

noticias

"LA CUESTION ES SOLO ENTRE LA LIBERTAD Y EL DESPOTISMO". JOSÉ ARTIGAS

REDACTOR RESPONSABLE: Dr. Barrett Díaz Pose. Correos del Uruguay, Perm. N° 169, Impresos de Int. Gral. Dec. del P. E. de Enero de 1951. Franqueo a Pagar Cta. N° 109. Impreso en IMCO (Imp. Cooperativa), Gaboto 1918. Dep. Legal - 29.821.

MEDICINA GENERAL — FAMILIAR (VIII)

LA LARGA NOCHE PRECRITICA

"La sicología de la actitud objetiva es la historia de nuestros errores personales".

G. Bachelard

"Si puedes ver de pronto hundirse la labor de tu vida (...) serás un hombre".

R. Kipling

EL proceso de abstracción, que desde la singularidad del hecho nos traslada hacia las leyes teóricas, y que constituye la suprema síntesis del espíritu científico, no se realiza fluidamente sino atravesando vallas, obstáculos diversos; dos sobre todo en el terreno de la clínica: **gnoseológicos** (o sea, de la metodología con que enjuicamos o evaluamos los datos, las informaciones de la ciencia) y **sicológicos** (o sea, de los intereses afectivos incluidos en el proceso mismo de conocer, de la contaminación del "hecho" por nuestras pasiones y deseos). Solo es saber científico aquel cuyos ejes racionales permiten su reconstrucción; el resto es información cruda, virginal, o mera mnemotecnia. Pero a ese saber se accede venciendo aquellos obstáculos, que no le son exteriores; son intrínsecos al proceso de conocer. Gnoseológicamente no hay conceptos científicos sin vigilancia metodológica, no hay "Eurekas" puros; sino frutos precisos, síntesis adecuadas de lo real —concreto con lo formal— abstracto. Sicológicamente no hay verdad científica sin un error rectificado: la educación de cada persona se realiza enfrentando a las "imágenes familiares" que obstaculizan la matematización del conocimiento. Gnoseológica y sicológicamente no se puede acceder al saber científico sino mediante un **trueque de culturas**: cambiando las imágenes precientíficas por las científicas; cada pensamiento científico es un cúmulo de obstáculos vencidos.

Por ello es que una concepción elaborada de la libertad del hombre no puede sino plantearla en términos de dominio de obstáculos; libres son

quienes conocen las leyes objetivas, no quienes pretenden imponer sus limitaciones de método y su fogosa afectividad.

EN el campo de la clínica, aunque las jactanciosas apelaciones al "olfato" y a la "experiencia" pretendan eludir la cosa con maniobras puramente verbales, poderosos obstáculos continúan su vida sorda en lo hondo del espíritu de todos nosotros. No podremos respirar el aire fresco de la ciencia en clínica mientras ellos acechen; subsisten puesto que la crítica no ha obrado aún con amplitud y profundidad; luego de esta crítica, labor colectiva, labor de años, se impondrá la ciencia clínica en toda su extensión.

• UN OBSTACULO: LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DOMINANTE.

La pereza intelectual se refugia en el empirismo, y se excusa de investigar las leyes de desarrollo de los fenómenos. Se restringe al sensualismo, a regodearse con los datos de los sentidos. Se debe en cambio remontar el camino de la abstracción; se deben conocer los fenómenos naturales resistiendo la imagen básica, depurándola. Y que no se refute con índice acusador: "jesquematismo!". El espíritu precientífico no se dirige a la **variación** sino a la **variedad**; sólo el concepto científico abarca la **variación** (todas las variables de un fenómeno, englobadas en un sistema teórico, que enriquece la comprensión y facilita la matematización). Lo que

(Pasa a página siguiente)

1920 - 11 de agosto - 1975
55 ANIVERSARIO DEL
SINDICATO MEDICO
DEL URUGUAY

SINDICATO
MEDICO DEL
URUGUAY



1920 - 11 de agosto - 1975

Colonia 1938 P. 2 - Tel. 40 11 49.
Filial de la Confederación Médica
Panamericana. Miembro de la Asoc.
ciación Médica Mundial

120

LA LARGA NOCHE PRECRITICA (viene de pág. ant.)

hay de más inmediato en la experiencia es lo puesto por nosotros mismos: nuestros deseos y pasiones. Su predominio es un obstáculo a vencer.

• **UN OBSTACULO: LA EXPLICACION POR LA PALABRA.** La generalización precoz, la certidumbre prematura detienen a la experiencia, la envuelven en una palabra: establecen un acuerdo verbal en una definición. La acción persuasiva del lenguaje carga a las palabras de un presunto contenido al que atribuye propiedades explicativas: "poro" es una de las más socorridas en medicina; pero hay una legión de palabras mágicas, valorizadas de antemano. Se debe en cambio realizar una generalización más vasta, y dentro de ella precisar las variaciones; se debe llegar a un sólido concepto, y junto a ello precisar sus condiciones de aplicación, sus limitaciones: a todo concepto científico se asocia su anticoncepto. Pero sin entender al experimento "completo" como una suma extensiva, sino en el sentido de coherencia comprensiva, de abstracción rigurosa, objetiva, atendiendo a sus requisitos.

• **UN OBSTACULO: LA UNIDAD DE LA NATURALEZA.** Se "resuelven" los problemas con la sola referencia a un "principio general" de la naturaleza. La "perfección" de la naturaleza es, para el espíritu precientífico, una forma de explicación. Así se realizan trasposiciones de causas de un terreno a otro: de los astros a la patología humana; se plantean condicionamientos plausibles jamás probados. Se debe en cambio reconocer dualidades, diferencias de naturaleza de los fenómenos, sin forzar vínculos presuntamente explicativos o predictivos.

• **UN OBSTACULO: EL SUSTANCIALISMO.** Se siente la necesidad de que cualidades profundas estén encerradas en el interior de las cosas o procesos. Así, las cualidades sensibles directas, los elementos descriptivos, están "en cortocircuito" con una "sustancia": la "sequedad", la "esponjosidad". Lo que no es sino simple metáfora es tenido por una "sustancia", algo de más prestigio y valor presuntamente explicativo. Se piensa como se percibe (una vez más, sensualismo), sin mayor esfuerzo, sin discusión teórica ni jerarquización. Se debe en cambio realizar una abstracción; no una mera intuición de base sensualista.

• **UN OBSTACULO: ADJUDICAR CAUSALIDADES.** El espíritu precientífico, gozoso con las intuiciones básicas y poco proclive a la abstracción rigurosa, establece sin pruebas causalidades entre fenómenos. ¡En 1975, en nuestra práctica clínica cotidiana, todos los días somos derrotados por este obstáculo grosero! Solo una experimentación sistemática, una verificación bien reglada, y una justa evaluación de los resultados pueden establecer la causalidad. De lo que más carece el espíritu precientífico es de una doctrina de los errores experimentales: por eso establece vínculos poco vigilados, fáciles, falsos.

• **UN OBSTACULO: LA ADHESION APASIONADA A LOS DICTADOS DEL GUSTO.** Se toma la satisfacción íntima como factor que pesa en favor de una hipótesis, en lugar de extremar la exteriorización de evidencias racionales. En cambio el instrumento de medida debe ser la contrastación científica; se debe construir la ima-

gen cognoscitiva objetiva en contra de nuestras certidumbres primarias, de nuestras convicciones previas al fenómeno que pretendemos conocer.

• **UN OBSTACULO: LA INTENCIONALIDAD EN LOS FENOMENOS NATURALES.** La fantasía teleológica sobrevive aún, más hondamente de lo que pareciera indicar su inocente aspecto de mal recurso didáctico.

EN todo espíritu cultivado quedan restos del pensamiento precientífico; ideas falsas valorizadas por el inconciente; intereses afectivos que acompañan e impurifican a los esfuerzos del conocimiento objetivo; metodologías mecanicistas que enjuician defectuosamente los datos de la ciencia (vistas en la nota VII). Solo el análisis crítico puede "exorcisar" esos residuos del pasado encastrados en lo hondo del alma. Es precisa una ruptura con la **etapa precrítica** para asumir a la clínica como a una ciencia; con su método, que no es sino el experimental; con su bagaje de conocimientos y sus problemas no resueltos que dinamizan la investigación científica; con sus hipótesis; el planteo clínico (la determinación de estructuras operativas —sindromáticas o no— y la restricción dentro de lo nosológico), con sus técnicas de contrastación: la paraclínica, la evaluación del resultado terapéutico; con su creación de nuevo conocimiento: el diagnóstico; con su lenguaje específico.

Es preciso someter a crítica implacable a todos los vicios gnoseológicos y psicológicos que se erigen como obstáculos de la ciencia clínica.

SERVICIOS QUE OFRECE EL S. M. U. A SUS ASOCIADOS

- Asesoría Jurídica.
- Afiliación Colectiva al C.A.S.M.U.
- Fondo de Solidaridad Social.
- Colonia de Vacaciones.
- Peluquería para caballeros.
- Peluquería para hijos de socios.
- Pago de patentes de rodados.
- Pago de aportes a la Caja de Jubilaciones Profesionales.
- Venta de distintivos para automotores.
- Impresión de trabajos a mimeógrafo.
- Copias a máquina.
- Fotocopias sistema XEROX.
- Plastificación de documentos.
- Matrices térmicas.
- Registro Médico y Padrón Médico Nacional.
- Revista Médica.
- Afiliación Colectiva a CORAU.
- Salón de Actos.
- Biblioteca.

CARTA MEDICA

(Versión española de THE MEDICAL LETTER
ON DRUGS AND THERAPEUTICS)

PUBLICACION INDEPENDIENTE SIN
FINES LUCRATIVOS SOBRE
MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA

Publicada y distribuida en el Uruguay
por el Sindicato Médico del Uruguay.
Coordinadores: Dres. Homero Bagnulo,
Barret Díaz, Hugo Dibarboure, Juan C. Macedo.

Publicada por The Medical Letter, Inc., 56
Harrison Street, New Rochelle, N. Y. 10801

"Carta Médica", publicación dedicada a la información actualizada sobre medicamentos y terapéuticas, dentro del programa de "educación médica continuada" impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), será publicada por "Noticias" en próximos números.

Recibiremos 26 ediciones al año de la traducción oficial autorizada al español. Los nombres comerciales estadounidenses de los fármacos serán sustituidos por las denominaciones en uso en nuestro país, de acuerdo a la autorización de The Medical Letter Inc.

CONGRESOS Y REUNIONES

SEMANA DE LA HEMATOLOGIA FRANCESA

del 27 al 31 de octubre 1975

A desarrollarse en el Instituto de Investigaciones Hematológicas "Mariano R. Castex" de la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Director: Dr. Alfredo Pavlovsky.

Dictada por los Profesores: Dr. Jean BERNARD, Director del Institut de Recherche sur les Maladies du Sang del Hospital Saint-Louis, París, Francia.

Dr. Marcel BESSIS, Director del Institut de Pathologie Cellulaire et de Cancerologie Experimentale en el Hospital de Bicetre, Le Kremlin Bicetre, Francia.

Programa Preliminar

Lunes 27: Estado actual del tratamiento de la Leucemia Aguda. 9.00 hs.: Tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda. Prof. Jean Bernard. 9.30 hs.: Experiencia del G.A.T.L.A. 9.45 hs.: Discusión general. 10.00 hs.: Intervalo. 10.15 hs.: Tratamiento de la leucemia mieloblástica aguda.

Prof. Jean Bernard. 10.40 horas: Tratamiento de la leucemia promielocítica aguda. Prof. Jean Bernard. 11.00 hs.: Leucemia Experimental. Mesa Redonda. 11.10 hs.: Discusión General.

Martes 28: 9.00 hs.: Aplasia medular y su tratamiento. Injerto de médula ósea. Prof. J. Bernard. 10.00 hs.: Discusión general. 10.30 hs.: Intervalo. 10.45 hs.: La forma y deformación de los glóbulos rojos. Su función en las diferentes anemias. Conferencia y presentación de un film sobre el tema. Prof. Marcel Bessis. 11.30 hs.: Mecanismos inmunológicos en linfomas y leucemias. Mesa Redonda.

Miércoles 29: Tratamiento actual de la enfermedad de Hodgkin. 9.00 hs.: Radioterapia - Quimioterapia. Indicaciones de la Esplenectomía. Prof. Jean Bernard. 10.00 hs.: Intervalo. 10.10 hs.: Combinaciones terapéuticas. Prof. Jean Bernard. 10.40 hs.: Experiencia del Instituto de Investigaciones Hematológicas. Dr. Alfredo Pavlovsky. 11.00 hs.: Discusión general.

Jueves 30: Hematología Geográfica. 9.00 hs.: Hematología genética. Peristática. Etnológica, etc. Prof. Jean Bernard. 10.00 hs.: Intervalo. 10.15 hs.: Discusión general. Presentación de experiencias argentinas. 10.45 hs.: Epidemiología en linfomas y leucemias. Mesa Redonda. 11.30 hs.: Conferencia en honor al Dr. Miguel A. Etcheverry, por el Prof. Jean Bernard.

Viernes 31: 9.00 hs.: Neurotaxis: Su función en la inflamación. Conferencia y proyección de un film. Prof. Marcel Bessis. 10.00 hs.: Intervalo. 10.15 hs.: Mesa redonda sobre Aporte de la Microscopía Electrónica en Hematología. Coordinador: Prof. Marcel Bessis. 11.15 hs.: Cultivos celulares. Cariotipos (en linfomas y leucemias). Mesa redonda.

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGIA DIGESTIVA

Tercera Convención: 21, 22 y 23 de agosto de 1975. Academia Nacional de Medicina (Bs. As.). Secretaría: Junín 845, Buenos Aires. Tel. 839796.

III CONGRESO ARGENTINO DE HEMATOLOGIA

Jornadas Tucumanas - 1975

1.º al 4 de octubre de 1975
Organizadas por Sociedad Argentina de Hematología - Sociedad de Medicina Interna de Tucumán.

Programa Preliminar

- 1.º) Radioisótopos en Hematología.
- 2.º) El Granulocito Neutrófilo.
- 3.º) Progresos Terapéuticos en Hemopatías Neoplásicas.
- 4.º) Anemias Nutricionales, Ferropénicas y Sideroblásticas.
- 5.º) Histocompatibilidad y su Aplicación en los Trasplantes de Médula Ósea.
- 6.º) Enfermedades Transmisibles por la Transfusión de Sangre. Uso racional de la Sangre y sus Derivados.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva realizará su 3.ª reunión científica en la ciudad de Mar del Plata los días 19 al 22 de noviembre de 1975.
Será tema central: "EL ENFERMO EN COMA".

El médico ante

I) EL AUXILIO A LOS MORIBUNDOS

LOS recursos técnicos que permiten prolongar la vida de los viejos con alteraciones del estado de conciencia o de niños con anomalías irremediadas son objeto de opiniones contradictorias. Los juicios emitidos en base a los "medios terapéuticos extraordinarios", son en gran medida subjetivos e implican una apreciación sobre el valor y la duración probable de la vida conservada.

"El doctor decía que los sufrimientos físicos de Ivan Ilich eran terribles, y decía la verdad; pero sus sufrimientos morales eran aún más espantosos que sus dolores físicos, y eran ellos los que le torturaban, por encima de todo" (León Tolstoi: "La Muerte de Ivan Ilich").

M. S. es diabético. Ha sido amputado por una arteritis y ha presentado numerosos accidentes vasculares encefálicos. Ansioso, excitado, hemipléjico, disártrico, con una degradación rápida de su estado general, que ha motivado su aislamiento en una habitación, donde está, al decir de la enfermera, pendiente de su campanilla. "Se ensucia en forma deliberada, y cuando no se ensucia, llama para molestarnos". ¿No es cierto que esto es para él el único modo de llamar la atención, de pedir socorro, de intentar establecer la comunicación que reclaman su cólera, su tristeza o su angustia? Del punto de vista terapéutico no hay para él gran cosa a intentar o a esperar.

Una quincena de médicos anónimos se han sucedido a su cabecera.

M. S. se sentía ligado a uno de ellos. "Venía por las tardes. Es el único que se sentó. Es posible que los viejos sean más competentes, pero los jóvenes son más bondadosos. Me tomaba la mano. La desgracia con los jóvenes es que cambian a menudo de servicio". A la enfermera le gustaría también "sentarse al lado de un enfermo, hablarle y tomarle la mano".

"Si solamente tuviera tiempo...".

No es ciertamente que les falte buena voluntad, pero 30 enfermos a su cargo, atendidos seriamente, consumen todos los recursos de una amabilidad y de una competencia sin duda admirables. A decir verdad, en el Hos-

pital, ¿quién tiene tiempo y quién se interesa por los estados de ánimo de un moribundo? No se evalúa más que por el balance de sus electrolitos, la calidad de su función renal, y las variaciones de su glucemia y de su presión arterial...

La mitad de las muertes ocurren actualmente en el Hospital, un tercio en el asilo, y el resto en un accidente, en un lugar público, o en domicilio. En estas proporciones, radicalmente diferentes a las de otras épocas, la proporción correspondiente al Hospital no cesa de crecer.

Las dificultades de vivienda, el trabajo de las mujeres fuera de su casa —en tanto que antes se consagraban aún al cuidado de los niños y de sus padres ancianos— el debilitamiento de los lazos familiares, favorecido por una fuerte dosis de egoísmo y de elusión de las responsabilidades, la creciente complejidad de las técnicas médicas y la fe ciega depositada en ellas, explican una situación en que las autoridades sanitarias no han reflexionado en forma suficiente.

Nada en el curso de sus estudios prepara al médico o a la enfermera para afrontar la muerte o tratar al moribundo. Los cursos de sicología son inexistentes, y la selección practicada en la Facultad en base a las ciencias consideradas fundamentales —física, química o estadística— no tiene precisamente por objeto evaluar las cualidades afectivas.

El médico no se ha preocupado hasta ahora por comprender la muerte, a la que tiene como símbolo de su fracaso, y a la que combate por oficio, no porque lo confronte a la suya, como pretenden ciertos siquiátricos, sino porque su mística es la vida y su único medio es la técnica.

II) LOS SILENCIOS Y LAS MENTIRAS

Los trabajos llevados a cabo en Estados Unidos y en Australia durante los últimos años permitirán sin duda llenar este vacío, en la medida en que sean difundidos en Europa. Los más conocidos provienen de una siquiátrica suiza, que habiéndose casado con un norteamericano no sabía como integrarse en las estructuras hospitalarias y el organigrama sanitario de Chicago,

donde se había establecido. Al comprobar que los únicos enfermos que parecían abandonados por la colmena agitada de los médicos, técnicos de laboratorio y enfermeras eran los agonizantes, se dedicó a pasar cerca de ellos largas horas, a hablarles, y sobré todo a escucharlos; el fruto de sus observaciones causó sensación en Estados Unidos, donde la publicación del libro que las relata —"Sobre la muerte y los moribundos", E. Kübler-Ross— sobrepasa el millón de ejemplares. Innumerables debates han sido consagrados a las fases de la agonía tal como ella las caracteriza, y los estudiantes de Medicina se benefician ahora en varias facultades con enseñanzas especiales sobre este tema.

Los de Chicago asisten detrás de un vidrio que les permite observar sin ser vistos a las entrevistas que E. Kübler-Ross mantiene con los pacientes graves que han dado su asentimiento para estos particulares "trabajos prácticos".

Asentimiento más fácilmente comprensible si se conoce el hecho de que todos los pacientes sin excepción, con los que se ha entrevistado la siquiátrica de Chicago (un millón de agonizantes) saben que van a morir. Y esto, agrega ella, aunque 2 de cada 5 de estos casos, no han recibido de parte del personal técnico y de los familiares el esclarecimiento deseado "que se les hablara". No duramente sino "dejando la puerta abierta a la esperanza".

Nada es peor, al parecer, que las conspiraciones de silencio o de mentiras inhábiles y la soledad en que ellas dejan al enfermo, que raramente es cándido, y que no puede, al fin de cuentas, confiarse a cualquiera, porque él se encuentra también ensarzado con sus familiares en el juego de no dichos, de mentiras piadosas, de compasiones recíprocas, y de angustias reprimidas.

"Se consideran Dios Padre, o mienten o se escabullen. Nos consideran niños o imbéciles".

Esta acusación, formulada a veces con más pena que encono, es más frecuente de lo que piensan quienes cuidan a estos enfermos.

Las observaciones hechas sobre este tema por el Dr. Rimbault, sicólogo adjunto del Instituto de Carcinología de Villejuif, son abrumadoras.

El espectáculo de la consulta de es-

la muerte

Dr. Escoffier - Lombiotte

Publicado con autorización de "Le Monde"

te renombrado Instituto (y la consulta de la Fundación Curie), también lo son. Ochenta enfermos, de los cuales 20 quedan de pie, sin tener lugar, esperan mezclados —los moribundos con los de buena evolución— sus análisis o la consulta del cancerólogo. Llegando a las 9, o a las 13 y 30, es frecuente que sean recibidos 5 horas más tarde". "Han esperado tanto, que ya no saben lo que querían decirnos", dice el Profesor Schwarzenberg, y se quedan muy poco tiempo: "no quieren ni hacer esperar a los otros ni molestar al médico". Un enfermo murió hace poco en una de estas salas de espera. ¿Por qué este escándalo cotidiano tan elocuente sobre la relación médico-paciente en cancerología? "Es un defecto administrativo. A los médicos les da lo mismo, y los enfermos aceptan cualquier cosa, porque creen que no pagan" (Prof. Schwarzenberg); si no, deben pagar (610 francos por día, 3 pacientes por habitación en el Hospital Gustave-Roussy); y podemos preguntarnos si la excelente "carta de los derechos del enfermo" formulada por M. Poniatowski, no debería también mencionar que la seguridad social es el resultado del aporte personal, muchas veces importante, de cada uno.

III) LAS CINCO FASES DE LA AGONIA

Tal situación explica en parte la razón por la cual las fases emocionales sucesivas por las que pasa el enfermo se nos habían escapado. Estas fases son cinco, según Kübler Ross.

- **LA NEGACION.** Cuando llegan a darse cuenta de la gravedad de su estado, domina a los enfermos un shock emocional intenso y un rechazo categórico de la verdad, dejando lugar luego de minutos a meses, a una reacción de cólera.
- **LA COLERA.** Se dirige hacia el personal y hacia los allegados con una agresividad particular, mediante críticas y reivindicaciones permanentes: el "¿por qué yo y no Ud.?" debe expresarse en este estado. Las relaciones médico-paciente se venían facilitadas si se percibiera la desesperación bajo los insultos, los campanillazos incessantes y las reivindicaciones continuas.

- **LUEGO DE LA COLERA APARECE EL REGATEO.** "Si, es a mí que me sucede esto, pero si me dejaran un tiempo suficiente para ver a mis hijos en el Liceo, o en la Universidad, para poner orden en mis cosas, para pasar Navidad en familia..." El fracaso de este regateo provoca una profunda tristeza.

- **LA DEPRESION.** Se manifiesta por el llanto o por un abatimiento desesperado, y exige más que cualquier otra fase, la presencia amistosa y la intervención activa del médico. No el palmoteo en la espalda, como hemos visto, y el jovial: "vamos, si usted no está tan mal". No esta actitud, pero sí la comprensión, la buena disposición, el intercambio afectuoso que puede aportar no el técnico todopoderoso, lejano y demasiado apurado, sino el compañero paciente y benevolente de esta etapa, la más solitaria, donde la necesidad de compasión es tan grande. Sin que nadie las haya preparado, las enfermeras asumen muchas veces este rol, así como esas maravillosas auxiliares de ultramar que hemos visto en los asilos Saint Périne.

¿Hay entonces que imitar a Ana, la admirable sirviente de "Gritos y Susurros"? "No", dice el Dr. Pailloux, médico de la Casa de Salud del Calvaire, que no recibe más que cancerosos en estado terminal. "En ningún momento la relación médico-paciente debe llegar a tales extremos".

La ayuda en este estadio debe ser psicológica. Es a menudo necesario que ella sea también medicamentosa. La farmacopea moderna provee de múltiples tranquilizantes, ansiolíticos, euforizantes y analgésicos, que permiten aliviar considerablemente el miedo y la desesperación del desahuciado y conducirlo suavemente al último estado descrito por la Dra. Kübler Ross, el de la aceptación.

- **UNA ACEPTACION,** que se produce más fácilmente en los ateos completos o en los verdaderos creyentes, que no representan más del 5% de los sujetos por ella estudiados.

Todos los demás se resisten, más o menos, hasta el final. "Han depositado todo en el bienestar terrestre y en los bienes materiales. No pueden resignarse a dejar una vida demasiado confortable", precisa la Sra. Partoes, directora del Calvaire. "Los pobres y

los humildes viven la muerte mucho más fácilmente. Nunca abandonan la esperanza. Saben lo que son la confianza y la resignación".

Los jóvenes, no lo saben. Y la fase de la agonía esquemáticamente descrita para el adulto, no se aplica en absoluto a su caso. Los niños pequeños no pueden aprehender el concepto de una muerte que, para ellos, es totalmente reversible, y no concernería más que a los otros. Más tarde, en la adolescencia, lo ineluctable es a menudo percibido como un castigo intolerable, e injusto, y vivido en medio de un conflicto emocional intenso, donde domina la rebelión, el rechazo, la rabia. "Para ellos, dice el siquiatra de un instituto norteamericano de leucémicos, la muerte es un ataque personal, brutal, un insulto imperdonable, y una solución totalmente inaceptable, cualquiera que sea el curso de la enfermedad, las peripecias del tratamiento".

La desesperación de la familia se traduce a menudo por un proceso de autoacusación y de remordimientos, y por violentas críticas dirigidas a los médicos.

Estos últimos, deberían comprender la naturaleza de una cólera que hace a su tarea la más ingrata de todas, y los transforma en chivos emisarios de un sentimiento intolerable de culpabilidad y de rebelión contra el destino.

"Podemos, dice el mismo norteamericano, ayudarles a dirigir esta cólera hacia causas mejores. Es más útil luchar contra el cáncer que contra el equipo terapéutico".

Más aún cuando este equipo reacciona a veces ante estas agresiones con una agresividad recíproca, que no hace más que agravar la situación. O bien, sobre todo a nivel de los médicos jóvenes, para quienes la muerte es percibida como el fracaso personal, el enemigo total que importa combatir por todos los medios, pueden desencadenar una verdadera guerra terapéutica, con una multiplicación absurda de los procedimientos clínicos, químicos o biológicos, dirigidos a mantener en vida al moribundo.

Por comprensible, por noble y por bien intencionado que sea, una militancia tan inapropiada, no puede sino privar a los enfermos de esta muerte dulce, a la cual muchos aspiran.

(Continúa en el próximo número: II) La eutanasia).

ERRORES EN LA CONDUCTA MEDICA

(Extraído de "Medical Malpractice Law", de Angela Roddy Holder; Ed. John Wiley and Sons, 1975)

UNA vez que se ha establecido la relación médico-paciente, el médico está obligado a diagnosticar y tratar la afección del paciente, con "el debido cuidado". La falla en esto constituye "negligencia" (...).

Toda acción negligente es una forma de "desvirtuar" la ley, "una violación del deber impuesto a todas las personas cuyo vínculo está estipulado como una transacción".

La negligencia en particular se define como "la omisión de hacer algo que, razonablemente, de acuerdo a las normas que habitualmente regulan los actos humanos, debiera hacerse; o hacer algo que alguien razonable no haría" (...).

En cualquier litigio, por ejemplo por un accidente automovilístico, la parte acusadora sostiene que el causante tenía el deber, ante los otros conductores, de conducir cuidadosamente, y que al no cumplirlo causó el accidente (...).

El patrón usado en la Corte para determinar si ha habido o no una falta al deber en una acción negligente es la regla de "el hombre razonable". Si un hombre razonable y prudente no hubiese causado el perjuicio, el causante será declarado negligente; pero si lo hubiese causado igual, no existe negligencia legal, aunque exista un real perjuicio.

Como dijera A. P. Herbert, describiendo al hombre razonable: "este excelente pero odioso personaje se erige como un monumento en nuestras Cortes de Justicia, apelando vanamente a sus conciudadanos para que ordenen sus ideas siguiendo su ejemplo" (...).

Los principios básicos de negligencia legal se aplican al caso en que un paciente alega que un médico fue negligente en el diagnóstico o tratamiento de una afección; pero en cualquier planteo de negligencia contra un profesional, sea médico, abogado, arquitecto u otro, el concepto de "el hombre razonable" se transforma en el de "el miembro dedicado y cuidadoso de su profesión".

Dos viejas y archifamosas decisiones adoptadas en casos de planteos de negligencia, establecieron la definición de ésta, actualmente aceptada por las Cortes de todos los Estados (de E. U. de A. - nota del traductor).

En 1898, la Suprema Corte de N.

York falló en el caso de un paciente que recibiera una cox en la rodilla y alegaba que se le había tratado con negligencia, resultando una secuela. La Corte dijo: "la ley relacionada a los casos de error en la atención médica es simple, aunque no siempre de fácil aplicación. Un médico o un cirujano, al hacerse cargo de un caso, implícitamente acepta poseer un cierto grado razonable de conocimiento y entrenamiento, análogo al que comúnmente tienen los médicos o cirujanos de la localidad en que actúa, y la ley le adjudica el deber de poseerlo. Ese cierto grado está determinado por quienes otorgan el cargo al médico o cirujano. Al hacerse cargo de un paciente se asume el deber de prodigar un razonable cuidado en el ejercicio de las habilidades y en la utilización de los conocimientos, apuntando a los propósitos para los cuales se le otorgó el cargo. Tiene además la obligación de ser criterioso en todo ello. La ley lo considerará negligente por carencias en sus habilidades y conocimientos, o por no ser criterioso en la aplicación de ellos. La regla aplicada no exige cualidades excepcionales, sino las apropiadas a un miembro común y que actúe correctamente en la profesión. La regla no exige el máximo de cuidados, sino el cuidado necesario que razonablemente produzca el mejor resultado".

En 1938, la Suprema Corte de Indiana falló en el caso de un paciente que perdió la visión de un ojo. Este alegaba negligencia al no extraérsele un cuerpo extraño del ojo, que posteriormente se infectó. Contra esto se argumentó que la infección era inevitable en esas condiciones. La Corte dijo: "cuando un médico asume el cuidado de un paciente, sin un acuerdo especial, la ley presupone que posee las razonables calificaciones de su profesión, y que por lo menos va a poner en práctica una habilidad y una diligencia razonables al tratarlo. Este contrato implícito no incluye la seguridad de obtener la curación, y no se puede imputar negligencia por no obtenerla; sino el compromiso de emplear conocimientos y habilidades que puedan llevar a la curación. Este grado de conocimientos y habilidades es requerido no solamente en la operación o en el primer tratamiento, sino en todas las medidas terapéuticas subsiguientes que resulten necesarias, salvo que a iniciativa del paciente o del médico se haya acordado previamente otra cosa.

Al determinar si el médico ha ejercido el grado de capacidad que la ley requiere, debe tenerse en cuenta el nivel de avance técnico en el momento del tratamiento y en el lugar en que se realiza".

La negligencia, legalmente, no se limita de ninguna manera a las situaciones de descuido. Por ejemplo, un médico sin el debido entrenamiento para realizar determinados procedimientos, o que no tiene los elementos requeridos para fundamentar su diagnóstico, puede ser extremadamente diligente, pero es igualmente negligente si no consulta a los correspondientes especialistas (...).

APLICACION DE LOS PRINCIPIOS DE LA DEBIDA ATENCION MEDICA

C IERTAS situaciones son muy comunes en los juicios por errores en la atención médica. Hay líneas generales para determinar qué actos definen la debida atención médica, desde el punto de vista legal, en muchas áreas.

El primer paso es la evaluación de la competencia poseída y volcada en el tratamiento.

Un médico puede ser imputable por no saber qué hacer, o por saberlo pero hacerlo sin cuidado o no hacerlo.

- Un médico es negligente si no percibe que no está en condiciones de tratar a un paciente y que debe consultar a un especialista.

- Un médico podría ser imputado de negligencia si sus dificultades de lenguaje le impiden comprender el relato del paciente, no importa cuán perfecta sea la técnica terapéutica que erróneamente aplique.

En estas dos últimas situaciones hay falta de competencia.

- No visitar con la frecuencia necesaria a un paciente hospitalizado para seguir su evolución constituye una falta de diligencia.

- Como frecuentemente existen desacuerdos entre los médicos con relación al tratamiento de una determinada afección, cada médico tiene la libertad de elegir entre los tratamientos propuestos el que considere me-

I: LA NEGLIGENCIA

jor, siempre que éste cuente con la aprobación de un grupo calificado de médicos.

Un paciente, cuyo nervio recurrente fue lesionado durante una tiroidectomía, alegó que tal lesión se hubiera evitado utilizando otra técnica quirúrgica, pero no cuestionó la habilidad en la ejecución de la técnica realizada; dado que esta técnica se contaba entre las aceptadas, la Corte resolvió que no existió negligencia. Cuando distintos procedimientos terapéuticos son avalados por médicos calificados, la preferencia por uno cualquiera, aún cuando exista consenso en el ámbito médico de que uno determinado es el mejor, no constituye negligencia.

Si en lugar de utilizar los tratamientos aceptados, se recurre a la experimentación en el tratamiento de un paciente, puede configurarse negligencia, en especial si, previamente a la experimentación, no se pusieron en práctica los tratamientos habituales.

Si el uso de un tratamiento no aprobado causa un daño al paciente, es considerado negligencia, aún cuando haya sido realizado con la mayor precaución.

El grado de innovación que es legalmente aceptable depende en gran medida del estado del paciente. Si se trata de una afección leve, será negligencia cualquier innovación en el tratamiento que ocasione algún daño. Pero en un paciente grave, en especial si no responde favorablemente a los tratamientos usuales, puede estar justificada una innovación, a condición de que el paciente o sus familiares estén al tanto de ello y de que sepan que las consecuencias, por lo tanto, no son predecibles. Un paciente sufrió una fractura de tobillo, por la que fue tratado durante un año según las técnicas habituales, sin mejoría; varios médicos le aconsejaron la amputación; otro médico le realizó una operación no ortodoxa; 18 meses después debió realizarse la amputación; la Corte sostuvo que, dadas las circunstancias, la innovación estaba justificada como último recurso, y que el fracaso del procedimiento equivalía a lo que hubiese sucedido antes si la operación no se hubiera realizado (...).

• La debida atención médica puede requerir de un médico general prudente y cuidadoso la realización de

interconsultas con especialistas en muchas situaciones. En las emergencias la situación es distinta; un médico de un pequeño hospital puede ser considerado negligente, si envía a un paciente a un hospital mayor, y este traslado agrava el estado del paciente. En esta situación lo que se requiere del médico es que haga todo lo posible con el equipo que tiene a su disposición.

• Uno de los deberes más importantes del médico ante sus pacientes es el de mantenerse al tanto de los adelantos de la medicina.

• Para una debida atención el médico debe estar seguro de que su paciente entiende las indicaciones respecto a fármacos, restricción de actividades, periodicidad de las consultas, etc. Si el paciente es un niño o un adolescente, debe comunicar las indicaciones a los padres y al propio paciente. Si es senil, o incompetente por cualquier otro motivo, deben ser dadas las instrucciones a un miembro de la familia o a un adulto responsable. Si el paciente tiene dificultades de lenguaje el médico debe asegurarse de que finalmente sus indicaciones han sido comprendidas. Debe tenerse presente que una persona enferma y asustada puede no tener el sentido común o la inteligencia que posee en un momento normal.

Para evitar malentendidos es un buen hábito hacerle repetir al paciente las indicaciones, como forma de asegurarse que las comprendió.

El médico está también obligado a escuchar las quejas de su paciente; si no les presta atención esto puede conducir a que pasen desapercibidos síntomas precoces de serios problemas (...).

• Otra falla en la relación con el paciente que puede acarrear serias consecuencias, consiste en no elaborar una historia clínica sistemática (...).

POR supuesto, no todos los pacientes se recuperan de sus problemas: los médicos no son magos ni garantía de la salud de sus pacientes. Algunas afecciones son refractarias a todas las formas de tratamiento conocidas, y algunos pacientes tienen reacciones de idiosincrasia ante tratamientos muy comunes.

Las definiciones legales de "debida atención médica" y "negligencia" son tales que no se puede inferir negligencia por el hecho de que un paciente no mejore. Un resultado pobre no es suficiente por sí mismo para establecer la negligencia. Mientras el tratamiento haya sido adecuado, no existe error en la conducta médica, no importa cual haya sido la evolución del paciente.

LA NORMA LOCAL

HASTA hace poco el nivel de la debida atención médica era establecido en función del grado de cuidados que otros médicos brindaban en la misma comunidad, o en similares.

Esta norma no permanece inalterada; en la mayoría de las jurisdicciones "la norma del nivel local" es considerada sólo uno de los factores a evaluar, y no establece por sí misma la presencia o no de negligencia. En la mayoría de los Estados se hace la comparación basándose en "el área profesional", que comprende los Centros a los cuales el paciente puede ser fácilmente trasladado, para su asistencia.

ASOCIACION DE TECNICOS DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA 1ª DE S. M.

P U E S T A S A L D I A

AGOSTO 1975

Jueves 7, H. 19: 1. MANEJO GENERAL DE ANTIBIOTICOS. Dr. Angel Arismendi.

Jueves 14, H. 19: 2. ANTIBIOTICOTERAPIA EN EL CURSO DE INFECCIONES BACTERIANAS AGUDAS ESPECIALES. Dr. Mario Medina - Dr. Angel Arismendi.

Jueves 21, H. 19: 3. EL LABORATORIO BACTERIOLOGICO EN LAS INFECCIONES BACTERIANAS AGUDAS. Dr. Juan Carlos Bacigalupi.

ANFITEATRO DE LA ASOC. ESPAÑOLA 1ª DE S. M.
Br. Artigas y Palmar, Piso 5.



Escribe:
Dr.
WASHINGTON
BUÑO

LOS PRIMERO

En nuestra Facultad de Medicina se iniciaron los primeros cursos en el año 1876. Cinco años después, es decir en 1881, se graduaba el primer médico salido de las aulas de la nueva Facultad. Esta "primicia" era el Dr. José María Muñoz Romarate, siendo el único egresado de ese año. El Dr. Muñoz Romarate era nacido en Sevilla el 21 de mayo de 1858, y se radicó en Montevideo en 1873, cuando su padre, don Miguel Muñoz, se trasladó con su familia a ésta. Ignoramos donde estudió bachillerato, pero creemos que haya sido en la Universidad, no siendo difícil en aquella época para un alumno aplicado y de edad adecuada, terminar esos estudios en unos dos años. A menos que ya los hubiera cursado en España. El hecho es que ya en 1876 figura en la primera lista de los inscriptos para iniciar sus estudios médicos en la recién creada Facultad. Luego de una carrera regular termina doctorándose con la presentación de una tesis sobre: "Efectos fisiológicos y usos terapéuticos de la digital purpúrea".

La digital era usada desde hacía un siglo en el tratamiento de diferentes enfermedades, pero especialmente las cardiopatías. Su introducción en terapéutica se debe a William Withering (1741-1791) quien la empleó por primera vez con éxito en 1776.

La ignorancia de su poder tóxico, la dificultad de usarla sin un profundo conocimiento de sus efectos secundarios, produjeron varios resultados fatales que llevaron al desprestigio de la droga. Fue recién en la mitad del siglo XIX, que los estudios experimentales de Karl Ludwig y de Hermann Friedrich Stannius, mostrando su acción sobre el corazón, permitieron la experimentación clínica con base científica. Recién en 1868 C. Adolf Nativelle logró la digitalina cristalizada.

La tesis del Dr. Muñoz Romarate se inicia con una referencia a la hostilidad hacia la nueva Facultad: "Ese templo elevado a Esculapio, tan criticado y combatido por los Zoilos y Aristarcos modernos". Entra luego en tema con una buena descripción botánica de la planta; en parte resultado de sus observaciones personales ya que ha podido estudiar ejemplares existentes en los jardines montevideanos.

Hace enseguida una descripción de los preparados galénicos: polvo, infusión, tintura y extractos, haciendo mención de la digitalina cristalizada de Nativelle. Hace luego la historia del descubrimiento de la acción terapéutica de la digital para revisar finalmente, de modo exhaustivo para la época, sus propiedades terapéuticas. Puede afirmarse que la tesis del Dr. Muñoz Romarate es un buen trabajo de conjunto, sin experiencia personal (aunque dice haber realizado experiencias en perros, que no relata). Bien redactada, bien estructurada, y con una buena información bien seleccionada, la primera tesis de nuestra Facultad traduce un nivel que era promisor de los mejores frutos.

Imaginamos que el Dr. Muñoz Romarate debe haber vuelto a su casa, luego de aprobada su tesis, feliz de haber terminado una etapa de su vida la de estudiante y de iniciar su vida profesional. Lo imaginamos recibiendo las calurosas felicitaciones de familiares y amigos y haciendo colocar la placa de bronce que indicaba en la puerta de su casa su profesión de "Doctor en Medicina". Y lo imaginamos optimista, esperando la visita de sus primeros clientes. Quien en realidad vino fue el comisario de la policía que, muy finamente, se llevó al flamante doctor de la flamante Facultad a la cárcel pública, por ejercicio ilegal de la medicina.

He aquí el desarrollo de los hechos.

Hasta esa fecha era la Junta de Higiene Pública la encargada de habilitar, previo examen, a quienes exhibieran el título de médico, para el ejercicio profesional. Y hasta esa fecha los médicos que ejercían habilitados por la Junta de Higiene provenían de Facultades extranjeras. Para la Junta la existencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República no había modificado las cosas, ni había, en lo más mínimo, hecho claudicar sus derechos. Los egresados de nuestra Facultad, como los de cualquier otra, debían ser habilitados mediante examen en la Junta de Higiene Pública.

En consecuencia la Junta remitió al recién egresado el siguiente oficio:

"Montevideo, Julio 29 de 1881.

"Sr. Dr. Dn. José María Muñoz Romarate.

"Médico Cirujano.

"Por resolución del Consejo de Higiene Pública se pone en conocimiento de V. el artículo 29 del Reglamento de Policía Sanitaria para que se sirva ajustarse a sus disposiciones, si desea V. dedicarse al ejercicio de su profesión.

"Artículo 29. Nadie podrá ejercer profesión alguna de Medicina y Cirugía en el territorio de la República, sin hacer constar a las autoridades locales el título de revalidación expedido por el Consejo de Higiene Pública.

"Los contraventores, sufrirán una multa de doscientos pesos, por la primera vez y un mes de prisión si se rehúsan al pago. Si reinciden quinientos pesos o seis meses de prisión.

"Y finalmente, serán acusados por este Consejo ante el Juez del Crimen, por la responsabilidad en que hayan incurrido. Las multas se harán efectivas en el acto por la autoridad judicial y destinadas al Hospital de Caridad.

"Lo que tramito a V. para inteligencia y demás efectos.

"Saluda atentamente. — Diego Pérez, Vocal Secretario."

Muñoz Romarate se dirigió al Consejo Universitario en los siguientes términos:

"Señor Rector de la Universidad:

"Con gran sorpresa he recibido el día 29 del mes pasado la nota que acompaño procedente del Consejo de Higiene Pública, en la que, como U.S. puede ver, se me trata de imponer las condiciones requeridas por el Reglamento de Policía Sanitaria, si pretendo ejercer mi profesión en el país.

"He dicho con sorpresa, Sr. Rector, porque no conozco hecho alguno semejante que suceda en ningún país donde exista una Facultad de Medicina legalmente constituida.

"Si tal hecho, por un anacronismo incalificable, tuviera fuerza de ley, muy mal parada se hallaría la dignidad de la Facultad y en una posición muy falsa los alumnos que de ella surgieran Médicos, por hallarse expuestos a la mezquina venganza de hombres venales y de conciencia elástica.

"En esta emergencia, Sr. Rector, me dirijo a U.S. de quien he recibido la investidura de Doctor, y al Consejo Universitario que me la ha concedido, para que de una manera enérgica adopte las resoluciones del caso tendientes a definir de una vez la crítica e insostenible posición en que actualmente me hallo constituido. Y en consecuencia de todo lo expuesto,

"Suplico al Honorable Consejo, por intermedio de U.S. se sirva acceder a lo solicitado, acordando, a la mayor brevedad posible las disposiciones que el asunto por su naturaleza requiere. — Montevideo, agosto 4 de 1881. — José Ma. Muñoz Romarate."

Del resultado final da cuentas el Rector de la Universidad, Dr. Alfredo Vázquez Acevedo, en el informe correspondiente que transcribimos:

"Pendiente de resolución esa cuestión, se me hizo saber, con motivo del título expedido al Dr. Muñoz Romarate, primer médico salido de nuestra Facultad de Medicina, que la Junta de Higiene no solamente desconocía las facultades exclusivas en la expedición de diplomas médicos que la Universidad reivindicaba para sí, sino que pretendía tener en virtud de añejas disposiciones, el derecho de revisar, previo examen, los títulos expedidos por la Facultad de Medicina a sus propios alumnos. En presencia de eso, dirigí una nota al Gobierno pidiendo que, sin perjuicio del conflicto pendiente con la Junta de Higiene, y que se refería en general al otorgamiento y revalidación de toda clase de títulos médicos, nacionales o extranjeros, se declarara que los diplomas expedidos por la Universidad a sus propios estudiantes no podían ser en ningún caso y por nadie desconocidos.

"Hallábase mi nota a la consideración del Sr. Ministro de Gobierno, cuando tuve noticia un día de que el Consejo de Higiene había impuesto una multa al doctor Muñoz Romarate por ejercer la medicina sin previa autorización de esa corporación y de que por su resis-

EGRESADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

"tencia a pagarla se le había conducido a la cárcel pública. Me dirigió en el acto al Sr. Ministro de Gobierno, denunciándole el abuso cometido y pidiéndole mandase excarcelar al Dr. Muñoz Romarate. El Sr. Ministro accedió a mi petición, decretando la excarcelación de este señor, a condición de que no ejerciera su profesión interin a conflicto de atribuciones no fuera resuelto por el Poder Ejecutivo.

"Debí someterme a la condición impuesta, y esperar la resolución del Poder Ejecutivo, que fué al fin pronunciada con fecha 19 de abril en los siguientes términos:

"Considerando que el artículo 1º del reglamento de la Facultad de Medicina la autoriza a instruir y habilitar para el ejercicio de la ciencia médica y de sus ramas necesarias, lo que evidentemente indica que los que siguieron sus cursos llenando todas las condiciones para exigir los títulos de suficiencia que la Facultad tiene derecho de expedir, pueden, desde luego, sin sujetarse a nuevas formalidades, entrar al ejercicio de la profesión correspondiente; considerando que las leyes y reglamentos que atribuyen a la Junta de Higiene la facultad exclusiva de habilitar para el ejercicio de la medicina en sus diversos ramos, siendo de fecha anterior, deben entenderse modificados en esa parte por el Reglamento precitado, que es también ley de la República, y limitada por tanto aquella facultad de expedir y revalidar títulos de suficiencia a los casos en que se trata de individuos que no hayan hecho sus estudios en la Facultad Nacional, no oponiéndose a esta manera de resolver el art. 87, y antes confirmando en cuanto autoriza a este a conceder, con exclusión de toda otra corporación, grados de flebotomos, parteras y dentistas; considerando que el Consejo de Higiene conserva íntegramente todas las atribuciones de superintendencia que le acuerdan la ley de 5 de junio de 1833 y Reglamento Sanitario, pudiendo hasta suspender y sujetar a nuevo examen a los médicos aún a los que están autorizados por la Facultad Nacional, si por cualquier motivo perdiese las habilitaciones requeridas para el ejercicio de la profesión, o no cumpliese los deberes que ella impone, como lo hace o puede hacerlo con aquellos que, procediendo de universidades extranjeras, la misma autorizó a curar; se declara que los títulos concedidos por la Facultad de Medicina a los individuos que en ella hayan hecho sus estudios, habilitan por sí solos al ejercicio de la profesión, una vez inscriptos en la Junta de Higiene, sin perjuicio de la superintendencia que a esta corporación acuerdan las leyes de la República. Comuníquese. — Santos. — José L. Terra.

"Ha quedado con esta resolución establecido, de una manera formal, que los títulos expedidos por la Facultad de Medicina no están sujetos a la revisión de la Junta de Higiene, ni de ninguna otra corporación, como era exigido por la justicia, el buen sentido, y las terminantes prescripciones legales.

"Es solo de lamentar que el P.E. apoyándose en los mismos fundamentos de su resolución, es decir, la derogación del Reglamento Sanitario de junio de 1833, por el Reglamento de la Facultad de Medicina de 1877, no haya creído deber dirimir el conflicto de una manera general, declarando que a la Facultad de Medicina incumbe la prerrogativa exclusiva de habilitar para el ejercicio de la Medicina en todo el territorio de la República, sin distinciones de ningún género. Las facultades sobre revalidación de títulos que se reservan al Consejo de Higiene, corresponden a la Universidad, después de la creación de la Facultad de Medicina."

Había que esperar a la aprobación de la ley orgánica de la Universidad, en 1885, a impulso del Dr. Vázquez Acevedo, para que definitivamente, fuera la Facultad la encargada también de las revalidadas de títulos extranjeros.

El Dr. Muñoz Romarate fue designado, en 1883, profesor de terapéutica. Pero permaneció pocos años en nuestro país. En 1890 se radicó en Buenos Aires donde revalidó su título de médico. Realizó enseguida un viaje de estudios a Europa asistiendo a las más consagradas clínicas. Ejerció primero en la especialidad dermatológica y luego en urología. Falleciendo en Merlo (F.C.O.) el 11 de diciembre de 1940, cuando, por razones de sa-

lud, hacía ya más de 25 años que no ejercía su profesión.

En 1882 egresaron solamente dos médicos, que fueron los Drs. Anatasio Zabala Cariquiri, vasco navarro, que presentó una tesis sobre: "Efectos fisiológicos y aplicaciones de la transfusión de sangre", y el Dr. Luis J. Barattini, italiano, cuya tesis lleva el título: "El secreto en la Medicina".

El caudal de egresados en 1883 es mayor, alcanzando ya a 9 médicos. Pero el primero en recibirse ese año, y el 4º egresado de la Facultad, merece una mención especial. En primer lugar por ser el primer uruguayo que se recibe en nuestra Facultad, pero sobre todo por ser una de las personalidades médicas más salientes de todas las épocas en nuestro país: es Francisco Soca.

SOCA, nacido en Canelones el 24 de julio de 1856, había hecho su primer año de estudios médicos en la Facultad de Medicina de Barcelona, no pudiendo continuar allí su carrera por requisitos administrativos. Vuelto al país revalida el primer año, lo que explica su adelanto con respecto a sus compañeros. Escribe su tesis sobre: "Historia de un caso de ataxia locomotriz sistémica" tesis que, de haber espacio, convendría comentar debidamente, dados los interesantes conceptos que desarrolla.

Soca había hecho una carrera brillante pero no exenta de incidentes. Incluso fue sancionado por indisciplina, al refutar en forma considerada descortés, un diagnóstico del profesor. El Consejo Universitario en sesión del 15 de diciembre de 1881 "ha resuelto destituir al alumno interno Soca del cargo que desempeña (interno por concurso), por haber faltado de una manera grave a las consideraciones y respeto debido a su catedrático. Recomienda además la lectura de esta nota en todas las clases". El Rector que impone la sanción es Alfredo Vázquez Acevedo.

Creemos vale la pena recordar. Sus compañeros de estudio elevan la siguiente nota: "Los abajo firmados,

Al recibirse Soca se produce un acontecimiento que estudiantes de medicina de esta Facultad, con el debido respeto nos presentamos y decimos: que habiendo tenido lugar por primera vez entre nosotros la colación de un alumno ciudadano de la República, que goza, por sus condiciones de idoneidad, amor al estudio e ilustración, de todas las simpatías de los que fueron sus profesores y compañeros, y siendo costumbre que la práctica ha regulado, eximir del pago de los derechos correspondientes al primer graduado que se recibe en una Facultad, por todas estas consideraciones y muchas otras que no escapan a la penetración del Honorable Consejo Universitario, venimos a solicitar la exoneración del pago de los derechos de diploma del señor don Francisco Soca, persuadido el H. Consejo que esta petición no es sugerida sino por sentimientos de equidad y justicia. Montevideo 27 de abril de 1883. Firman: José Scosería, Rodolfo Fonseca, Luis Pedro Lengua, Enrique Pouey, Juan Risso Herrera, Arturo Ferrer, Federico Velazco, Eduardo Lamas, y Joaquín de Salterain. Y el Consejo, con la firma del Rector Vázquez Acevedo, que le impuso la sanción disciplinaria, lo premia exonerándolo del pago de los derechos de título.

De lo que fue Soca en la medicina nacional no vamos a hacer aquí ninguna mención. Hay amplia bibliografía sobre el tema en los libros de José M. Estané, Solís Otero y Rocca y sobre todo en el admirable estudio, lleno de inteligencia, tacto, simpatía y con una documentación excepcional, de Héctor H. Muñíos (1).

La Facultad iba afirmando su organización, se vencían las resistencias inauditas que le oponían la Comisión de Caridad, que manejaba el hospital, la Junta de Higiene y la gran mayoría de los médicos que en ese entonces ejercían en Montevideo. Se mejoraban sus estudios y sus egresados, de excelente preparación, perfeccionaban sus estudios en Europa y alcanzaban niveles profesionales y científicos comparables a los de cualquier país del mundo.

Ahora, a casi un siglo de los acontecimientos, creemos vale la pena evocar el esfuerzo de los que fueron pioneros de nuestra medicina autóctona.

(1) Muñíos, H. H.: Francisco Soca. Montevideo, 1973.

BIBLIOTECA

PUBLICACIONES DISPONIBLES

ARQUIVOS DE GASTROENTEROLOGIA. Vol. 12, nº 1, jan.-mar. 1975.

- Alcool e fígado.
- Manometria do esôfago após cirurgia de interposição de alça.
- Coledoscopia: avaliação clínica em experiência de quatro anos.
- Apport de l'enzimologie serique au diagnostic des métastases hépatiques.
- Hepatite alcoólica - estudo de 19 casos.
- Pancreatite crônica: avaliação do tratamento da esteatorreia com o uso da pancreatina.
- Nouvelles techniques pour nutrition parenterale chronique.
- Síndrome de Peutz-Jeghers. Apresentação de dois casos.
- Diagnóstico e plano terapêutico nas lesões gástricas ulceradas de caráter maligno.
- Piloroplastia.

CANCER. Vol. 35, nº 1, Jan. 1975.

- A conceptual approach to integrated cancer therapy.
- Techniques for inhibiting tumor metastases.
- Concepts for systemic treatment of micrometastases.
- Combined modality therapy of acute lymphocytic leukemia.
- Combined modality therapy of Ewing's sarcoma.
- The success and failure of multimodal therapy for cancer in children.
- The management of stages I, II and III Hodgkin's disease with combined radiotherapy and chemotherapy.
- How do you know you've done any better?
- The role of cancer hospitals.
- The cancer control program.
- Combined modality therapy of gynecologic cancer.
- Preoperative irradiation and surgery for certain cancers.
- Adjuvant therapy of cancer via the cellular immune mechanism of fibrin by induced fibrinolysis and oral anticoagulants.
- Combination versus single chemotherapy: a review of the basis for selection of drug treatment of cancer.
- Combined modality therapy for intracranial tumors.
- Prognostically favorable immunogens of human breast cancer tissue: antigenic similarity to murine mammary tumor virus.
- Surface immunoglobulin positive lymphocytes in human breast cancer tissue and homolateral axillary lymph nodes.
- Inhibitory effect of prolonged Corynebacterium parvum and cyclophosphamide administration on the growth established tumors.
- Hypofibrinogenemia associated with vincristine and prednisone therapy in lymphoblastic leukemia.
- Nodular lymphoma: an ultrastructural study of its relationship to germinal centers and a correlation of light and electron microscopic findings.
- Nodular mesothelial hyperplasia in hernia sacs—A benign reactive condition simulating a neoplastic process.

- Malignant soft tissue tumors of probable histiocytic origin (malignant fibrous histiocytomas): general considerations and electron microscopic and tissue culture studies.
- Heterogeneity of morphological, cytochemical and cytogenetic features in the blastic phase of chronic granulocytic leukemia.
- “Pure” monocytic or histiomonocytic leukemia: a revised concept.
- Malignant histiocytosis (histiocytic medullary reticulosis). - I. Clinicopathologic study of 29 cases.
- A clinicopathologic study of 92 cases of granulosa cell tumor of the ovary with special reference to the factors influencing prognosis.
- Total body irradiation (TBI) as primary therapy for advanced lymphosarcoma.
- Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol N.º 4) - I. Observations concerning the multicentricity of mammary cancer.
- A family with atypical colonic polyposis and gastric cancer: a three-decade followup.
- Lymphatic drainage of the breast on and through the pectoral muscles: importance in breast cancer.
- Chemodectoma of the vagus nerve - Report of a case with ultrastructural study.
- Aggressive growth and neoplastic potential odontogenic cysts - with special reference to central epidermoid and mucoepidermoid carcinomas.

CANCER. Vol. 33, nº 2, Feb. 1975.

- Cancer therapy - The patient's choice? Presidential address.
- Correlations between certain biochemical properties of breast cancer and response to therapy: a preliminary report.
- A clinicopathologic study of atypical lesions of the breast.
- Preoperative irradiation for head and neck cancer: a prospective study.
- Ameloblastoma of maxilla and mandible.
- Primary oropharyngeal cancer and hypercalcemia.
- Distribution of retroperitoneal lymph node metastases in testicular germinal tumors.
- Treatment of minimal breast cancer.
- The response of breast cancer patients with bone pain to L-dopa.
- Reflections on biochemical aspects of human cancer: the Lucy Wortham James lecture.
- Medullary extension of osteosarcoma: implications for rational therapy.
- Immunologic similarities between fetal cell antigens and tumor cell antigens in Guinea pigs.
- Disease-free survival in children with Ewing's Sarcoma treated with radiation therapy and adjuvant four-drug sequential chemotherapy.
- Immunotherapy of malignant disease: the use of viable sensitized lymphocytes or transfer factor prepared from sensitized lymphocytes.
- Cancer control: challenge or chimera? The James Ewing Lecture.

- The significance of a solitary lung shadow in patients with colon carcinoma.
- Changing patterns of colorectal carcinoma.
- Splenectomy and chemotherapy in acute myelocytic leukemia in childhood.
- Cellular immunity in cured cancer patients.
- The employment of persons with a history of treatment for cancer.
- The value of staging laparotomy in non-Hodgkin's Lymphomas (with emphasis on the histiocytic type).
- 4 - demethyl - epipodophyllotoxin - 8 - D - thenylidene - Glucoside (PTG) in the treatment of malignant intracranial neoplasms.
- Parenchymatous degeneration of the central nervous system in childhood leukemia.
- Cyclophosphamide and the kidney.
- Frequency, diagnosis and treatment of brain metastases in 247 consecutive patients with bronchogenic carcinoma.
- Transfer of cell-mediated skin reactivity with “Immune” RNA in Hodgkin's disease and other neoplastic diseases.
- Medical adrenalectomy using aminoglutethimide and dexamethasone in advanced breast cancer.
- Evaluation of combination vs. sequential cytotoxic chemotherapy in the treatment of advanced breast cancer.
- Superiority of adriamycin over oral nitrosoureas in patients with advanced breast carcinoma: a Southwest Cancer Chemotherapy Study Group study.
- Small cell carcinoma of the lung: staging, paraneoplastic syndromes, treatment and survival.
- Combination chemotherapy of multiple myeloma with alkeren, cyclophosphamide, vincristine, prednisone and BCNU.
- Cytosine arabinoside and 6-thioguanine in refractory acute lymphocytic leukemia.
- Bi-weekly chlorambucil treatment of chronic lymphocytic leukemia.
- A controlled study of combined 1,3-bis-(2-Chloroethyl)-nitrosourea and 5-fluorouracil therapy for advanced gastric and pancreatic cancer.
- Causes of death in cancer patients.
- Primary liver cancer: a review of the clinical features, blood groups, serum enzymes, therapy and survival of 65 cases.
- Carcinoembryonic antigen: a report of a screening study.
- The conservative treatment of early breast cancer.

CANCER. Vol. 35, nº March 1975.

- Full thickness chest wall resection for recurrent breast carcinoma involving the bony chest wall.
- Management of recurrent melanoma of the extremity.
- Further observations on Fc receptors in human malignant tissue and normal lymphoid tissue.
- Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract.
- Surgical oncology: the role in cancer control today.

- Prognosis of the second breast cancer - The role of previous exposure to the first primary.
- Skin cancer in black patients.
- Intravenous hyperalimentation in patients with head and neck cancer.
- Breast biopsy priority: cancer versus benign preoperative masses.
- The managements of pulmonary metastases in children with osteogenic sarcoma with surgical resection combined with chemotherapy.
- Combination chemotherapy and radiation therapy in the treatment of metastatic osteogenic sarcoma.
- Promotion of experimental breast carcinoma in rats treated with extract of liver from rats with portacaval shunt.
- Prolonged depression of cellular immunity in cured laryngopharyngeal cancer patients treated with radiation therapy.
- On the mechanism of hormone action in 7,12 dimethylbenz (A) anthracene - induced mammary tumor. I. Prolactin and progesterone effects on estrogen receptor in vitro.
- The epidemiological approach to the etiology of cancer.
- Immunologic competence of regional lymph nodes in patients with breast cancer.
- Sequential evaluation of general immune competence in cancer patients: correlation with clinical course.
- Malignant melanoma of the extremities: a clinicopathologic study using levels of invasion (microstage).
- Multidisciplinary treatment of embryonal rhabdomyosarcoma in children.
- Thymus-dependent lymphocyte levels in bronchogenic carcinoma: correlations with histology, clinical stage and clinical courses after surgical treatment.
- Medullary carcinoma of the thyroid gland.
- A clinician's view of the cancer problem.
- Modified radical mastectomy.
- Analysis of survival and recurrence vs. patient and doctor delay in treatment of breast cancer.
- Topical chemotherapy of lentigo maligna with 5-fluorouracil.
- Indications for pleuroectomy in malignant effusion.
- “Residual” mammary carcinoma following simulated partial mastectomy.
- Delayed cutaneous hypersensitivity and peripheral lymphocyte counts in patients with advanced cancer.
- The immunologic and histopathologic changes of BCG-mediated tumor regression in patients with malignant melanoma.
- The immunologic responsiveness of regional lymphocytes in experimental cancer.
- Scalene node biopsy in carcinoma of the cervix-pelvic and para-aortic lymphadenectomy.
- The pathologic behavior of primary vaginal carcinoma and its relationship to cervical cancer.
- Dose and treatment factors in radiation-related pericardial effusion associated with mantle technique for Hodgkin's disease.
- Documented hyperparathyroidism of thirty-six years' duration.
- The changing management of childhood Hodgkin's disease.
- Influence of staging celiotomy in localized presentations of Hodgkin's disease.
- Management of the acute abdomen in children with leukemia.
- CEA as a monitor of gastrointestinal malignancy.
- Primary fibrosarcoma of bone - A Clinicopathologic study of 130 patients.
- Primary intestinal lymphoma with paraproteinemia.

CANCER. Vol. 35, N° 3, March 1975.

Supplement.

- Proceedings of the American Cancer Society's National Conference on Childhood Cancer, Dallas, 1974.

CANCER. Vol. 35, n° 4, Ap. 1975.

- Proceedings of the American Society of Clinical Oncology. 10th Annual Meeting, Houston, 1974.
- The Association of the IgA levels of serum and whole saliva with the progression of oral cancer.
- The efficacy of combining radiation therapy with a surgical procedure in patients with cervical metastases from squamous cancer of the oropharynx and hypopharynx.
- Radiation enteritis in children - A retrospective review, clinicopathologic correlation and dietary management.
- Wilms' tumor and renal cell carcinoma in retroperitoneal teratoma.
- Feminizing interstitial cell tumor of the testis: personal observations and a review of the literature.
- Extramedullary involvement of the testes in childhood leukemia.
- Syndrome of fetal gigantism, renal hamartomas and nephroblastomatosis with Wilms' tumor.
- Colonic neoplasms complicating ureterosigmoidostomy.
- The possible prognostic usefulness of assessing serum proteins and cholesterol in malignancy.
- Risk of second tumors in survivors in childhood cancer.
- The association of asbestos and bronchogenic carcinoma in a population with low asbestos exposure.
- Synovial sarcoma of the neck: a followup study of 24 cases.
- Peripheral nerve tumors involving paranasal sinuses: a case report.
- Incidence of cancer in patients with leprosy.

CANCER. Vol. 35, n° 5, May 1975

- Ultrastructure of two cases of anaplastic giant cell tumor of the human thyroid gland.
- Ultrastructure of anaplastic (spindle and giant cell) carcinoma of the thyroid.
- Malignant lymphoma of the thyroid following irradiation.
- Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx - A clinicopathologic study - IV. Smooth muscle tumors.
- Dopamine-β-Hydroxylase and catecholamines in an olfactory esthesioneuroma.
- Elevated IgA in carcinoma of the nasopharynx.
- Glomus Jugulare tumors: effects of radiotherapy.
- Low-dose radiation pneumonitis.
- Thymic origin of abnormal lymphoid cells in Sézary syndrome.
- Primary granulocytic sarcoma of the small bowel.

- Lymphocyte transformation in leukemic serum.
- Detection of skeletal involvement in Hodgkin's disease: a comparison of radiography, bone scanning, and bone marrow biopsy in 38 patients.
- Painful lytic bone lesion in a adult with chronic myelogenous leukemia.
- A staging system for hepatocellular carcinoma: prognostic factors in Ugandan patients.
- Leukocyte function in children with malignancies.
- Carcinoembryonic antigen in patients with gynecologic malignancy.
- Carcinoembryonic antigen and alpha fetoprotein in malignant tumors of the female genital tract.
- Coagulative and fibrinolytic properties of ascitic fluid associated with ovarian tumors.
- Mesocolic lymph node histology is an important prognostic indicator for patients with carcinoma of the sigmoid colon: an immunomorphologic study.
- Phase II study of procarbazine, CCNU and vincristine combination chemotherapy in the treatment of malignant brain tumors.
- Primary rhabdomyosarcoma of the cerebrum.
- Reticulum cell sarcoma of the brain - A review of the literature and a study of 19 cases.
- The nitroblue tetrazolium test in patients with advanced neoplastic diseases.
- Lymphoma presenting as bone marrow failure.
- Studies on ectopic ACTH-producing tumors - II. Clinical and biochemical features of 30 cases.
- A melanocytic tumor of the esophagus.
- Malignant histiocytosis in a patient presenting with leukocytosis, eosinophilia and lymph node granuloma.
- Hypersplenism in advanced breast cancer: report of a patient treated with splenectomy.
- Primary endodermal sinus (yolk sac) tumor of the liver - First reported case.
- Generalized melanosis complicating disseminated malignant melanoma in pregnancy: a case report.
- Human thoracic duct cannulation: manipulation of tumor-specific blocking factors in a patient with malignant melanoma.
- Consecutive primary carcinomas of the breast.
- Sarcoma of the soft tissue: clinical and histopathologic parameters and response to treatment.

AMERICAN REVIEW OF RESPIRATORY DISEASE. Vol. 111, n° 5, May 1975.

- The completing risks of tuberculosis and hepatitis for adult tuberculin reactors.
- Comparison of proteolytic enzyme activity in pulmonary alveolar ma-

(Pasa a página siguiente)

DONACIONES

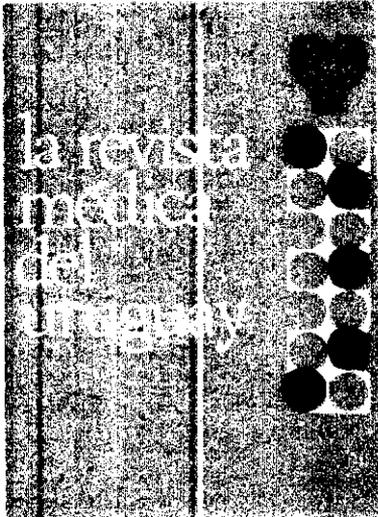
La Biblioteca ha recibido recientemente las siguientes donaciones de material bibliográfico:

De LABORATORIO CIBA GEIGY.

- Documenta Geigy: Enfermedades infecciosas y sus agentes patógenos.
- Folia Traumatológica Geigy: Traumatismos de tórax.

De LABORATORIOS ROUSSEL.

- Lhermitte, F. Dictionnaire de la douleur.
- La médecine praticienne. N.º 571, Jan. 1975. La pervincamine dans le monde.
- Recondo, J. de. Principaux syndromes neurologiques.



En el próximo número de
LA REVISTA MEDICA DEL URUGUAY

Vol. II, Nº 3, Set. 75

REVISION CRITICA

Peritonitis.
Dres. Cazabán y Pradines

TRABAJOS ORIGINALES

Leucemias agudas en el adulto.
Dr. Dighiero y Col.
Arritmias en la EPOC.
Dr. Artucio y Col.
Neumonitis agudas fulminantes.
Dr. Correa y Col.

PAUTA TERAPEUTICA

Vía de aire.
Dr. Peri.

CASUISTICA DE INTERES.

EDITORIAL

INFORMATIVO

REVISION CRITICA

Ascitis.

Dr. C. A. Gómez Haedo, Dr. P. Ambrosoni y Dr. J. Segura

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

Hashimoto.

Un nuevo test de diagnóstico.

Dr. J. M. Cerviño y col.

Tratamiento del estado de mal asmático.

Dra. N. Mazza, Dr. H. Correa y col.

Insuficiencia respiratoria aguda en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Dr. H. Correa, Dra. N. Mazza y col.

PAUTAS TERAPEUTICAS

Tratamiento de la Tuberculosis.

Dra. O. Muras y Dr. H. Bielli

CASUISTICA DE INTERES

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con deficiencia severa de alfa-1-antitripsina.

Dr. J. M. Musé, Dr. C. Fraschini y Dr. A. Morquio.

REVISTA DE REVISTAS

COMENTARIO BIBLIOGRAFICO

SUSCRIBASE

BIBLIOTECA

(viene de pág. ant.)

- Crophages and blood leukocytes in smokers and nonsmokers.
- Protease inhibitors in chronic obstructive pulmonary disease.
- Pneumococcal isolations from patients with pneumonia and control subjects in a prepaid medical care group.
- Predictability of the radioallergosorbent test (RAST) in ragweed pollenosis.

- Open thoracotomy for pneumothorax in cystic fibrosis.
- Prolonged sympathetic activation and pulmonary surfactant: absence of effect in anesthetized cats.
- Functional abnormalities in young asymptomatic smokers with special reference to flow volume curves breathing various gases.
- Response to exercise in upper airway obstruction.
- Extrapulmonary tuberculosis in Oklahoma, 1965 to 1973.
- The incidence of urine cultures positive for Mycobacterium tuberculosis in a general patient population.

- Inhibition of multiplication of Mycobacterium leprae by several antithyroid drugs.
- Hyaline membrane disease.
- Pulmonary edema and wheezing after pulmonary embolism.
- Histochemical demonstration of hyaluronic acid in a case of pleural mesothelioma.
- The activity of chaulmoogra acids against Mycobacterium leprae.

HORARIO DE BIBLIOTECA

Lunes a viernes, de 14 a 20 horas
Arenal Grande 1676
Tels. 4 25 96 y 41 41 22

LAS PREVISIONES DE LA O. M. S. PARA EL AÑO 2000

El número de médicos deberá por lo menos duplicarse

El número de médicos en el mundo deberá por lo menos duplicarse de aquí al año 2000 si se quiere que no disminuya la densidad médica (número de médicos cada diez mil habitantes). Tal es una de las conclusiones de un estudio llevado a cabo recientemente por la Organización Mundial de la Salud (1). Algunos países de Asia como la República Popular China, Corea del Norte y Vietnam del Norte, no pudieron ser incluidos en este estudio, debido a la falta de estadísticas disponibles en los mismos.

Una de las primeras comprobaciones hechas por el autor, Bui-Dang-Ha Doan, es que, debido al crecimiento demográfico, el aumento de la densidad médica acusa un ritmo menos rápido: entre 1950 y 1960 aumentó en un 19,7 %, contra un 15,1 % entre 1960 y 1970. En 1970, era de 7,91 médicos cada diez mil habitantes.

En el supuesto caso, que no deja de ser alarmante, de que la densidad médica se mantuviera estacionaria, sería necesario que el número de médicos siguiera el crecimiento demográfico, y por lo tanto, en base a una hipótesis media, que se duplicara de aquí al año 2000. Debería incluso triplicarse si se pretende que la densidad médica conserve su ritmo de crecimiento de los años 60, lo que la llevaría a un 12,3 a fines de siglo, cifra que corresponde aproximadamente a la densidad actual en los países industrializados, como lo indica el siguiente cuadro:

REGIONES	Densidad médica en 1970 (cada 10.000 habitantes)	Porcentaje anual de crecimiento de la densidad médica (%)
AFRICA	1,36	2,03
AMERICA	10,76	0,98
ASIA	2,83	1,24
EUROPA	14,85	2,40
OCEANIA	11,00	—
U. R. S. S.	23,78	3,03

Se puede observar que los porcentajes de densidad médica varían en una proporción de 1 a 19 de acuerdo a las diferentes regiones del mundo; esta diferencia es aún mayor si se observan los países individualmente: la densidad médica es prácticamente inexistente en ciertos países en vías de desarrollo, mientras que alcanza 23,8 médicos cada diez mil habitantes en U. R. S. S., y 25 en Israel.

Africa es sin lugar a dudas el continente pobre de la medicina: 1,36 médicos cada diez mil habitantes, sin tener en cuenta el hecho de que, en la mayoría de los casos, 90 a 95 % de los médicos se encuentran en la

capital del país. Siete países africanos por lo menos ven disminuir actualmente su densidad médica. Los cuatro territorios de mayor crecimiento médico son Egipto, la isla de la Reunión, Gabon y Libia. Si la densidad médica en Africa no llega a aumentar su ritmo actual de crecimiento, será tan sólo de 2,65 a fines de siglo, lo que de todas maneras correspondería a una cuadruplicación, en treinta años, del cuerpo médico africano.

La situación de Asia no deja tampoco de ser alarmante: el avance de la densidad médica es cada vez menos rápido (2,83 en 1970). Más aún: si no se acelera el ritmo de aumento del cuerpo médico asiático, la densidad médica, ya baja de por sí, disminuirá aún más debido al inevitable crecimiento de la población.

La situación sanitaria de América Latina es un poco más alentadora: 6,34 médicos cada diez mil habitantes en 1970; 11,30 en el año 2000 si el crecimiento mantiene su ritmo actual. En la hipótesis favorable de que la densidad médica mantenga la aceleración que acusa desde los años 50, sería de 16,75 en el año 2000, densidad que conocen pocos países industrializados hoy en día.

Para mantener el nivel actual de su densidad médica (14,85), Europa sólo necesitará, de aquí a fines de siglo, aumentar su número de médicos en una cuarta parte, mientras que para lograr el mismo y nada estimulante objetivo de estabilidad, Asia deberá sobrepasar la duplicación de su cuerpo médico: "Situación paradójica, como lo señala el autor, en que los países menos provistos de médicos son también los que deberán realizar menos esfuerzos para mantener el nivel actual de la densidad médica".

"Los cambios estructurales de la profesión médica revisten aún más importancia que el aumento de sus efectivos", observa sin embargo Bui-Dang-Ha Doan: la infraestructura hospitalaria, la calidad de la asistencia, el tiempo de trabajo de los facultativos son también factores de importancia, así como, desgraciadamente, y sobre todo en los países en vías de desarrollo, la atracción de los médicos hacia otras actividades diferentes de la medicina, y también, en forma más general, el aumento de la especialización médica. La desigualdad frente al acceso a la asistencia se ve acrecentada por un fenómeno de aglutinación en que, al igual que los países, las regiones mejor provistas de médicos son las que presentan un mayor crecimiento de su densidad médica: en los países occidentales el empobrecimiento médico del campo en beneficio de las ciudades es un reflejo del abismo que separa a los países desarrollados de los países en vías de desarrollo.

(1) Cuadernos de sociología y de demografía médicas nº 3 y 4, julio-diciembre de 1974.

LIBRERIA DEL MEDICO

- TENEMOS EL MEJOR STOCK DE REPRODUCCIONES DE ARTE DE TODO EL MUNDO
- ¡PRECIOS IMBATIBLES!
- CUADRERIA FINA



INFORMATIVO DEL C.A.S.M.U.



Endoscopias de urgencia.

Para la atención de urgencia de endoscopias, en particular por cuerpos extraños en esófago, tráquea y bronquios, se acordó contratar los servicios de la Sociedad de Endoscopia del Uruguay, que ha organizado un servicio de guardia de retén permanente, todos los días del año y las 24 horas del día.

Las endoscopias no urgentes continuarán siendo realizadas por los actuales especialistas de la Institución que, por otra parte, integran en su totalidad la citada Sociedad.

Médicos Pediatras de Puerta.

Se llamará a concurso para 7 cargos de esta especialidad, que son cargos intermedios en el escalafón entre el Pediatra de Urgencia y el Pediatra Internista. Tendrán el régimen laboral y remunerativo del Médico de Puerta de orientación médica, pudiendo aspirar los técnicos pediatras que no sobrepasen los 50 años de edad, independientemente del número de años de graduados.

En cargos similares, en el futuro, se seguirá este mismo principio general de fijar escalas de edades límites, de acuerdo a la jerarquía y funciones de cada cargo.

Ingreso como Electrocardiólogos.

La Junta Directiva resolvió: a) Para ingresar en la especialidad de electrocardiografía, el aspirante deberá reunir los mismos requisitos reglamentarios exigidos actualmente para ingresar como cardiólogo. b) Luego de su ingreso, el técnico, si así lo deseara, podrá optar por desempeñarse solamente como electrocardiólogo.

Dadores de sangre para el Servicio de Hemoterapia.

Se reitera que, antes de ingresar a Sanatorio, todo paciente no urgente deberá enviar previamente un dador de sangre. Los ingresos urgentes lo deberán hacer a la mayor brevedad, antes del alta.

Se han establecido los mecanismos administrativos para vigilar el cumplimiento de estas disposiciones.

Denuncia de pacientes tuberculosos.

A solicitud de las autoridades competentes, se reitera la obligatoriedad de la denuncia de todo paciente bacilar ante el Dpto. de Medicina Preventiva del CASMU, quien la elevará al M.S.P.

Para evitar insuficiencias de denuncias, se ha dispuesto:

Encomendar a la Jefatura del Departamento de Suministros que envíe todos los meses información sobre los pacientes a quienes se les recetó en el mes anterior medicación antituberculosa, de la siguiente manera:

- 1) Nombre del paciente
- 2) Número de abonado
- 3) Domicilio del paciente
- 4) Nombre y número de ficha del médico o de los médicos que recetaron la medicación antituberculosa de ese paciente.

Sistema de Talón-Orden.

Con total éxito entre la masa de abonados y con gran apoyo del cuerpo médico, funcionó el nuevo sistema de talón-orden y pase-orden en los meses de junio y julio.

Ciertas prevenciones y dificultades fueron rápidamente superadas, y la adhesión de los técnicos incrementará los beneficios asistenciales y administrativos del mismo.

FALLECIDOS

- Dr. PEDRO COSTA VALLES**
Falleció el 29 de junio de 1975. Se había graduado en setiembre de 1925.
- Dr. RAUL D. VESCOVI**
Falleció el 26 de junio de 1975. Graduado en junio de 1926, se había especializado en Dermatología.
- Dr. JOSE NOZAR YUNES**
Falleció el 21 de julio de 1975 a los 64 años de edad. Se había graduado en marzo de 1942.

LIBROS EN VENTA. 1. Enfermedades del Hígado. Víctor Pérez. 2. Síndromes Comatosos. 2.ª Ed. Fernández - Malozetti - Muxi. 3. Patología Médica Específica. Ramón Guerra. 4. Formulario Médico Daymon. Pedro Pons-Soriano. 5. Neuroanatomía. Arana - Rebollo. 2.ª Edición. 6. Aparato Respiratorio. Ferrari-Oehninger. 1961. 7. Hematología Clínica. M. Varela. 4.ª Ed. 8. Enfermedades del Hígado. M. Spelberg. 1961. 9. Patología Quirúrgica. J. R. Michans. Tomos 1 y 3. 1963. 10. Tratado de Ginecología. J. Ahumada. 4.ª Ed. 11. Manual de Patología Quirúrgica. J. Patel. Tomo 1. 1.ª Ed. 12. Clínica Pediátrica. Tomos 1 y 2. Negro - Gentile - Mila. 13. Boskus. Tomos 1 y 2. Gastroenterología. 14. Tratado de Medicina Interna. Cecil. 15. Electro Cardiografía, O. Fiandra.

APARATOS. Aparato de tomar la presión ERKA, aneroide. Aparato de tomar la presión de mercurio ERKA. Dirección: Juan Paullier 2230.

SRTA. ESTUDIANTE DE MEDICINA. Se ofrece para consultorio, clínica o laboratorio. Horario de la tarde. Tratar por el Teléfono 78 19 53.

SE VENDEN MUEBLES CONSULTORIO. Mesa ginecológica, Vitrina, Escritorio, etc. Teléfono 41 45 32 de 12 a 13 horas.

SRA CULTA, buena presencia. Habla inglés y alemán. Se ofrece para recepcionista en consultorio médico. Excelentes referencias. Teléfono 49 13 06.

SE ALQUILA consultorio en Pocitos sólo a Especialistas. Pereyra 3174. Teléfono 77 12 49.

SE VENDE calculadora electrónica de bolsillo, a pilas o corriente, sin uso, con garantía. \$ 250.000. Campisteguy 2920, ap. 2.

SE VENDE máquina de escribir "Olimpia", portátil. Perfecto estado. Contado. Echeandía 2788, ap. 002.

SE VENDE camilla escritorio. Tratar: de 9 a 12 hs. 8 de Octubre 3642. Teléfono 58 75 19.

CONSULTORIO para médicos. República y Dante. Completo. Próximo al Sindicato Médico. Tel. 40 58 87. **VENDO** Mercedes Benz 180 gas-oil. Estado impecable. Informes: 58 44 67.

SE ALQUILA o se comparte con colega, consultorio instalado en Río Branco y 18 de Julio. Apto. de categoría con teléfono, calefacción central. Un solo médico por horario. Teléfonos: 40 13 24 u 8 81 87.

SE VENDE grabador Philips 3548. Cinta 4 pistas, 2 velocidades con accesorios. Verdi 4531. Teléf. 59 37 62. **SE VENDE** Oftalmoscopio. Cabezal de Haslinguer. Tratar: Dr. Silva, Teléfono 78 38 04.

A TRES MEDICOS alquilo consultorio equipado. \$ 180 ml por mes. Tratar: Justicia 2378. Teléf. 20 03 63.

ALQUILO consultorio médico completo. Especialmente instalado. Atiende sólo un médico en cada horario. Sala de espera confortable. Recepción de llamados. A 150 mts. del Hospital de Clínicas. Belgrano 2386. Teléfono 40 66 08.

OFTALMOSCOPIO Modell sin uso con lámparas de repuesto. Vendo. Tratar por los teléfonos 20 58 51 y 59 28 51.

CONSULTORIO médico instalado. Teléfono, recepcionista. Br. España esq. Pablo de María. Tel. 70 42 15.

CONSULTORIO méd. compartido. Se alquila instalado para mañana y tarde. Av. Brasil 2738 y Libertad. Teléfono 78 14 64. Clínica Pocitos.

CONSULTORIO médico instalado. Teléfono y recepcionista. Eduardo Acevedo 1034. Teléfono 4 29 25.

CONSULTORIO méd. compartimos con colegas. Manuel Albo 3741, apto. 11. Teléfono 20 31 67.

CONSULTORIO completo con sala de espera. Recepción de llamadas las 24 hrs. del día. Alquiler sólo a especialistas. Llamar al teléfono 3 55 03.

ACADEMIA de Choferes Centro. Conducción: Francisco Meijide y Raúl Flores (funcionarios del CASMU). Ofrecemos a los integrantes del S.M.U. nuestra labor de enseñanza con: buenos horarios; asesoramiento en trámites; facilidades de pago. Teléfono 78 79 37.

DIBUJOS y Diapositivos. Zignago. Teléfonos 41 47 02, de 13 a 19.

BIBLIOTECA del Dr. A. Norbis. Muy completa. Libros de medicina actual, algunos agotados. Tratar por el tel. 78 44 97.

PADRON MEDICO NACIONAL

Agradecemos las múltiples aportaciones de los colegas para tratar de encontrar el paradero (en el país o en el extranjero) de médicos que "NO SE UBICAN".

En ese sentido detallamos a continuación nómina de médicos que aún nos queda por ubicar.

ABAL, Ma. del Carmen
ALBERTONI VILLAMIL, A. F.
ARAYA, Carlos Néstor
ARIAS SOBRADO, Jorge A.
ARRIAGADA GARCIA, M. L.
ARRIAGADA GARCIA, Sonia R.
AZOCAR ILLESCA, Robinson
BERTINO RIVAS, Dardo
BELITZY BANA, Ruben
BRIZZIO LIZARRAGA, Oscar
BONTA, Emilio Luis
CABELLO LAGUNAS, Juan G.
CAFFARATI, Hugo
CALDERON ZANARTE, A.
CAMOU, Omar Néstor
CAUTILLO SANTANDER, C.
CLOSAS CUEVAS, Angel Pedro
COLLAZO, Juan Antonio
CERDA, Gilberto A.
CORRADINI ALFONSO, M. L.
CUBILLO, Carlos Luis
DAVI BARDELLI, María Julia
DE FALCO, Alfonso
DEFELICE, Héctor Andrés
DE LOS SANTOS, Ma. V.
DE PAREDES, Patrick
DIAZ, Angel Gonzalo
DIAZ-VALDEZ ZUÑIGA, Rafael
DUARTE HERRERA, Maruja
FENCIRA ZABALLO, Chivo
FERNANDEZ LEGUIZAMON, E.
FERNANDEZ ULLOA, Mariano
FESTA IBIS, Inés
FLORES RODRIGUEZ, Renée
FRAGA MOREIRA, Alvaro
FRALASCO, Salvador Francisco
FRIDLAND LEFEMAN, Mario
FRINDT FRANCO, Pablo
FRUGONI RUTTI, Manlio A.
GALLEGUILLAS, Fernando
GARCIA GUTIERREZ, Augusto
GAETTI FERMENTINI, Silvio
GLUSMAN, Ismael
GRAVINI CARLIER, Oscar D.
GIBBONS ARRIBILLAGA, A.
GONZALEZ ACOSTA, Ledia R.
GONZALEZ MASSALLA, L.
GUEGLIO, Eduardo Carlos
HIDALGO, Luis Fernando
HOUNIE, Matilde
IBARRA RUEZADA, Juan Ma.
IBARRA DA SILVEIRA, Isabel
ILARIA, Ermelinda
INZUNZA TEJO, Manuel R.
IVANCICH, Rodolfo
JACUBOWSKY LITUAOK, Adolfo
JACUBOWSKY, Daniel
KESLER RAPPAPORT, Saúl
LAGUNAS CARA, Enrique José
LEPPE VEGA, Osvaldo
LITMAN WEISER, Salomón
LIBMAN, Elías
LONGONI PLEBE, Rodolfo E.
MAJCH BRODER, Bernardo
MALLADA BENITEZ, Emilio
MAS CALZADILLA, Juan C.
MASCARDI, Adelina D.

MATRAJT, Juan Carlos
MENEGHETTI CARRETERO,
Pedro Enrique
MINDOLJEVIC, Catalina J.
MIGUEZ, José María
MORA SALAZAR Victor
ORTEGA RIENZI, Germán
OLIVERA, José
OROZCO VARELA, Omar
PALOMO, Jorge Alberto
PANIAGUA LEON, Carlos F.
PELLEGRINO, Hernán
PEREIRA COSTA, Osvaldo
PEREZ RODRIGUEZ, Emilio
PERMAN, Ruben Isaac
PEYSER, Gaspar
PEYSER FANZEL, Juan A.
PLANA MAS, Huberto Vicente
PLOTKIN, Jorge Anibal
POLANCO PALLARO, Aldo
POBLETO, Leonor Clotilde
QUAGLIATA SCHINO, Edgar
PONS MONTANARO, Miguel C.
QUESADA CALVO, Efraín
RIGGENI LLANOS, Dora
REYLES VALIENTE, Alma
RIFFEL ROSTAN, Hugo Darío
RIVERO LEUS, Carmelo
RODRIGUEZ SERRANO, José A.
ROSTAN, Ruben A.
SCHEIBAUM, Raquel
SCHVARZER LEYBER, A.
SECCO, Luis A.
SOLDATI, Arturo Alberto
SOSNA GARBULSKY, Teodoro
SOTO PAIVA, Victor Hugo
SUTTOVA, Vilma Susana
TEJERINA TORTOSA, Clelia R.
TORRES GOMEZ, Guillermo
URIARTE, Ana María
VALENZUELA MICKLE, J. E.
VARAS LUCERO, Carlos Ma.
VASCONCELLOS COSTA, A.
VENEGAS ORIBE, Carlos
VENTOS CARBALLO, Elena
VILLAGRA, Victor Rolando
VILLALOBOS TAPIA, Daniel
ZORZENON GENOLET, A. J.
WEBER DE COPELLI, Elba
ZERENE, Alejandro

Por favor: Si Ud. localiza alguno de estos médicos, comuníquelo a las oficinas del SMU, si es posible facilitando algún número de teléfono o la institución, donde podamos recurrir para su ubicación.

Teléfonos: 413516 y 401189.
Muchas gracias por su cooperación.

LIBRERIA DEL MEDICO

(Filial F.U.C.)

- Reproducciones de Arte importadas y cuadrería fina.
- Discos seleccionados por la crítica.
- Aparatos de presión y estetoscopios.

Venta y Service

**SIEMPRE HAY
FINANCIACION**

"GREMIAL"
Colonia 1938 - Piso 2
de 14 a 18 hs.

"FARMACIA"
18 de Julio 2039
de 11 a 17 hs.

Si Ud. cambia de domicilio o consultorio le rogamos llenar el cupón que se adjunta y enviarlo a nuestras oficinas o comunicarse telefónicamente.
Colonia 1938 Piso 2.
Tels.: 41.35.16 - 41.47.02

Rogamos completar todos los datos a máquina o con letra de imprenta.

Apellidos

Nombres Fecha

graduado Fecha de nacimiento:

Lugar Domicilio:

..... Tel:

Ciudad: Departamento:

..... Consultorio:

..... Tel:

Especialidad:

Lugares de trabajo:

Socio del SMU Otras gremiales



CICLO DE CULTURA MEDICA

AGOSTO 15 — Hora 19.00

ALGUNOS ASPECTOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LAS NEFROPATIAS

- Metodología para el estudio de un paciente hipertenso.
- Patogenia de la hipertensión arterial en las nefropatías bilaterales crónicas y su tratamiento.
- Nefropatía unilateral e hipertensión arterial.

Prof. Adj. Dr. Luis A. Campalans.
 Prof. Adj. Dr. Carlos A. Gómez Haedo.
 Prof. Adj. Dr. Dante Petruccelli.
 Prof. Adj. Dr. Julio C. Viola Peluffo.

SETIEMBRE 5 — Hora 19.00

CANCER DE CABEZA DE PANCREAS

Dr. Emilio Etala. Profesor de Cirugía. Jefe de Servicio Gastroenterología, Hospital Alvear. Buenos Aires.

Mesa Redonda: **NODULO FRIO TIROIDEO.**

Coordinador: Prof. Dr. Juan E. Cendan.

SETIEMBRE 6 — Hora 9.00

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA DE LA ULCERA DUODENAL

Dr. Guillermo Cottini. Profesor de Cirugía. Jefe de Servicio del Hospital Ramos Mejías - Buenos Aires.

Mesa Redonda: **HEMORRAGIA DIGESTIVA DE STRESS.**

Coordinador: Dr. Luis Cazabán.

OCTUBRE 24 — Hora 19.00

SHOCK SEPTICO

- Circunstancias clínicas de aparición.
 - Agentes habituales.
 - Circulación, Riñón, Hígado, Coagulación y Pulmón en el Shock Séptico.
 - Conducta Terapéutica.
- Dr. Ricardo Caritat Th.
 Dr. Humberto Correa Rivero.
 Dr. Alberto Cid.
 Dr. Angel Arismendi.

NOVIEMBRE 21 — Hora 19.00

EL MEDICO, EL PACIENTE Y LA MUERTE

- Problemas psicológicos frente a la situación de muerte del enfermo.
- Dr. Enrique Probst.

DICIEMBRE 12 — Hora 19.00

INTOXICACIONES CON ANTIDEPRESIVOS

(Imao - Tricíclicos - Litio)

- I. Sintomatología Clínica Dr. J. P. Cirillo).
- II. Bases farmacológicas y diagnóstico bioquímico. (Prof. Adj. Dr. Jaime Monti).
- III. Conducta terapéutica. Presentación de casos clínicos y normas de tratamiento. (Dr. Rodolfo Panizza).

CONFERENCIAS REALIZADAS

El Dr. Alvaro Osorio (coordinador) y los pediatras argentinos, Dres. J. L. Cervetto y Licastro, quienes disertaron sobre **PATOLOGIA DEL INTESTINO DELGADO** (en Pediatría).



Un aspecto de estas conferencias que se realizaron los días 4 y 5 de julio en nuestro Local Social.