

RESUMENES DE ARTICULOS SELECCIONADOS

EDUCACION MEDICA EN ESCANDINAVIA. — Heppleston, A. C.; Cardiff. Inglaterra. — *The Lancet* II: 199-202, agosto 29, 1959.

El artículo es el producto de las impresiones obtenidas por el autor durante una visita, a 6 escuelas médicas de Escandinavia en 1958. Dinamarca posee dos universidades (Copenaghe y Aarhus) lo mismo que Noruega (Oslo y Bergen). En Suecia hay cuatro escuelas médicas universitarias (Upsala, Lund, Gotemburgo y Umea).

Entrada a la Universidad

La educación secundaria en Escandinavia es muy semejante al sistema alemán. Después de un mínimo de tres años en el Gimnasium,* donde la enseñanza tiene un fuerte énfasis humanista y lingüístico, los estudiantes entran a la Universidad a la edad de 18 o 19 años. En Dinamarca no se restringe el número de estudiantes admitido, que puede llegar a 300. Sin embargo, la selección se lleva a cabo después, cuando entre el 30 a 50% fracasan en los ramos preclínicos y abandonan la carrera.

En Suecia y Noruega, por otra parte, sólo entre el 20 a 50% es admitido a la Escuela de Medicina, ya que estos países tratan de regular la producción de médicos de acuerdo a las necesidades de la población y el progreso de la medicina. La selección se basa exclusivamente en las notas obtenidas antes de ingresar a la Universidad.

Objetivos principales de la educación médica

Especialmente en Dinamarca y Suecia existe ahora amplio acuerdo que la finalidad de los estudios médicos no es producir individuos totalmente capacitados para practicar todas las ramas de la medicina. La vastedad del conocimiento médico hace esto imposible. De aquí que el énfasis debe ponerse en un entrenamiento científico para proveer los fundamentos teóricos, a fin de que posteriormente se reciba entrenamiento especializado en alguna de las diferentes ramas de la medicina. Estos ideales han cristalizado gradualmente desde la última guerra, y en 1955 se reorganizó el programa de estudios en Dinamarca y Suecia.

El programa de estudios

No existe una división neta entre los estudios premédicos y las ciencias médicas básicas. Se da especial atención a los aspectos médicos de la química,

* Colegio secundario.

estadística, genética y psicología, y se empieza inmediatamente con los fundamentos de la anatomía. La tendencia a dar sentido humanístico amplio a la medicina se traduce en el estudio de la filosofía (Noruega y Dinamarca) y Latín (Noruega), durante este período.

En Dinamarca y Noruega la anatomía, fisiología y química médica se estudian durante dos años y medio, y durante dos en Suecia; la anatomía macroscópica y microscópica se correlacionan ya que los cursos son paralelos, y la estructura se interpreta desde un ángulo funcional. Actualmente se pone más énfasis en bioquímica y fisiopatología.

Introducción a la clínica

Una característica importante del nuevo programa de estudios sueco es el tercer año académico que se dedica a cursos de introducción a la anatomía patológica, bacteriología, medicina, cirugía y farmacología, con una modalidad más bien teórica. Durante este período el propósito es facilitar la transición al trabajo puramente clínico, poniendo énfasis en los aspectos científicos de los problemas clínicos. Aunque este período de introducción no es tan prolongado ni definido en Dinamarca y Noruega, los cursos preliminares son una parte integral del plan de estudios.

Entrenamiento Clínico

El cuarto año del programa sueco se destina a instrucción teórica complementaria en medicina interna y cirugía, técnicas clínicas y trabajo práctico en las salas y consulta externa. En 5º y 6º años se estudian, en forma de bloques de 2 a 4 meses, la pediatría, psiquiatría, obstetricia, ginecología y medicina social. El estudio de la anatomía patológica continúa a través de los años clínicos, principalmente en forma de conferencias y métodos de laboratorio. Antes de la graduación se requieren 9 meses de práctica supervisada en medicina, cirugía y alguna especialidad optativa, dándole a la carrera una duración total de 6 y 1/2 a 7 años. En Noruega el entrenamiento clínico es muy similar al de Inglaterra, dedicándose los dos primeros años a anatomía patológica, bacteriología, farmacología, medicina y cirugía y especialidades menores. El último año lo ocupan pediatría, ginecología, obstetricia y medicina legal. A lo largo del curso clínico se enseña medicina social. El curso clínico danés, que recuerda al noruego, dura cuatro años y es seguido de un año de internado supervigilado. Tanto en Noruega como en Dinamarca la carrera dura por lo menos 7 y 1/2 años.

Una característica notoria en toda Escandinavia es el énfasis en pediatría, medicina psicosomática y psiquiatría y medicina social.

Técnicas de Instrucción en el Período Clínico

La piedra angular del nuevo programa sueco es la integración entre las diferentes disciplinas, lo que equivale a introducir técnicas que son familiares

en Estados Unidos dentro del tradicional sistema Continental. El aprendizaje al lado del enfermo es de rigor. Las conferencias clínico patológicas son característica importante a lo largo de todo el curso clínico, incluso en obstetricia, ginecología y pediatría. En Dinamarca también se usan las conferencias clínico patológicas y en los cursos introductorios se imparte enseñanza por un docente para grupos de 10 estudiantes. En Noruega las conferencias clínico patológicas no están tan desarrolladas. En toda Escandinavia la Anatomía Patológica se enseña por medio de clases formales complementadas con demostraciones macro y microscópicas.

Métodos de promoción

Para presentarse a examen no es indispensable una asidua asistencia a clases. Los exámenes pueden ser escritos, con pocas preguntas y dando 3 a 6 horas para contestarlas, u orales, con un pequeño jurado o con solo el profesor, pudiendo éstos alterar la manera de examinar sin tener que consultarlo previamente a la facultad.

Entrenamiento de post-graduados

Es tradicional que en las escuelas médicas escandinavas existen magníficas condiciones para entrenamiento de post-graduados e investigación. Los recién graduados por lo general adquieren 2 años de experiencia hospitalaria antes de entrar en la práctica privada.

El entrenamiento de un especialista dura entre 5 y 10 años y en Suecia existen disposiciones estrictas para practicar las especialidades. No es frecuente que las posiciones clínicas de responsabilidad sean ocupadas por candidatos de menos de 40 o 45 años. El personal docente dispone de facilidades técnicas y humanas generosas. Hay buenos laboratorios y tiempo adecuado para la investigación.

Dr. M. MIRANDA

TRATAMIENTO INTRADUODENAL DE LA TENIASIS, UNCINARIASIS Y ESTRONGILOIDIASIS. — Schreiber, W. - Nuernberg, Alemania. - *Gastroenterology* 37:346 - 349. (set.) 1959.

Después de señalar los factores que en la práctica limitan tanto la efectividad del tratamiento contra la teniasis, el autor sugiere el siguiente método de tratamiento.

1. El paciente es hospitalizado a fin de obtener su máxima cooperación, y se le explican los detalles del tratamiento.
2. Se emplea dieta líquida por dos días.
3. Al final del segundo día se le da una onza de sulfato de magnesio por vía oral.

4. En la mañana del tercer día se administra secobarbital para sedar y atropina (1/150 gramos) para reducir la salivación y relajar el tono pilórico.

5. Con el paciente en ayunas se introduce una sonda de Miller Abbott. Si hay control fluoroscópico se hace avanzar el tubo hasta que la punta quede en la parte media del duodeno. Si no se dispone de control fluoroscópico debe poder aspirarse bilis para estar seguro de estar en el duodeno. Es necesario que el extremo del tubo se extienda lo suficiente en el duodeno a fin de que todos los agujeros queden distales al píloro.

6. Por el tubo intraduodenal se instila un gramo de atebрина disuelto en 100 c.c. de agua.

7. Después de un "período variable", se instila intraduodenalmente una purga de sulfato de magnesio. El paciente debe defecar en un recipiente con agua a temperatura corporal.

De 37 pacientes con teniasis tratados en esta forma el tratamiento fue efectivo en 35, y fracasó en 2 porque el tubo no estaba en el duodeno. Estos 2 casos se trataron de nuevo con éxito.

El autor usa el mismo método para el tratamiento del *Necator americanus* en 124 pacientes instilando 4 c.c. de tetracloretileno, obteniendo un 94% de curas y también el 31 en pacientes con strongiloidiasis, instilando 25 c.c.

Dr. M. MIRANDA

ENFERMEDAD DE WILSON. COMUNICACION DE UN CASO CON NIVEL NORMAL DE CERULOPLASMINA. — Enger, E., Drammen, Noruega. — *Acta Médica Escandinávica* 163:121-124 (feb. 1959).

Está establecido que la enfermedad de Wilson es un error congénito asociado con alteraciones del metabolismo del cobre. De acuerdo a la hipótesis más aceptada en cuanto a patogenia, existe un error genético en la síntesis de la ceruloplasmina, una globulina alfa 2 que tiene afinidad por el cobre. Normalmente cerca del 95% del total del cobre plasmático está ligado a la ceruloplasmina. En la enfermedad de Wilson la baja concentración de cobre sanguíneo está asociada con una baja cantidad de ceruloplasmina, que es proporcionalmente más acentuada que la del cobre plasmático. La fracción de cobre que no está unida a la ceruloplasmina sino en forma laxa a la seroalbúmina permanece proporcionalmente elevada, lo que resulta en excreción del metal en la orina y a su depósito en los tejidos que tienen mayor afinidad por el que la seroalbúmina. La acumulación de cobre en el hígado y cerebro conduce a la disfunción de estos órganos, produciendo el cuadro de la degeneración hepatolenticular.

Se presenta un caso clínico con síntomas y signos de daño hepatocefal, presencia de anillos de Dayser Fleischer en la córnea, baja del nivel de ácido úrico en la sangre, aumento de la excreción urinaria de cobre y aminoácidos, aumento del contenido de cobre en los tejidos y confirmación necrótica. Empero, el nivel de ceruloplasmina era normal.

Dr. M. MIRANDA

CORTICOTROFINA Y ESTEROIDES SUPRARRENALES EN ENFERMEDADES HEPATICAS. — Goldgraber, M. B.; Kirsner, J. B. - Chicago, U. S. A. - *A. M. A. Arch. Int. Med.* 104:469 - 489, (set.) 1959.

El artículo es una revisión bibliográfica al día sobre el problema que el título indica, y que cuenta con 163 referencias.

El interés del asunto hace que sea útil mencionar los puntos fundamentales del sumario final:

"La corticotrofina y el ACTH inhiben los procesos inflamatorios, la proliferación fibroblástica, la neoformación de capilares y granulomas. Disminuye la permeabilidad capilar y al parecer disminuye las respuestas inmunológicas".

En relación con el hígado, causan un aumento marcado del contenido de glicógeno y prótidos hepáticos. En animales tratados con estas sustancias, la grasa hepática puede o no estar aumentada. Se ha encontrado experimentalmente que los esteroides previenen la necrosis hepática, reducen la cantidad de tejido reticular y revierten la cirrosis inducida experimentalmente. El hecho más importante de los esteroides con respecto a la enfermedad hepática es la reducción de la bilirrubinemia en pacientes ictericos. Esto puede ser el resultado de la acción antiflogística que poseen; puede ser facilitado por una disminución de la permeabilidad celular, de la formación de la bilirrubina, o por disminución del exudado inflamatorio alrededor de las delicadas estructuras del canal de Hering.

En la hepatitis infecciosa, la frecuencia de las recidivas haría poco conveniente el uso de esteroides o ACTH en las formas comunes de la enfermedad. Aunque se han estudiado muchos pacientes, los datos carecen de valor estadístico. La corticotrofina y esteroides tienen un efecto favorable sobre los síntomas de la enfermedad; acortarían la duración de la enfermedad cuando se administran 10 días después de iniciados los síntomas, pero la experiencia general indica que estas drogas deben reservarse para los casos severos y fulminantes. En la hepatitis crónica activa estos agentes son de poca o ninguna ayuda.

Dr. M. MIRANDA

CULTIVO BACTERIOLOGICO DEL HIGADO HUMANO ENFERMO. — Stormont, J. M.; Mackie, J. E.; Kass, E. H.; Davidson, C. S. - Boston, Mass. U. S. A. *Ann. Int. Med.* 51:17-22 (julio), 1959.

La importancia de las bacterias en la patogenia de las enfermedades hepáticas está poco definida. En la colangitis ascendente es frecuente la invasión bacteriana del hígado. En otros tipos de enfermedad hepática con frecuencia se ha postulado —mas no demostrado— la invasión del hígado por bacterias.

En ratas se ha estudiado la acción de las bacterias intestinales en la producción de cirrosis experimental, pero es difícil transferir estos hallazgos a la cirrosis humana.

En 20 pacientes con varios tipos de enfermedad hepática aguda y crónica se hizo cultivo bacteriológico del hígado. Estos se obtuvieron por medio de la biopsia o por aspiración hepática cuando la biopsia estaba contraindicada. Se utilizó un conteo cuantitativo para diferenciar contaminación de infección. El único cultivo positivo se obtuvo de un paciente con coledocolitiasis y colangitis ascendente.

Los datos actualmente disponibles sugieren que corrientemente no hay bacterias en el hígado o sangre portal, pero que estas pueden invadir la vena porta bajo condiciones fisiológicas extraordinarias como trauma abdominal, cirugía, irradiación, shock, anoxia u otras circunstancias conducentes a cambios locales en la pared intestinal. No está claro por qué la estasis biliar está especialmente ligada a la retención bacteriana en el hígado.

Dr. M. MIRANDA

DIAGNOSTICABILIDAD RADIOLOGICA DE LA ULCERA GASTRICA. — (Revisión de 100 casos confirmados de Carcinoma Gástrico). - (Original en Inglés). Kirsh, I. E. - Illinois, U. S. A. - *Gastroenterology* 37:53-59 (julio), 1959.

Un estudio de 100 casos consecutivos de carcinoma gástrico confirmado demostró que se hizo un diagnóstico radiológico preoperatorio correcto en 81% de los casos. De los que no fueron correctamente diagnosticados (19) muchos de ellos (7) sencillamente pasaron desapercibidos. Sólo un caso (1%) de carcinoma fue considerado como úlcera benigna en el examen radiológico preoperatorio.

Se intentó control clínico de 103 pacientes con úlcera gástrica, lográndose en 83, los cuales han tenido un control de más de dos años, y si han sobrevivido menos de dos años, se conoce la causa de muerte. En ninguno de ellos se produjo carcinoma gástrico.

Si el cirujano o el patólogo son incapaces de hacer un diagnóstico diferencial macroscópico correcto entre úlcera y cáncer, no debe concluirse que el radiólogo comete el mismo error.

DEPARTAMENTOS DE MEDICINA EN 1970. II. MÉTODOS DE ENSEÑANZA. — Williams, R. H. - Seattle, Washington, U. S. A. - *Ann. Int. Med.* 51:110-128 (julio) 1959.

Este trabajo presenta datos derivados de respuestas a un cuestionario que fue enviado a los jefes de los departamentos de medicina de todas las escuelas médicas en Estados Unidos, y a otros cien miembros de tiempo completo en medicina. Las siguientes opiniones fueron favorecidas por una definida mayoría de las respuestas:

Hubo preferencia por tres o cuatro años de estudios premédicos, incluyendo de uno a dos años de Biología, Física y Matemáticas, y dos a tres años de Química.

Se consideró que el óptimo de estudiantes por curso sería de 50 a 100, con un promedio de 75.

No se favoreció el destinar tiempo para cursos electivos durante el primer año, pero se favoreció dar uno a dos meses para ellos en segundo año, uno a tres meses en tercero y dos a cuatro en el cuarto. Se consideró aconsejable ofrecer 11 meses de curso lectivo en tercero y cuarto año. Algunos estudiantes seleccionados con vocación para la investigación deben ser estimulados a dejar la escuela por un año, a fin de dedicarse a investigar.

Durante el tercero y cuarto año combinados se favoreció destinar los siguientes porcentajes de tiempo, excluyendo los cursos electivos, para las respectivas disciplinas: Medicina 33, Cirugía 23, Pediatría 14, Ginecología y Obstetricia 11, Psiquiatría 11, Medicina Preventiva y Salud Pública 6, Radiología 6. Se impugnó en que los estudiantes gasten su cuarto año en capacidad de internos rotatorios. También se impugnó que los Psicólogos y Sociólogos aumentaran mucho su ingerencia en la educación médica y atención del paciente. No se favoreció ningún tipo de "atención domiciliaria" (home care).

Se consideró que el personal a tiempo completo debe destinar mayor tiempo discutiendo con los estudiantes sus objetivos futuros y que a cada estudiante debe asignársele un consejero de la facultad.

Para quien está seguro de dedicarse a Medicina Interna, el internado exclusivo en esta disciplina es preferible al internado rotatorio.

Un médico que piensa dedicarse a medicina general, debe entrenarse dos o tres años como residente. El número óptimo de años de residencia en Medicina Interna, para alguien que desea dedicarse a la medicina interna, es de 3; en general, antes de iniciar estudios especializados es aconsejable destinar dos o tres años a Medicina Interna.

Dr. M. MIRANDA

FIBROELASTOSIS ENDOMIOCARDICA. — C. Jiménez Díaz; E. López García. *Revista Clínica Española*. - 33-72, 1959.

Los autores repasan brevemente la literatura con ocasión de un caso presentado en un paciente con historia reciente de filiarisis contraída en Africa dos años antes de su deceso, y cuya evolución clínica recuerda las observaciones publicadas por Bedford, Konstam y Davies recogidas todas en *Africa también*.

El enfermo en cuestión presentó un cuadro de disnea creciente, cianosis, estasis hepático sin esplenomegalia, derrame pleural, insuficiencia renal y una auscultación cardíaca pobre en datos salvo un ligero soplo sistólico en tricúspide con electrocardiograma sugestivo de sobrecarga derecha y miocarditis. Hay una silueta cardíaca ampliada. El examen necrópsico confirma la pleuro-pericarditis del diagnóstico clínico pero como hallazgo capital existe una intensa fibrosis de endocardio en corazón izquierdo, con notable engrosamiento y rigidez. El miocardio se encuentra igualmente invadido. El estudio histológico da una dege-

neración cucoide y fibrinoide del endocardio y en el sub-endocardio igual degeneración fibrinoide en la íntima de los vasos. En el miocardio disociación de fibras elásticas y fibrosis. En el riñón se ven los glomérulos con lesiones glomerulares que recuerdan el lupus.

Repasando la literatura nos encontramos con que Gross en 1941 fue uno de los primeros que llamó la atención sobre este síndrome en niños con corazón grande, cianosis e hiposistolia, en los que el estudio histológico no pudo encontrar signos de verdadera endocarditis, que invalidaba el diagnóstico clínico que en todos era de endocarditis fetal. Pero fue Weimberg y Himmelfarb quienes en 1943 dieron por primera vez al proceso el nombre de fibroelastosis endocárdica, describiendo el endocardio como una capa blanca, como porcelana, rígida, sin focos inflamatorios y con gran aumento de fibras elásticas y colágenas, con elastosis perivascular. Clínicamente, se puede encontrar el caso de muerte brusca con escasos signos anteriores, un proceso agudo de taquicardia, disnea y estasis periféricos, y muerte en una o dos semanas, y una forma crónica con ortopnea, sin soplos y auscultación muy variable. Toda esta sintomatología es en niños.

En adultos fue Loeffler en 1936 el que describió dos casos con el nombre de endocarditis fibroplástica, pero él los atribuyó a una forma atípica de endocarditis lenta juzgando la frecuente presencia de embolias renales. Becker en 1953, es el primero que asimila el proceso a la enfermedad del colágeno y habla de colagenosis cardiovascular con trombosis del endocardio parietal. Los casos africanos señalan cuadros similares a la pericarditis constructiva, con asistolia primero de tipo derecho, y después de izquierdo y soplo suave en foco tricúspide. Se distingue de la pericarditis en la silueta cardíaca ampliada, el latido limitado, la dilatación de aurícula izquierda sin estenosis mitral y la presencia de focos miocárdicos.

Los autores terminan el estudio declarándose partidarios de la etiología reactiva angioconectiva similar a la de las enfermedades del colágeno, señalando la importancia que tendría un serio estudio sobre la frecuencia extraordinaria de casos en Africa, lo que le haría sospechoso de estar relacionados con algún proceso infectivo o parasitario, así como el caso presentado tenía una historia anterior de filariasis.

Dr. R. RUANO