modalidades de Ictiosarcotoxicosis.

Se incluye una lista (preliminar) de peces marinos relacionados con Ictiosarcotoxicosis específicas y no específicas, con referencia especial a la Costa Atlántica de Colombia.

INFLUENZA EN PORCINOS DE ANTIOQUIA, COLOMBIA Y SU REPERCUSION EN LA SALUD HUMANA - ESTUDIO SEROLOGICO

Dr. Henry Hanssen V., M.Sc., Depto. de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Considerando que la Influenza se ha detectado en animales de algunos países y que su historia natural no es completamente clara, se realizó en el Depto. de Antioquia, Colombia, un estudio serológico con el ánimo de establecer si la infección ha existido en esta área geográfica.

El estudio se realizó en 4 áreas ecológicas de ese Depto. y en el Matadero Municipal de su capital. Se analizaron para 4

virus de Influenza sueros de porcinos de diferentes sitios de las áreas seleccionadas y de diferentes años. Los resultados presentan la primera evidencia serológica de infección con dos virus de Influenza porcina clásica en cerdos colombianos. Simultáneamente se demuestra que algunos virus de Influenza humana han circulado en los porcinos de esta área de Sur-América.

CARACOLES DE IMPORTANCIA MEDICA EN EL NEOTROPICO

Dr. Mario Acosta Gómez, Estudiantes de Medicina: Hugo Castaño H., Juan López R., Javier Rivillas C., Germán Vanegas M., Ramón Zapata G. y otros. - Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Todos los tremátodos, gusanos planos no segmentados, que pueden parasitar al hombre, requieren en su ciclo evolutivo un caracol como hésped intermediario.

Existen numerosos trabajos que destacan la biología de estos distomas, pero pocos estudios profundizan en los caracoles, que hacen posible el desarrollo larvario, desde miracidio hasta cercaria, de los tremátodos.

En el Neotrópico, zona geográfica que corresponde al Nuevo Mundo, situada entre el Trópico de Cáncer y el Trópico de Capricornio, tienen importancia médica tres distomatosis: esquistosomiasis, fascioliasis y paragonimiasis.

El presente trabajo es una recopilación de datos significativos para el estudio de caracoles de interés médico en el Neotrópico, complementados con algunos hallazgos hechos en caracoles en Colombia.

LA RADIOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES CON MANIFESTACION ARTICULAR

Drs. Hernando Morales. María Cristina de Valderrama, - Depto. de Radiodiagnóstico - Hospital San José, Bogotá.

Se estudian las entidades clínicas con manifestación articular, tomando como patrones básicos, los encontrados en Artri-

tis Reumatoide, Gota y Osteoartritis, por ser los más frecuentes en la consulta.

El diagnóstico diferencial se hace con enfermedades cuya clínica y alteración radiológica son similares, creando posible confusión.

La orientación del estudio se plantea hacia la necesaria

interpretación por parte del clínico, de los cambios radiológicos como ayuda diagnóstica, seleccionando los signos verdaderamente útiles en la práctica.

LA RADIOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES DEL COLAGENO

Drs. Hernando Morales, María Cristina de Valderrama, - Depto. de Radiodiagnóstico - Hospital San José, Bogotá.

El concepto "Enfermedades del Colágeno" cobija entidades con un cuadro histológico común y un factor inmunológico aparente en su etiología, lo que permite considerar en una misma clasificación, enfermedades, clínicamente diferentes.

Los cambios histológicos tienen manifestaciones radiológicas definidas, cuya evaluación es necesaria dada la dificultad de clasificar entidades, que atacan en forma similar diversos sistemas.

Se estudian 70 pacientes, comentando los cuadros historadiológicos comunes y las características propias de cada Síndrome que permiten llegar a un diagnóstico diferencial.

Se orienta el estudio histo-radiológico hacia la consideración de los signos útiles para el médico general.

