

4 Secciones Retrogaserianas

Por Neuralgia del Trigémino

APUNTES CLINICOS Y TERAPEUTICOS

Durante los dos últimos años hemos tenido la oportunidad de tratar veinte casos de neuralgia del trigémino. De estos casos hemos operado cuatro. Queremos, basados en ellos, y en las observaciones de enfermos vistos y operados en la clínica del Profesor Leriche, en Estrasburgo, hacer algunas anotaciones sobre el aspecto clínico de tan cruel enfermedad y hacer resaltar la noción de que sólo el tratamiento quirúrgico es capaz de aliviar los enfermos de manera segura y definitiva.

Antes de emprender el estudio clínico es necesario recordar que la inervación sensitiva superficial de la cara está a cargo de las terminaciones del nervio trigémino. Los territorios inervados por las tres ramas terminales del quinto par craneano han sido verificados recientemente gracias a las minuciosas observaciones de Harvey Cushing y su escuela; en nuestra opinión las zonas descritas por Cushing, están más cerca de la realidad; no pretendemos criticar las descripciones de inervación facial establecidas por eminentes neurólogos tales como Dejerine, Winkler y Bolk, sería un imperdonable pedantismo; pero sí nos basamos en los trabajos de Cushing y Fay, puesto que dichos trabajos han sido en un todo aceptados, unánimemente.

El eminente neurologista argentino Manuel Balado, ha aceptado la descripción de Cushing y resume de la manera siguiente los territorios que corresponden a las diversas ramas

del trigémino: "1º Rama oftálmica: piel: cara dorsal de la nariz, del párpado superior, frente, parte anterior de la región cervical; la mucosa conjuntiva bulbar y palpebral; del saco y conducto lacrimales, de la glándula lacrimal, de la mucosa de la pared anterior y tercio anterior de las paredes externa e interna de la fosa nasal, de la mucosa de los senos frontales, esfenoidales y etmoidales posteriores; del periostio del hueso frontal y nasal; de las meninges, dura-madre fronto-orbitaria, tienda del cerebelo, seno cavernoso, seno lateral, petroso superior y parte posterior del seno longitudinal superior.

"La rama denominada nervio maxilar superior: piel: parte media de la región temporal, párpado inferior, pómulos, labio superior, ala de la nariz y vestibulo de las fosas nasales; mucosa de los cornetes, meatos y tabiques nasales; mucosa de las encías superiores; mucosa del velo del paladar, del orificio faríngeo de la trompa y polo superior de las amígdalas, del seno maxilar, del canal nasal y de los dientes; mucosa del labio superior y mejilla; meninges; dura-madre que reviste la cara anterior del peñasco y mitad anterior del parietal.

"La rama denominada maxilar inferior: piel: parte posterior de la región temporal, parte anterior del pabellón de la oreja, parte anterosuperior del conducto auditivo externo de la mitad anterior del tímpano, de la región parotidea, del labio inferior y del mentón. Antes de proseguir debemos hacer notar que Dejerine señala la inervación de la parte infero-posterior del conducto auditivo externo, como hecha mediante un filete nervioso venido del ganglio geniculado del facial, lo cual es un error, pues como lo ha demostrado Temple Fay, en el hombre, esa inervación está hecha mediante la rama auricular del vago. Las mucosas inervadas por el maxilar inferior son: mucosa de la cara interna de las mejillas, del labio inferior y encías, de la punta de la lengua, dos tercios anteriores de las caras superior e inferior de este órgano. Son inervados los dientes del maxilar inferior, y la articulación temporo-maxilar; las células mastoideas y dura-madre de la región temporo-parietal y cerebelosa".

Como se ve, las minuciosas observaciones han podido determinar los territorios correspondientes a cada una de las ramas del trigémino. Si hemos hecho este resumen anatómico antes de entrar en materia es porque la gravedad relativa de la neuralgia depende justamente de la localización anatómica del territorio doloroso; la neuralgia de la rama oftálmica es más grave desde el punto de vista terapéutico que la neuralgia del maxilar supe-

rior o del maxilar inferior; más adelante explicaremos las razones de este postulado.

No entraremos a describir la crisis típica de la neuralgia del trigémino. La pluma elocuentísima de Trousseau, dejó descripciones que nadie ha superado y que nadie pretende superar. Todo lo observó y todo lo captó la perspicacidad clínica de Trousseau. ¿Cuáles son los caracteres esenciales de la crisis? Bruscamente un hombre o una mujer, alrededor de los cuarenta años, experimenta un vivo dolor en un punto de la cara, sea en la región infraorbitaria, o en la región de emergencia del nervio mentoniano. El dolor aparece como un chispazo eléctrico; instintivamente el enfermo, sorprendido por la inverosímil intensidad dolorosa, lleva la mano a la cara, para frotar y comprimir el punto doloroso; el enfermo muchas veces se agacha, se levanta, da vueltas en derredor siempre comprimiendo el punto que lo hace sufrir; el dolor es tan intenso que muchas veces lo domina y le impide gemir. Ese relámpago doloroso dura unos instantes, unos segundos, unos minutos y desaparece con la misma brusquedad con que apareció. Al fin de la crisis se nota una secreción lacrimal y nasal, inconstantes; lo que sí es más constante es la vasodilatación cutánea, algunas veces muy intensa, cuando la rama afectada es la oftálmica. El enfermo queda aturdido y en un estado de ansiedad muy marcado. Estas crisis dolorosas pueden ser más o menos frecuentes, más o menos intensas. Las crisis pueden repetirse varias veces en el mismo día o bien dejar intervalos libres de semanas, meses y años. Algunas veces las crisis se acompañan de contracciones de los músculos de la cara.

La gran autoridad de Trousseau describió desde un principio el carácter paroxístico de la neuralgia del trigémino; ese carácter paroxístico ha sido universalmente admitido y es indiscutiblemente un elemento primordial para el diagnóstico de neuralgia del trigémino. Toda crisis dolorosa paroxística localizada en una, en dos o bien en las tres ramas, y que se limite absolutamente al territorio trigeminal es una neuralgia del trigémino. En la actualidad se le han agregado varios caracteres más a la magistral descripción de Trousseau en sus lecciones clínicas. En primer lugar el paroxismo doloroso no se acompaña nunca de anestesia ni de hipostesia de la cara o de la boca. En segundo lugar la crisis dolorosa no se acompaña ni deja como secuelas parálisis o contracturas de los músculos de la cara; las neuralgias faciales acompañadas de parálisis o de trismus no pueden considerarse como neuralgias esenciales del trigémino.

Empero la lectura de las admirables descripciones nos dejan insatisfechos cuando se comparan las descripciones clásicas y modernas, no con la crisis trigeminal en sí misma, pero con el estado clínico del enfermo fuera del período de crisis aguda. Un hecho que nos ha parecido digno de ser notada es el siguiente: en los comienzos de la enfermedad las crisis dejan intervalos libres muy francos durante los cuales el enfermo no sufre absolutamente y puede ejecutar los movimientos de la musculatura facial, al hablar, al comer, al reírse, sin el menor dolor; *pero llega un momento en la evolución de la enfermedad en el cual persiste un fondo de dolor continuo, un nivel doloroso permanente sobre el cual se agregan los episodios paroxísticos clásicos.* No creemos que se haya insistido en la literatura lo suficiente para hacer resaltar que muy frecuentemente, de manera constante, si nos atuviéramos a nuestras propias observaciones, en el período de la neuralgia trigeminal constituida, *el enfermo sufre de manera permanente.* Tenemos la impresión franca de que la neuralgia trigeminal no sólo es progresiva en el sentido de que las crisis se hacen más y más frecuentes, sino que es progresiva en el sentido de que de paroxística se transforma en continua. En los comienzos de la enfermedad trigeminal, en los períodos de intervalo libre, el enfermo no se distingue, en lo más mínimo, del sujeto normal; nada en su fisonomía indica que es portador de tan cruel dolencia; sus movimientos automáticos faciales se ejecutan de manera franca y perfecta. No acontece lo mismo en lo que describimos como el período de estado del mal trigeminal. Cada vez hemos encontrado un cuadro clínico que en nuestro concepto es muy característico: el enfermo avanza hacia el médico a pasos cortos, con una prudencia felina; avanza con el lado de la cara que es sitio de la neuralgia facial, hacia atrás, como para proteger el lado doloroso del viento producido por su desplazamiento en el espacio. Al mirar fijamente esos enfermos hemos encontrado siempre una expresión de profunda tristeza y sobre todo una inmovilidad facial que en muchos detalles nos recuerda el aspecto de los parquinsonianos; los neurálgicos hacen esfuerzos por no parpadear del lado enfermo; por no mover los labios y sin hablar sólo despegan los labios del lado sano; parece que respiraran con prudencia. El examen objetivo de esos enfermos es casi imposible; apenas hace el médico el gesto de levantar la mano para tocar el territorio doloroso, los enfermos detienen la mano del médico en el aire; cuando se les exige que señalen el territorio exacto del dolor, muy tímidamente aproxi-

man el dedo y apenas frisan tenuemente la zona dolorosa a tal punto que en la mayoría de las veces no se sabe exactamente cuál sea la extensión real del territorio afectado. Es precisamente esa imprecisión en la determinación exacta del territorio doloroso lo que nos hace pensar que la neuralgia trigeminal no sólo es progresiva en el sentido de que pasa del estado paroxístico al estado continuo, sino que tiene tendencia a difundirse sobre las diversas ramas del trigémino. En nuestro concepto los territorios más a menudo afectados son los correspondientes al nervio maxilar superior e inferior.

Nos parece indiscutible la transición evolutiva del estado paroxístico al estado continuo con localizaciones en dos ramas. Pero la dolencia puede también manifestarse de manera continua en un pequeño territorio de una de las ramas del trigémino. Tenemos el recuerdo de un enfermo que nos fue enviado por el Profesor Braulio Mejía. Este enfermo se quejaba de un dolor intensísimo en la mitad derecha del labio superior; el dolor era tan intenso que todo examen era imposible; fue necesario hacer una anestesia del labio para poder explorar la encía y la mucosa; el Dr. Suárez Hoyos, distinguido especialista en órganos de los sentidos, tuvo necesidad de practicar la anestesia para poder hacer la diafanoscopia. En este enfermo no se encontró ninguna causa capaz de explicar la neuralgia, los senos fronto-maxilares y la dentición no tenían la menor inflamación local; se trataba de una neuralgia de una ramificación del maxilar superior, continua.

También nos ha sido posible observar las neuralgias bilaterales; una de nuestras operadas había sufrido una neuralgia del lado opuesto y había sido operada varios años antes por el Profesor Montoya y Flórez. En lo general las neuralgias bilaterales son rara vez simultáneas. Cuando lo son, el dolor es más intenso de un lado que del otro; de un lado el territorio doloroso es mucho más extenso que del otro. En la mayoría de las veces cuando el enfermo tiene el infortunio de sufrir de neuralgias bilaterales el dolor aparece del segundo lado poco tiempo después de haber desaparecido del lado inicial, gracias a la intervención quirúrgica. La bilateralidad de la neuralgia es también una tendencia progresiva. (Obs. N° I).

En fin hay un hecho clínico que en nuestro concepto da al síndrome doloroso que nos ocupa un carácter evolutivo muy franco, es la decadencia progresiva del estado general. Estos enfermos portadores de un dolor intensísimo el cual se despierta

con brutalidad feroz por la causa más insignificante, sea por el menor contacto del viento, por el menor roce de la cara contra la almohada, porque bostezan, porque se ríen, porque hablan o suspiran y porque comen, experimentan una depresión moral muy marcada la cual agregada a la intoxicación del organismo por el uso casi continuo y exagerado de los anelgésicos cuya gama va de la aspirina a la aconitina y sobre todo agregada a la inanición, pues la masticación tiene el triste privilegio de ser el movimiento que más dolor despierta, estos enfermos, decimos, caen pronto en verdadero estado de caquexia al punto que el cirujano vacila, pues duda que soporten la intervención quirúrgica. Una de las observaciones que publicamos más adelante tiene por objeto demostrar este postulado; (Obs. N° III) sin dormir, sin comer, aislados en el rincón más tranquilo de su habitación, estos enfermos pasan sus días y sus noches en el más cruel de los estados. Muchos de ellos llegan a meditar el suicidio; algunos optan por esa medida. En el capítulo consagrado a las algias faciales por Trousseau se encuentran patéticas descripciones de lo que puede ser el fin de esos enfermos y el Profesor Leriche en su reciente tratado sobre la Cirugía del Dolor describe la tragedia de aquel enfermo quien debido a los sufrimientos causados por una neuralgia del trigémino se arrojó a las aguas del Rhone; salvado de su tentativa de suicidio fue operado por Poncet, quien, siguiendo el método utilizado en esa época, practicó las secciones de las ramas periféricas; estas intervenciones lo aliviaron un tiempo pero luego el mal continuó dos meses después, con una intensidad tal, que el enfermo decidió dispararse una bala de revólver en el cráneo; esta vez la muerte le procuró el descanso definitivo. Aquella religiosa de 72 años, quien sufría desde hacía 15 años de una cruel neuralgia trigeminal confesó al Profesor Leriche: "Si se hubiera negado a operarme, al salir de su consultorio me hubiera arrojado al Rhone". Uno de nuestros operados, cuya observación publicamos más adelante, nos declaró que aceptaría la operación, aunque sucumbiese sobre la mesa de intervenciones. (Obs. N° II). No es vulgar lirismo!

Si hemos insistido sobre el carácter continuo de la neuralgia trigeminal, es decir sobre el fondo doloroso permanente, es para evitar errores de diagnóstico y vacilaciones que redundan en contra de los enfermos. Tenemos la impresión franca, basada en las cuatro observaciones que publicamos más adelante, que el dolor continuo puede ser la traducción clínica de la neuralgia trigeminal; nuestros cuatro operados sufrían todos de ma-

nera continua, todos obtuvieron la curación definitiva, gracias a la sección retrogaseriana de la raíz sensitiva del trigémino.

Hemos descrito los caracteres de la neuralgia esencial, veamos algunos puntos de diagnóstico diferencial. En primer lugar es necesario eliminar las sinusitis maxilar, frontal, esfenoidal; para ello es preciso un examen detenido practicado por un especialista; es preciso confrontar el examen clínico con el examen diafanoscópico y radiológico. Por lo general son los especialistas en órganos de los sentidos los que primero ven los enfermos y el especialista tiene una gran responsabilidad en el caso pues si interviene sobre los senos maxilo-frontales de manera irreflexiva en vez de mejorar el paciente agrava la situación de manera considerable; una de las observaciones que publicamos tiene justamente por objeto demostrar ese postulado (Obs. N° IV). En principio, dada la inmensa participación del trigémino en la inervación sensitiva de las mucosas sinusales y el carácter doloroso, intensamente doloroso de las sinusitis es preciso, antes de sentar el diagnóstico de neuralgia del trigémino, excluir la posibilidad de la sinusitis; personalmente no intervenimos sobre el trigémino cuando el diagnóstico de sinusitis se confirma; en ese caso es preciso hacerla tratar correctamente. La sección retrogaseriana de la raíz sensitiva trigeminal no cura la sinusitis y los drenajes de los senos, tampoco suprimen la neuralgia trigeminal; pero un enfermo con neuralgia trigeminal a quien se le abren los senos fronto-maxilares se agrava considerablemente. (Obs. N° IV).

El segundo diagnóstico diferencial son las neuralgias faciales de origen dental; y sobre este punto el Profesor Leriche, durante el noveno congreso de estomatología reunido en París en 1936, declaró que las neuralgias trigeminales pueden en un principio localizarse en los dientes, pero en los dientes sanos; cuando el examen hecho por un dentista competente muestra que los dientes están sanos, hay posibilidad de neuralgia del trigémino; pero cuando el examen minucioso muestra pulpitis, artritis cervicales dentales por tártaro o cuerpos extraños interdientales o bien esclerosis de las encías después de la extracción en personas hipercalcificadas, es necesario tratar correctamente estas lesiones antes de concluir a la neuralgia. Es un tratamiento absurdo extraer dientes sanos como tratamiento de la neuralgia trigeminal. Nos ha tocado observar enfermos a quienes se les había edentado y luego destrozado los senos fronto-maxilares, inútilmente, pues la neuralgia siguió su curso. (Obs. N° IV). Las

extracciones de piezas sanas y las operaciones sobre los senos fronto-maxilares por hipotéticas sinusitis son intervenciones inútiles las cuales en vez de mejorar los enfermos los agravan considerablemente; estos enfermos, fuera de la neuralgia trigeminal persistente, presenta, según la feliz expresión de Stookey, "el síndrome de las operaciones múltiples inútiles".

Veamos en tercer lugar los verdaderos diagnósticos diferenciales que el cirujano debe tener muy en cuenta antes de decidir la intervención. Ante todo es preciso eliminar un síndrome doloroso de la cara muy bien aislado y estudiado por Sluder en 1908. Se trata de la neuralgia del ganglio esfeno-palatino. Los síntomas de este síndrome son los siguientes: "Dolores en la raíz de la nariz; alrededor del ojo, en los dientes del maxilar inferior; el enfermo se queja de sentir los dientes como alargados y en efecto siente molestias de la articulación dental; los dolores irradian hacia la arcada zigomática y la sien; muchas veces el dolor alcanza hasta la mastoide, el occipito y desciende sobre el cuello y el brazo". Manuel Balado señala que el dolor puede extenderse al oído. Según este último autor la crisis se acompaña de vértigo. Todos los autores señalan el lagrimeo, la rinorrea y la fotofobia concomitantes de la crisis; convienen con Sluder en atribuir el síndrome doloroso a una infección más o menos latente del seno esfenoidal. Tal es la descripción teórica de los hechos. Leriche creyó haber encontrado un caso que rotuló neuralgia del ganglio esfenopalatino. Fue diagnosticado como neuralgia del trigémino y operado como tál, por otro cirujano, obteniendo la curación definitiva del enfermo.

Personalmente la observación N^o IV que publicamos más adelante tiene en sí muchos puntos en común con la descripción de Sluder; la rinorrea y las irradiaciones son muy significativas; pero basados en la observación N^o II, la cual anotaba también la rinorrea no vacilamos en pensar que se trataba de una neuralgia del trigémino; la operamos como tál; la observación es muy reciente para concluir. Lejos de nosotros la veleidad de negar la existencia del síndrome de Sluder, pero sí creemos que se necesita más investigación antes de admitirlo.

La neuralgia del glosso-faríngeo no es tan rara como lo pretenden algunos autores. En lo general el dolor está localizado en la profundidad del ángulo maxilar inferior; la crisis se despierta cuando el enfermo traga y hace pasar el bolo alimenticio sobre el lado izquierdo de la base de la lengua. Tenemos el recuerdo de un empleado vendedor en uno de los principales almacenes

de Medellín. Este enfermo era un verdadero mártir pues al hablar para poder imponer su artículo a los clientes, cada vez que tragaba la saliva sentía la dolorosa espina; ningún tratamiento médico recomendado por mí mismo o por eminentes colegas, lo mejoró; en Bogotá, un especialista le hizo algunas cauterizaciones de las papillas de la base de la lengua, so pretexto que las encontró muy hipertrofiadas; el enfermo mejoró.

La neuralgia del ganglio geniculado no puede prestarse a confusión alguna porque el centro doloroso se encuentra en el oído, es consecutiva a un brote de herpes de la piel del oído externo. Sus irradiaciones sobre las ramas del trigémino son poco extensas. Lo mismo puede decirse de la neuralgia frontal consecutiva a una erupción herpética en la zona del oftálmico; la piel de la región frontal es hiperestésica y el enfermo siente una sensación de quemadura continua con paroxismos intensos. Nos queda para tratar las neuralgias trigeminales sintomáticas de tumores o lesiones intracraneales los cuales crecen hasta el punto de comprimir el ganglio de Gasser y las neuralgias por tumor del ganglio de Gasser propiamente dicho. Entre los tumores cerebrales que se manifiestan por neuralgias trigeminales, figuran en primera línea los meningiomas y los tumores del ángulo ponto-cerebeloso. Sólo un examen neurológico muy serio puede descubrirlos y localizarlos, el análisis de la sintomatología de dichas afecciones sale del cuadro de esta monografía; sólo señalaremos los trastornos de la motricidad y de la sensibilidad de la cara, hiperestesia o anestesia facial muy características de los tumores del ángulo ponto-cerebeloso; ya habíamos anotado que en las neuralgias trigeminales esenciales, de las que nos ocupamos, la motricidad y sensibilidad faciales, son normales, por definición. Los tumores del ganglio de Gasser se caracterizan por el hecho de que la neuralgia sería continua. En este punto estamos en desacuerdo absoluto con los autores pues ya hemos insistido mucho sobre nuestro concepto sobre el carácter continuo de la neuralgia trigeminal esencial. Según el concepto clásico todos los enfermos que sufren de neuralgia continua tendrían un tumor del ganglio de Gasser. En las intervenciones que hemos practicado no hemos encontrado el primero.

Hay un hecho que en nuestro concepto también merece revisión integral: es el problema de la anestesia de la córnea como signo de alto valor y característico de los tumores que producen neuralgia trigeminal sistemática. En una de las observaciones que publicamos (Obs. N^o III) la anestesia de la córnea la deter-

minamos en colaboración con el Dr. Arango Tamayo en un caso en que intervinimos juntos; esperábamos encontrar un tumor del ganglio y cuál fue nuestra sorpresa al no encontrar la más mínima lesión tumoral; Leriche trae una observación de fibroma del ganglio sin la más mínima sintomatología propia, fuera de la neuralgia trigeminal.

Infinidad de diagnósticos diferenciales se podrían citar, desde la miositis de los músculos maseterinos hasta las causalgias faciales. No nos detenemos por no alargar en extremo estos apuntes.

Antes de hablar del tratamiento preguntémonos cuál es la causa de la neuralgia trigeminal. En realidad de verdad, hasta el momento actual no se puede afirmar que se haya descubierto. Se ignora, sencillamente. Hipótesis no faltan; las hipótesis sirven para disimular nuestra ignorancia. Nos es amargo anotar que las pretendidas compresiones vasculares sostenidas por Dandy, quien es incontestablemente el cirujano que tiene mayor autoridad en la materia no las hemos podido verificar.

Empero si ignoramos, por el momento, la causa del mal trigeminal, la terapéutica quirúrgica dispone de un método admirable para curarla de manera definitiva y segura, la neurotomía retrogaseriana de la raíz sensitiva del trigémino. En primer lugar afirmamos que no existe tratamiento médico de la neuralgia trigeminal. Trousseau, en sus lecciones clínicas en 1831 afirmó, con una sinceridad incomparable, que en su larga práctica no había curado uno solo de sus enfermos. Todo el mundo en la actualidad está de acuerdo para afirmar que sólo el tratamiento quirúrgico puede curar los enfermos. En segundo lugar el tratamiento quirúrgico es de una benignidad desconcertante. Veamos a ese respecto las estadísticas de la escuela norteamericana. La mortalidad operatoria por neurotomía retrogaseriana es de medio por ciento en la estadística global. Frazier señala en su estadística particular dos series, la una de 194 operaciones de sección retrogaseriana, con una sola muerte; en la segunda serie él publica 104 operaciones sin una sola muerte. Cushing operó 345 casos sin una sola muerte. Leriche, sobre 215 operaciones sólo perdió cuatro enfermos. En una estadística modestísima nos permitimos indicar que nuestra estadística personal en Colombia se compone de cuatro casos en los cuales hemos obtenido siempre un éxito perfecto desde todo punto de vista. Ahora bien, nos preguntamos cuál es la operación de cirugía general que ofrece tales garantías? Son muy raras. Ni

siquiera la apendicectomía. La neurotomía retrogaseriana es pues una operación muy benigna. Cuáles son sus indicaciones? La neurotomía retrogaseriana está indicada cada vez que el examen clínico y bioquímico del enfermo demuestre la integridad del estado general. La edad no es contraindicación, pues Adson publicó los resultados de la Clínica Mayo de Rochester y la edad más avanzada de uno de los operados fue de 88 años, el más joven tenía 17 años. En las observaciones personales que publicamos, uno de nuestros enfermos tenía 65 años de edad.

Y las complicaciones post-operatorias? En primer lugar el calificativo de complicaciones es demasiado fuerte. Se debiera más bien hablar de molestias post-operatorias. Hay molestias post-operatorias insignificantes y molestias post-operatorias que merecen cuidados; estamos convencidos que ambas se pueden evitar. Entre las insignificantes figuran en primera línea las parálisis oculo-motoras y los trastornos visuales. Según nuestra experiencia personal el trastorno ocular que hemos observado es la diplopia; la hemos buscado en la literatura especial sobre la materia y no la hemos encontrado descrita (Obs. N° 1); en el caso particular este trastorno duró unos dos meses. Otro trastorno observado ha sido la ceguera del lado operado (Obs. IV); en nuestra operada este trastorno se manifestó al segundo día de la operación y duró hasta el cuarto día; la visión se restableció de manera integral y perfecta. Estos trastornos fugaces son producidos por mínimos traumatismos de vecindad en la proximidad del seno cavernoso; microtraumatismos que engendran fenómenos vasomotores los cuales alteran muy pasajeramente el delicadísimo aparato de la visión. Otra molestia señalada por los autores es la otitis media; una de nuestras operadas (Obs. IV) se quejó durante algunos días de ligero dolor en el oído derecho, dolor que desapareció sin el menor tratamiento. Estas molestias oculares o bien auriculares desaparecen espontánea y rápidamente cuando sobrevienen, no hay razón para inquietarse.

Las molestias post-operatorias que merecen cuidado son dos: la parálisis facial y la queratitis. La parálisis facial fue en los comienzos de las operaciones por neuralgia trigeminal muy frecuente, pero se explicaba en ese entonces de manera perfecta porque el método utilizado consistía en arrancar el trigémino de su origen protuberencial como arrancamos en la actualidad el nervio frénico en las frenicectomías; claro está que el núcleo protuberencial del facial se resentía de maniobra tan brusca; en la actualidad nadie arranca el trigémino. Las parálisis faciales

que se observaban antes eran transitorias, tenían dos o tres meses de duración. En una de las observaciones que publicamos justamente en un caso de neuralgia trigeminal bilateral, (Obs. N^o I) la enferma había sido operada por el Profesor Montoya y Flórez, quien arrancó la raíz y presentó una parálisis facial de corta duración; en nuestros operados no la hemos observado nunca.

El problema de la queratitis sí merece más atención y es, en suma, la molestia que en nuestro concepto merece verdadera consideración. En los comienzos se creyó que su frecuencia era muy grande; De Martel y Robineau, publicaron estadísticas verdaderamente alarmantes: 53%, pero eso fue en la época de transición del tiempo más delicado de la intervención, es decir, en la época en que se disecaba mucho y se exteriorizaba demasiado el cavum de Meckel, exteriorización que traía como consecuencia traumatismos exagerados e inútiles de la región; en efecto cuando no se arranca la raíz y cuando no se tracciona sobre la misma, ni se quiere a todo precio ver la raíz motora, la queratitis no se presenta. Creemos que estas ideas difundidas por Leriche, son exactas. La prueba es que en las cuatro observaciones que publicamos sólo la hemos observado una sola vez (Obs. N^o II); en este caso se trataba de un anciano en el cual la adherencia de las meninges era extremada y la exteriorización del ganglio fue particularmente difícil, por consiguiente el traumatismo fue muy intenso. Cushing y Adson dan 6% como porcentaje de la queratitis en la actualidad. Esta queratitis si se trata desde un principio es muy benigna y no deja secuela apreciable. Procediendo con una suavidad extrema se puede evitar el traumatismo del ganglio y por consiguiente ese trastorno ocular ulterior. Se pensó en un momento dado que cuando la neuralgia trigeminal sólo ocupaba los territorios de los nervios maxilares y evitaba el territorio del oftálmico, se podría, gracias a una hipotética sistematización de la conducción radicular, practicar una sección parcial de ésta y evitar la sección de la parte interna de la misma, la cual contendría las fibras tróficas trigeminales destinadas a la córnea incluídas en la porción oftálmica de la raíz y evitar por consiguiente la queratitis; en la práctica, por serios que sean los argumentos, no son convincentes debido al peligro de las recaídas.

En fin, estimamos que sólo la sección total, retrogaseriana, de la raíz sensitiva del trigémino por vía temporal constituye el tratamiento ideal de la neuralgia trigeminal.

Cuáles son los resultados? Las estadísticas establecen que

85 a 90% de los enfermos se curan de manera definitiva y completa. Los que han sido tratados por inyecciones neurolíticas de alcohol en el ganglio de Gasser conservan, después de la operación, ciertas sensaciones dolorosas.

Esto nos conduce a estudiar el tratamiento médico de la neuralgia trigeminal por medio de las inyecciones neurolíticas. De todos los tratamientos médicos utilizados las inyecciones de alcohol constituyen el único método paliativo. Gozaron de una gran boga. Actualmente están en marcada decadencia por las razones siguientes: en primer lugar la inyección es difícil de realizarla en el tronco mismo del nervio; una ínfima parte se derrama. Aun cuando la punta de la aguja penetre en el tronco nervioso la inyección de alcohol a 90 grados, universalmente preconizada, no tiene el valor neurolítico que se creía en un principio. Beriel ha estudiado troncos nerviosos inyectados algunos meses antes y ha encontrado que las alteraciones producidas por el alcohol eran insignificantes; fuera del espesamiento del tejido intersticial interfibrilar y de algunas lagunas edematosas entre las fibras, los cilindros presentaban un aspecto normal. Estas mínimas lesiones explican la razón por la cual las inyecciones de alcohol tienen un efecto efímero y transitorio. Pero la razón capital para abolirlas de la terapéutica es la siguiente: las inyecciones provocan focos de esclerosis generadores de reflejos vasomotores los cuales obran sobre el facial y engendran sensaciones anormales de la cara, aun después de seccionar la raíz sensitiva del trigémino. De tal manera que las secciones retrogáserianas en enfermos que han sido previamente inyectados con alcohol no producen un efecto tan radical y completo como en los enfermos que no han sido inyectados o irradiados. Leriche no las practica y sólo las tolera en enfermos absolutamente inoperables. Petit-Dutaillis en un trabajo reciente resumido en el Journal de Cirugía del mes de enero de 1939 condena las inyecciones neurolíticas de alcohol teniendo en cuenta las complicaciones que ellas provocan. Las inyecciones del tronco maxilar superior penetrando por el agujero infraorbitario provocan algunas veces hematomas de la región muy molestos y funestos; las inyecciones del maxilar superior por vía lateral provocan más a menudo de lo que se cree necrosis muy extensas del hueso maxilar superior, artritis de la articulación temporo maxilar; lesiones esclerosas del músculo pterigoidiano y de los músculos masticadores con trismus permanente; algunas veces parálisis oculares; las inyecciones practicadas en pleno ganglio de Gasser provocan ante todo queratitis

las cuales sobrevienen según Haertel en una proporción de 25%, más aún parálisis del VII y VI par craneanos; estas complicaciones, verdaderas complicaciones puesto que tienen un carácter más permanente que las molestias de que hablamos más adelante consecutivas a la intervención quirúrgica nos parecen más serias; todos nuestros operados han sido inyectados por eminentes colegas; en el caso de la observación N° III, caso que en un principio consideramos inoperable debido al profundo estado de inanición y debilidad general en que se encontraba la enferma, practicamos una inyección en la región del ganglio, la cual no modificó en nada la dolencia; Leriche, Petit-Dutaillis y muchos muchos otros, verdaderas autoridades en la materia, han abandonado las inyecciones neurolíticas. Desgraciadamente los métodos no se abandonan fácilmente y la rutina en terapéutica traiciona los intereses del enfermo! No exageramos al afirmar que no existe tratamiento médico de la neuralgia trigeminal.

En resumen: la neuralgia trigeminal esencial está caracterizada por crisis dolorosas muy intensas localizadas en el territorio correspondiente a una o dos ramas del quinto par craneano. En un principio la neuralgia es paroxística, en su período de estado ella es continua; rechazar el diagnóstico de neuralgia del trigémino porque el dolor es continuo nos parece un error; y creemos que el dolor continuo es habitual en el período de estado del mal trigeminal. Sólo la sección de la raíz sensitiva del trigémino, entre el ganglio de Gasser y la protuberancia puede aliviar el enfermo de manera completa y definitiva. La operación es benigna.

OBSERVACION N° I

Neuralgia del trigémino bilateral operada del lado derecho en 1928 por el Profesor Montoya y Flórez. En el mismo año dolores del lado izquierdo. Operada en 1936. Curación definitiva.

A. Card. A.—36 años.—Maestra.—Medellín.

Antecedentes hereditarios y personales sin ninguna significación. Muy buena salud hasta comienzos del año 1922; tenía en ese tiempo 22 años cuando empezaron los fenómenos dolorosos en el lado derecho de la cara, sin causa de ninguna clase. Los dolores se localizaron primero en el territorio del oftálmico: crisis paroxísticas en la región de la ceja derecha y sobre todo en la

región infraorbitaria del mismo lado, crisis muy intensas que la enferma comparaba a un chispazo eléctrico; lo más interesante de estas crisis era la vasodilatación cutánea y conjuntival en el momento del paroxismo doloroso; los fenómenos vasomotores fueron tan intensos que la frente y el borde orbitario cambiaron de aspecto y se tornaron cianóticos; las crisis se acompañaban de hidrorrea nasal muy abundante. De 1922 a 1928 las crisis se hicieron de más en más frecuentes hasta llegar a ser continuas. El Profesor Montoya y Flórez practicó inyecciones anestésicas en el nervio nasal interno y supraorbitario; estas inyecciones la calmaban por espacio de ocho días, pero las crisis volvían más y más intensas al punto de ser intolerables.

Operación: Febrero 1928. Profesor Montoya y Flórez y Dr. Carlos Fernández Quevedo.—Trepanación temporal derecha. Arrancamiento de la raíz sensitiva del trigémino entre el ganglio de Gasser y la protuberancia. Post-operatoria: Parálisis facial completa; gran desviación de la boca y lagoftalmía muy marcada; durante los primeros días de la post-operatoria la enferma experimentó una sensación de casco de hierro. Los dolores cedieron rápidamente pero la parálisis facial persistió durante un año.

A fines de 1928 se iniciaron las crisis dolorosas del lado izquierdo; el dolor se inició en el territorio correspondiente al nervio maxilar superior; crisis paroxísticas en la región del pómulo. A fines de 1928 un especialista en órganos de los sentidos interviene sobre el seno maxilar derecho, so pretexto que una hipotética sinusitis es la causa de los dolores faciales del lado izquierdo. La intervención agravó el estado puesto que al dolor paroxístico del pómulo se agregaron dolores en los dientes sobre todo en los incisivos superiores, sin carie dental; un dentista extrajo los dientes incisivos superiores sin que las extracciones aliviaran el estado de la enferma. En 1930 aparecieron unos forúnculos en el conducto auditivo izquierdo; un especialista en órganos de los sentidos la trató para la forunculosis. En 1936 un tercer especialista practicó en la enferma la amigdalectomía sin que los dolores cesaran un solo instante. Un eminente internista la trató a base de aconitina, pero como el estado se agravara más y más nos la presentó en octubre de 1936; al examen constatamos que el dolor irradiaba en el territorio de las tres ramas del trigémino pero predominaba en las dos ramas del oftálmico y del maxilar superior. Propusimos una intervención y fue aceptada.

Operación 16 de diciembre de 1936.—Ayudantes Dres. Hernán Posada y J. Delgado Giraldo. Anestesia general. Interven-

ción: sección retrogaseriana, método de Frazier. Sin el menor incidente (a pesar de emplear un instrumental rudimentario e inapropiado).

Post-operatoria.—Al segundo día la enferma se quejaba de trastornos oculares, diplopia marcada y molesta. Muy mínimos trastornos psíquicos en el sentido de que se le olvidaban algunas palabras. Los trastornos psíquicos desaparecieron muy rápidamente. Sale de la clínica al décimo día, cicatrización perfecta de la herida operatoria.

La diplopia regresó lentamente y desapareció a principios de febrero de 1937. A mediados de 1937, la enferma completamente restablecida, emprende de nuevo sus tareas en el Magisterio. Vista para control a fines de 1938. Magnífico estado general. Desaparición completa de los dolores.

OBSERVACION N^o II

Neuralgia del trigémino del lado derecho. Sección retrogaseriana. Curación definitiva.

Acos. Jul. 65 años. Portero.—Medellín

Antecedentes colaterales, sin importancia. El 25 de febrero de 1936 fue operado por hernia inguinal. En mayo de 1936 fiebre tifoidea, la cual duró un mes y no dejó secuela de ninguna clase. La neuralgia trigeminal comenzó en 1932. Primero se localizó en la región de la ceja derecha; lancinante y paroxística, la crisis dolorosa la comparaba el enfermo a un martillazo o un golpe de hacha; progresivamente el dolor invadió el reborde orbitario, a la región fronto-parietal derecha; cogió la raíz y el labio derecho de la nariz, el labio superior e inferior. En un principio el dolor tenía francamente el carácter paroxístico pero muy rápidamente pasó a ser continuo. El enfermo presentó una gran susceptibilidad al frío y al calor tanto en la piel como en la conjuntiva. Sufrió continuamente pero el hecho de mojarse la piel despertaba el paroxismo más intenso; la fotofobia era muy marcada al punto de tener que usar anteojos negros pues la luz intensa provocaba la crisis; el dolor continuo impedía el menor contacto y el mal se agravó al punto que la masticación, la fonación, la alimentación eran prácticamente imposibles; a comienzos de 1937 aparece un nuevo síntoma, la hidrorrea nasal por la ventana del lado derecho, líquido muy claro y abundante; el enfermo sufría considerablemente porque no podía enjugarse

puesto que la menor presión sobre el ala de la nariz era particularmente dolorosa. Un especialista en órganos de los sentidos concluyó que se trataba de una sinusitis fronto-maxilar derecha; el enfermo empleó todos los medios para curar la sinusitis; se aplicó incesantemente cataplasmas tan calientes que quemaron la región frontal derecha, quemaduras que formaron una úlcera, muy tenaz para cicatrizar. Otro especialista en órganos de los sentidos practicó inyecciones de alcohol a 90° en el territorio del nervio nasal interno y en el territorio del nervio mentoniano; estas inyecciones calmaron los dolores por espacio de 20 días, pero el alivio fue transitorio y la recaída fue tan intensa que el enfermo pidió que se interviniera aunque sucumbiera en la mesa de operaciones.

Operación 11 de marzo de 1937. - Ayudante Dr. J. E. Delgado Uribe.—Anestesia general. Trepanación temporal derecha; sección retrogaseriana por el método de Frazier. Adherencias muy marcadas entre la dura-madre y el hueso; hemostasia muy laboriosa de las ramas de la arteria meníngea media debido a que los canales de la hoja de higuera se habían cerrado y englobado las ramificaciones arteriales; gran adherencia de la dura-madre y fuerte esclerosis del cavum de Meckel; operación muy laboriosa.

Post-operatoria.—Ideal. Al octavo día el enfermo se levantó. Presentó durante tres días una ligera lateropulsión con desviación del lado derecho. Ningún trastorno del lado del facial. Ningún trastorno del haz piramidal. Quince días después de la operación empezó a sentir ardor en el ojo derecho; ligera inflamación conjuntival. El especialista trató la conjuntivitis con ligera queratitis que se presentó y todo cedió perfectamente en el espacio de un mes.

No persistió el menor trastorno doloroso y la sensibilidad de la mejilla ha aumentado considerablemente. Visto para control en marzo 1939; curación definitiva.

OBSERVACION N° III

Neuralgia del trigémino del lado derecho. Sección retrogaseriana. Curación definitiva.

Mont. Ame.—48 años.—Donmatías.

Ningún antecedente colateral o personal digno de anotarse. La neuralgia empezó en 1931. Los dolores se iniciaron en la región del pómulo derecho y región infraorbitaria. Crisis paroxís-

ticas iniciales muy típicas; espacio de algunas semanas o varios meses entre las crisis. Progresivamente los dolores se hacían de más y más intensos y el territorio doloroso se hacía más y más amplio en el sentido de que poco a poco la neuralgia invadió la rama del maxilar inferior. Los tratamientos médicos fueron ineficaces aun los mejor dirigidos. En noviembre de 1937 sufría noche y día sin experimentar el menor alivio. El menor movimiento de la musculatura facial provocaba el paroxismo doloroso más intenso al punto que la alimentación era prácticamente imposible. Durante siete meses la enferma se alimentó absorbiendo a través de un tubo de paja pequeñas cantidades de un líquido frío y deglutiendo con muchísimas precauciones. La inanición y la desnutrición llegaron al extremo y las fuerzas disminuyeron al punto que la enferma tenía que permanecer en cama, era incapaz de caminar. El estado era casi caquético, por inanición. El muy eminente colega Dr. Francisco Navarro, de Donmatías, tuvo a bien enviarme la enferma para tratamiento quirúrgico, pues había agotado la terapéutica médica. Vimos la enferma por primera vez a fines de mayo de 1938. Los exámenes clínicos y radiológicos para eliminar la posibilidad de una sinusitis fueron absolutamente negativos. El examen de la sensibilidad de la córnea mostró una anestesia casi completa. El resto de la sensibilidad facial era normal. En vista del estado caquético de la enferma practicamos una anestesia local de los troncos nerviosos centrales del trigémino, esta anestesia no calmó los dolores lo más mínimo. La enferma era inoperable en mayo de 1938 y decidimos alimentarla a base de suero salado y glucosado, por vía hipodérmica.

Operación: 4 de julio de 1938.—Ayudante Dr. Ernesto Arango Tamayo. Anestesia local. Trepanación temporal por el método de Frazier. Durante la trepanación ocurrió un pequeño incidente en el sentido de que al perforar el último agujero en el hueso de la región temporal baja, debido al estado particularmente delgado del hueso el perforador lo atravesó demasiado rápidamente y penetró en la masa encefálica. Se produjo una mínima hemorragia por el agujero de penetración, pero la hemorragia se localizó sobre todo por debajo de la meninge para poder extraer el coágulo, que se localizó entre el cerebro y la meninge. Extraído el coágulo se suturó la dura-madre sin incidente de ningún género. La operación propiamente dicha se pasó sin incidente apreciable; al fin, cuando se seccionó la raíz se produjo un intenso choque operatorio con fuerte caída de la presión ar-

terial; la enferma salió poco a poco de su choque. Como molestia post-operatoria debido a la neurotomía propiamente dicha no se presentó el más mínimo incidente; durante los primeros días la enferma presentó una ligera cefalalgia, pero sin reacción meníngea de ninguna clase; ninguna complicación ocular, auricular o facial; al cuarto día aparecieron fenómenos pulmonares de sintomatología extraña; un soplo de tonalidad densa reemplazó el murmullo respiratorio, daba la impresión de una compresión brónquica. En el espacio de pocos días todos los fenómenos pulmonares desaparecieron. Un hecho fue apreciable en la post-operatoria de esa enferma: la rapidez del restablecimiento una vez suprimido el dolor de la neuralgia; en el espacio de pocas semanas la enferma recuperó varios kilogramos de peso.

En marzo 1939 hemos tenido noticias de la enferma; se nos anuncia que la curación es completa.

OBSERVACION N^o IV

Neuralgia del trigémino del lado derecho que simulaba un síndrome de Sluder. Sección retrogaseriana.

Beta. Car.—34 años.—Copacabana.—Nada de particular en sus antecedentes personales. Fue operada del apéndice en 1924; en 1925 sufrió una nueva intervención para la liberación de adherencias. La neuralgia facial comenzó en 1932. Los dolores se localizaron primitivamente en la raíz de la nariz, en la región infraorbitaria del lado derecho; los dolores irradiaban algunas veces hacia la región mastoidea y la articulación temporomaxilar; de cuando en cuando experimentaba molestias en los movimientos de la articulación temporomaxilar. Desde ese momento sintió molestias en los dientes los cuales sentía como alargados. A fines de 1932 aparece un síntoma nuevo: secreción nasal; líquido amarillo cuyo color la enferma comparaba al color de una solución de ácido pícrico. En 1933, a causa de los dolores dentales practicaron una extracción completa de todos los dientes. La extracción no la mejoró lo más mínimo. El 14 de octubre de 1937 un especialista en órganos de los sentidos practicó una intervención sobre los dos senos frontales y el seno maxilar izquierdo. Según la enferma el especialista encontró pus en el seno maxilar izquierdo, además encontró los senos frontales muy estrechos (?). Los dolores en el seno maxilar izquierdo desaparecieron con la operación. Pero los dolores frontales continuaron

del lado derecho; los dolores anteriores persistieron. En vista de este estado de cosas el especialista resolvió practicar unas inyecciones de alcohol en los troncos nerviosos; las inyecciones no le produjeron el menor alivio. Dado este resultado negativo el especialista intervino nuevamente sobre el seno maxilar derecho. La segunda intervención trajo como consecuencia la agravación del estado al punto que las crisis dolorosas en casi todo el territorio facial del lado derecho, en vez de ser paroxísticas se tornaron en continuas. En enero de 1939 nueva serie de inyecciones de alcohol en los troncos nerviosos, sin resultado.

De enero de 1939 a febrero del mismo año el estado de la enferma se agravó a tal punto que ni el sueño, ni la alimentación eran posibles; la enferma sufría continuamente; ningún calmante la dominaba, incluyendo la morfina a altas dosis; pero los dolores tenían momentos de exageración y de gran paroxismo de las 5 a las 8 de la noche y de las 6 a las 11 de la mañana; en los momentos de más dolor los parientes observaban que la cara se hinchaba durante algunas horas. Las crisis eran tan intensas que la enferma declaró: "Si hubiera tenido veneno en uno de esos momentos lo hubiera tomado". La enferma nos fue enviada por el Dr. J. Londoño Molina con el diagnóstico de neuralgia del trigémino; el distinguido especialista no encontró ni huellas de sinusitis al examen clínico, ni al examen radiológico. De común acuerdo decidimos la intervención.

Operación el 22 de febrero de 1939.—Ayudantes Dres. Fernández Quevedo y Alberto Alvarez Uribe.—Anestesia local. Trepanación temporal por el método de Frazier; cuando se descubrió la meninge se aplicó la anestesia general con éter. Operación sin el menor accidente. La presión arterial se mantuvo en idénticas condiciones desde el principio hasta el fin de la intervención. La sección de la raíz no provocó la caída intensa de la presión, apenas descendió un punto. Post-operatoria ideal. Al segundo día de la intervención la enferma se quejó de ceguera, no veía por el ojo del lado operado; al cuarto día la visión se restableció por completo. Ningún trastorno del nervio facial. Los dolores trigeminales desaparecieron absolutamente en el territorio del nervio maxilar inferior y del nervio maxilar superior; en el dominio del oftálmico persistió, en los primeros días de la post-operatoria, una mínima sensibilidad en el párpado superior. La anestesia de la córnea sí era franca. Como accidente ocular la enferma, fuera de la ceguera transitoria, sentía dolores profundos en el ojo y una sensación dolorosa en el oído del lado opera-

do. Esta sensación desapareció el octavo día de la intervención; ligera cefalalgia del lado operado. El décimo día la enferma no sentía el menor dolor; se podía alimentar sin el menor inconveniente; podía presionar el lado derecho de la cara y recostarse sobre el lado operado sin sufrir lo más mínimo. Cicatrización perfecta de la herida. Sale de la clínica al décimo^o día.

El 8 de marzo de 1939 se nos informa que la enferma sufre de un ligero dolor en el oído y que se ha presentado una ligera otitis con secreción; también se queja de dolor profundo en el ojo. El Dr. J. Londoño Molina, distinguido especialista en órganos de los sentidos, practicó los exámenes indicados y nos informó que en lo que al oído se refiere no existe la menor lesión grave pues en el tímpano no encontró la menor congestión; la conjuntiva estaba perfectamente sana y el examen del fondo del ojo mostró una papila absolutamente normal; como precaución aplicó un vendaje del ojo.

Esta observación no nos permite concluir de manera definitiva por ser demasiado reciente.

Alberto SALDARRIAGA

DEL DR. JUAN MANUEL BALCAZAR,
Profesor de la Facultad de Medicina de
La Paz. - Ex-Delegado de Bolivia a la X
Conferencia Sanitaria Panamericana.

La Reacción Lleras Acosta

Un distinguido colega y amigo que benévolamente sigue en "El Diario" y "La República" mis divagaciones sobre "cuestiones sanitarias", sobre cosas y hechos observados o aprendidos en Colombia y en la X Conferencia Sanitaria Panamericana, me apremió, hace pocos días, con una intempestiva pregunta: ¿Cuál es el progreso científico, la novedad más digna de mención, el éxito médico o higiénico netamente colombiano, algo que los profesionales de esa tierra privilegiada muestran al viajero como original y como adquisición suya?

Mi respuesta se dejó esperar un tanto. Vacilé en el primer momento. Estuve tentado de hacer el elogio de los Institutos del Radium y de la Lepra, dos grandes y flamantes centros de estudio, que pueden rivalizar con otros de países más adelantados; quise hacer mención de las proezas de sus excelentes cirujanos; intenté describir las obras sanitarias de mayor importancia: sus *acueductos* (captación, purificación y aprovisionamiento de aguas), sus hospitales, sus dispensarios, el Instituto de Higiene Social "La Samaritana", sus escuelas-jardines, sus barrios obreros, etc.; llevé la mirada retrospectiva hacia esos dos hermosos templos de la cultura física que son los estadios, entregados a la juventud con ocasión de los Juegos Bolivarianos; traté de aventurar un estudio sobre la organización de las Facultades de Medicina de Bogotá y Medellín... Todo eso, y algo más, podía servirme para salir del paso; pero, no para satisfacer plenamente la curiosidad planteada en forma tan rígida por mi interlocutor.

La respuesta cabal, sin embargo, no podía tardar más. Era tan nítido, tan brillante, el mérito de la ciencia médica colombiana. Hablé, y quiero hablar para la Revista "El Hospital", de los

trabajos sobre bacteriología y serología de la lepra, y, más concretamente, de la "Reacción Lleras Acosta".

En marzo del presente año se reunió en el Cairo la IV Conferencia Internacional de Leprología. Especialmente invitado, y en representación de su país, viajaba a dicha capital el Profesor Federico Lleras Acosta, catedrático de Enfermedades Tropicales de la Facultad de Medicina de Bogotá, y uno de los hombres de ciencia más eminentes de Colombia. Una antigua enfermedad tronchó su vida en Marsella, antes de que sus trabajos sobre cultivo de Hansen y sobre la reacción de su nombre, fueran consagrados por los sabios leprólogos que se habían dado cita en el Cairo.

Pero, el Profesor Lleras Acosta tenía una tradición luminosa en su patria; sus técnicas de estudio eran bien conocidas y sus buenos discípulos,—que iniciaron y crearon, con el franco y comprensivo apoyo del Estado, el Instituto que lleva el nombre del maestro—, se encargarían de continuarlas a través del tiempo, o de completarlas, si algo había dejado inconcluso; y los investigadores, que desde países muy lejanos habían seguido sus pasos, prestigiarían más aquella labor, bruscamente suspendida, pronunciando el juicio post-mortem, casi siempre el único verdadero...

Los estudiosos bolivianos deben conocer los principales trabajos del celebrado leprólogo, por interés profesional, ya que la lepra tiende a cundir en el país, y por solidaridad espiritual con la ilustre pléyade de médicos colombianos.

Doce años trabajó Lleras Acosta persiguiendo el cultivo del bacilo de Hansen. Ensayó innumerables medios y fracasó siempre. Encontrando mucha similitud entre los bacilos de Koch y de Hansen, adoptó una técnica parecida a la usada para el cultivo del primero. Inspirado en la técnica de Lowenstein, sembró en el medio de Petragnani la sangre de un leproso. Por fin, obtuvo el primer cultivo! Un enfermo de lepra cutánea, avanzada, sin tratamiento, sirvió para el hecho histórico. Diez días tardó el cultivo hasta mostrar el éxito. Desde entonces, y con la misma técnica, Lleras Acosta siguió obteniendo resultados positivos, aunque solamente en un 15 a 20 por ciento de siembras. Algunos tubos tardaron en mostrar el resultado cuatro meses. Indudablemente, la técnica tiene todavía alguna imperfección en sus detalles.

Las colonias de cultivos son amarillas, húmedas y cremosas; a medida que envejecen se enciende más el pigmento; examina-

das al microscopio se comprueba que están formadas por un bacilo ácido - alcohol resistente, generalmente granuloso. Las resiembras pueden hacerse indefinidamente, sin que el bacilo pierda sus caracteres. Cepas de 60 a 80 resiembras se mantienen invariables.

La sangre de enfermos con lepra de forma nerviosa o máculo anestésica, no ha dado resultado positivo. Los cultivos de sangre de personas sanas o enfermas con otras dolencias, tampoco.

El bacilo es aglutinado por el suero de leprosos, en diluciones hasta del 1 por 1,280.

Había que probar la especificidad del bacilo. Lleras Acosta usó la técnica de Bordet y Gengou, aplicándola al diagnóstico de la lepra, con antígeno preparado a base de aquel hemocultivo. Para que ese antígeno diera resultado, quitó al bacilo la cubierta de grasa, igual que en el bacilo tuberculoso, con la técnica de Boquet y Negre. Sembró el bacilo de la lepra en el medio de Petraghani, en grandes frascos, para obtener gran rendimiento de cuerpos bacilares; recogió los cultivos con una ancha espátula de platino; los puso en agua esterilizada y destilada, y luego en autoclave, a la temperatura de 120°, durante 30 minutos; filtró; secó los cuerpos bacilares recogidos en el filtro, en la estufa a 37°, o en el vacío sulfúrico; pesó y trató con acetona, en la proporción de 1 c. c. de acetona por cada centigramo de bacilos secados; agitó frecuentemente, durante 24 horas, y filtró nuevamente; la acetona arrastró la grasa. El precipitado recogido en el filtro secó otra vez, pesó y puso en alcohol metílico purísimo, de 99°, en la misma proporción de 1 c. c. de alcohol por cada centigramo de cuerpos bacilares; tapó bien y llevó a la estufa, a 37°, durante 10 a 12 días, agitando frecuentemente; filtró una última vez, con lo que obtuvo el antígeno metílico, que es conservado en pequeños frascos bien tapados y a la temperatura del laboratorio. Para usarlo, hay que diluir al 1 por 20, en solución salina normal, y titular de tal manera que la dosis empleada represente 10 unidades antigénicas. Uno de los detalles que hay que ejecutar con mayor cuidado es la titulación del complemento, que debe ser exacta y verificarse antes de cada serie de reacciones.

La reacción no sólo sirvió para demostrar que el bacilo cultivado y aislado por Lleras Acosta era el de Hansen, sino, por su gran sensibilidad, y su especificidad, para el diagnóstico precoz de la lepra. Tan grande es esa sensibilidad, que permite descubrir lepras larvadas y lepras incipientes, con un porcentaje de positividad del 90 por ciento.

Las reacciones de Wassermann y de Kahn dan un alto porcentaje de positividad en los leprosos, pero no tienen ninguna influencia en la reacción de la desviación del complemento con el antígeno del Profesor Lleras Acosta.

Hasta la fecha en que el Profesor Lleras Acosta emprendió el viaje al Cairo, su estadística representa 7,208 reacciones practicadas.

Las conclusiones sometidas a la Conferencia del Cairo, establecen los siguientes hechos: en 904 reacciones practicadas en sueros de leprosos, clínica y bacteriológicamente confirmados, 893 positivas, o sean 98,78 por ciento; prácticamente el 100 por 100. En 507 reacciones con sueros de leprosos diagnosticados clínicamente, pero con ausencia de bacilo en la linfa y el moco, 456 positivas, o sean 89,94 por ciento. En los hijos de leprosos, sin mayores manifestaciones clínicas de lepra, 11,38 por ciento de casos positivos; más tarde, estos niños empezaron a mostrar lesiones típicas de lepra, lo que demostró la eficacia de la reacción Lleras Acosta como un medio de diagnóstico precoz. En 897 reacciones practicadas en individuos sanos en apariencia, que viven en los lazaretos con parientes enfermos, o que han tenido contacto con leprosos, 52 resultaron positivas o sean 17,29 por ciento. En 10 casos de "curados sociales" (los que son declarados no contagiosos), se descubrió, por medio de la "reacción Lleras Acosta", las lesiones que se mantenían ocultas en las fosas nasales, lo que hace de dicha reacción un medio de control muy práctico. En casos de tuberculosis, diversas dermatosis, paludismo, anemia tropical, etc., se obtuvieron 1 a 4 por ciento de reacciones positivas falsas. Finalmente, en 1,194 reacciones practicadas en personas sanas, que no habían vivido en focos leprógenos, se obtuvo una positividad falsa de 0,08 por ciento.

No contento con estas demostraciones, el Profesor Lleras Acosta, inició la segunda etapa de sus estudios, con el fin de llevar al convencimiento de los escépticos, la evidencia del cultivo del bacilo de Hansen y la eficacia de la reacción descubierta. Inoculó en ratas, ratones blancos, conejos, curíes y macacus rhesus, utilizando, como estimulante, el factor T. de Duran Reynals, del Instituto Rockefeller. En los curíes se produjo por inoculación intradérmica, ulceración, que apareciendo a los 20 o 30 días, llegaba pocos días después al tamaño de una moneda pequeña, de 2 centímetros de diámetro más o menos de bordes cortados a pico, con destrucción del dermis y secreción mucopurulenta, en la cual se encuentran abundantes bacilos ácido-resistentes, granu-

losos y agrupados en paquetes. En el conejo, las lesiones fueron más generalizadas. Igualmente, en las ratas y en los ratones. Todas las lesiones fueron estudiadas por distinguidos anatomo-patologistas, con resultados concluyentes en favor de la tesis.

Las inoculaciones en el mono macacus rhesus, fueron mucho más claras en sus resultados; a los dos meses la reacción de desviación del complemento fue positiva; a los cuatro meses, se presentó una pequeña mancha acrómica en la nariz, un tubérculo pequeño en la región inguinal, y algunas adenopatías, que desaparecieron pronto. Nuevas inoculaciones mostraron lesiones mucho más importantes y en los puntos de inoculación tubérculos del tamaño de un grano de maíz. Las punciones en la linfa dieron numerosos bacilos ácido-alcohol-resistentes. Las reacciones continuaron siendo francamente positivas. En general, las lesiones fueron, si no iguales, muy semejantes a las del hombre. Hay que advertir, además, que en todos los casos estudiados, las reacciones previas a la inoculación fueron siempre negativas.

Tal es la "Reacción Lleras". He procurado guardar la mayor fidelidad en las descripciones minuciosas que el autor hizo para la IV Conferencia de Leprología del Cairo y ante la Academia de Medicina de Bogotá. La documentación presentada por él, es completa y está autorizada no sólo por el prestigio intrínseco del Profesor, sino por la honestidad en todos sus estudios. Leprólogos de otras partes, como el sabio Profesor Souza Araujo, Jefe del Laboratorio de Leprología del Instituto Oswaldo Cruz y del Centro Internacional de Leprología de la Sociedad de las Naciones, han confirmado una parte o el total de las notables investigaciones; conservan, por resiembras sucesivas, el bacilo originalmente cultivado por Lleras Acosta. El citado leprólogo brasileño y el Profesor Fontes, Director del famoso Instituto, han declarado que de todos los bacilos ácido-resistentes aislados de leprosos, el que presenta caracteres más netos y definidos es el del Profesor Lleras Acosta.

En la X Conferencia Sanitaria Panamericana, presentaron sobre este mismo asunto, dos importantes trabajos los delegados colombianos doctores Luis Patiño Camargo, Director actual del Instituto Lleras Acosta y uno de los mejores discípulos del malogrado Profesor, Dr. Peláez Botero, de la Facultad de Medicina de Medellín. El primero hizo una síntesis de los trabajos del Profesor y declaró que ellos continuaban en el Instituto, siguiendo las mismas técnicas, como que la mejor herencia dejada por

aquél, era la herencia espiritual trasuntada en la reacción que lleva el nombre de su autor. El Dr. Peláez Botero completó la información y anunció que hasta entonces diez notables serologistas habían probado la bondad de la reacción, en el Brasil, en Cuba, en México y en Colombia; pidió a la Conferencia que se declare cosa juzgada la "Reacción Lleras", pues, comparando con los resultados de otras, la Wassermann, por ejemplo, ésta es inferior a la primera en porcentaje de hechos positivos, como diagnóstico de la sífilis, sin que por esto nadie niegue la utilidad de ella.

La Conferencia, sin aceptar ni rechazar la proposición del Dr. Peláez Botero, la aplaudió con calor. Si no la consideró sobre tablas fue porque esta clase de votos no corresponde a una asamblea como la reunida, sino más bien a una academia de Medicina o a otro centro científico análogo. Lo que hizo fue dar un voto de aplauso a Colombia, y también al Brasil, por su notable labor profiláctica preventiva contra la lepra, y aprobar una recomendación a los gobiernos y autoridades sanitarias de los países con lepra, para que intensifiquen los trabajos de investigación sobre esta enfermedad.

Otro homenaje especial al Profesor Lleras Acosta fue el rendido a su memoria, guardando un minuto de silencio, antes de iniciar las sesiones de la Conferencia. Todo lo cual significa una consagración de los trabajos del gran leprólogo, cuyo nombre ya brilla en la constelación de glorias científicas americanas, y cuya "reacción" es la obra más original y útil que Colombia ha podido ofrecer a la higiene mundial.

Juan Manuel BALCAZAR

(Tomado de la revista "El Hospital", de La Paz, Bolivia, Año I, N° 3, diciembre de 1938).

DEL DR. HERNANDO LATORRE L.

(Del Instituto Nacional de Radium).

Curieterapia de las Metritis Hemorrágicas

Quiero apenas presentar ante Uds. algunos datos sobre una afección que hemos tratado en el Instituto Nacional de Radium, relativamente frecuente en Ginecología y a la cual actualmente, desde los últimos descubrimientos de endocrinología ovárica, se le ha dado entidad propia. En los tratados clásicos se encuentra refundida la metritis hiperplásica, metritis fungosa, etc., en capítulos más o menos diferentes. Hoy, teniendo en cuenta su etiología, se rechaza el término de metritis para no anticipar una idea infecciosa y en cambio la hacen conocer los autores que en estos temas se ocupan, con nombres diferentes como el de hiperplasia benigna del endometrio que le da Beclere; el de enfermedad de Brennecke-Schoeder dado por el Profesor Ahumada; sea colocada por Lecene entre las lesiones distróficas. En fin, diferentes nomenclaturas que han formado cierta confusión al rededor de ella. Otros la estudian con el nombre vago de metropatía hemorrágica.

La afección se caracteriza por hemorragias uterinas que se presentan como mono-sintomáticas.

En el Instituto hemos empleado el término de metritis haciéndolo más amplio, ya que en todos los estudios histológicos se encuentran signos claros inflamatorios producidos no por agentes patógenos, sino por la acción crónica que altera la mucosa.

El nombre no importa.

Basados los investigadores en las variaciones cíclicas del endometrio con relación al ciclo ovariano y por diversos estudios que el tiempo no deja repasar, llegaron a la conclusión que estas variaciones se relacionan y dependen de las dos hormonas producidas por el ovario: la foliculina, hormona que regenera, que hiperplasia la mucosa, producida especialmente por el folículo de De Graaf durante su evolución, (fase folicular) y la luteína, hor-

mona del cuerpo lúteo, que hace las transformaciones pre-gravídicas de esa mucosa, (fase luteínica).

Los estudios histológicos practicados en enfermas que presentan como único o principal síntoma la hemorragia uterina, enseñan el aumento considerable de los tubos glandulares a tal punto que, generalmente, se presentan unos al lado de otros, dispuestos en diversos sentidos y separados por tejidos en donde siempre se encuentran elementos inflamatorios. Aumento de capilares sanguíneos que presentan muchas veces verdaderas lagunas. El aumento de volumen de los tubos los hacen aparecer en ocasiones como formando pequeños quistes. Macroscópicamente la mucosa está espesa, irregular, con salientes, lo cual le ha valido el nombre de metritis poliposa, fungosa, etc.

No puedo entrar a examinar las diferentes teorías que se han expuesto para explicar esa alteración mucosa por disfuncionamiento ovárico. Para la mayoría y es la opinión más real, es la foliculina, aumentada en cantidad y producida de una manera constante por un folículo que no se rompe, por un folículo atrésico que forma un pequeño quiste, quiste folicular, no llegando, por tanto, a su fase de involución. Para otros, entre los cuales se cuenta el Prof. Castaño (Estudio etio-patogénico de algunas hemorragias uterinas), basados en el cuadro histológico encontrado por ellos, semejante al cuadro de la mucosa pre-gravídica, le dan la primacía a la luteína, producida anormalmente por quistes luteínicos descritos por Zondek. No olvidemos, sin embargo, el origen de estos para poder darnos cuenta de que allí igualmente hay una fuente de foliculina igual a la encontrada durante la fase anabólica del cuerpo amarillo.

Hemos investigado en conejas tanto adultas como impúberes a las cuales hemos inyectado hormonas hipofisarias, foliculina, luteína sea separadas o practicando combinaciones, y después, a espacios diferentes las hemos sacrificado para hacer estudios histológicos de hipófisis, útero, ovarios y vagina con lo cual hemos observado las modificaciones que se suceden en las diferentes formas; pero aún sería muy aventurado sacar conclusiones definitivas.

No se puede, como estado patológico que es, relacionar estrictamente a una u otra de las fases fisiológicas. Sería larga su discusión; bástame decir que el síntoma hemorragia uterina, meno o metrorragias, pues bajo ambas formas se presenta su sintomatología, sin lesión objetiva encontrada al examen ginecológico corriente y excluidas las causas generales, los pólipos, los

fibromas, etc., se deben muy probablemente a causas ovarianas.

Para hacer el diagnóstico preciso especialmente con el epiteloma del cuerpo uterino, el cual puede en muchos casos no dar síntoma objetivo fuera de los trastornos hemorrágicos, se debe practicar sistemáticamente el curetaje biópsico, el cual según hemos observado en el Instituto no tiene los peligros ni las complicaciones que le atribuyen los defensores de la histerografía.

No entro al estudio de la sintomatología ni del diagnóstico diferencial con las demás entidades, que apenas esboqué, y que tienen la hemorragia como síntoma principal. Estaría por demás tratándose de una reunión de médicos en donde todos conocen mucho mejor que yo, estos factores. Mi intención es únicamente poner de presente a ustedes el tratamiento que en estos casos se sigue en el Instituto y con el cual se han obtenido resultados plenamente satisfactorios.

Al Instituto han llegado algo más de 70 enfermas con hiperplasias benignas del endometrio de las cuales 42 se han sometido a tratamiento.

Las edades fluctúan, en su mayoría, entre 35 y 55 años, siendo la proporción la siguiente:

Entre 35 y 39 años: 13. Entre 40 y 44 años: 7. Entre 45 y 49 años: 12. Entre 50 y 55 años: 7. El resto, de menos de 35 años, fue tratado en la primera época de instalado el Instituto, siguiendo la técnica de esterilización temporal.

La edad es uno de los factores más importantes para elegir el tratamiento, ya que es indispensable tener muy en cuenta la esterilidad consecutiva en caso de tratamiento radium o roent-genterápico.

En las enfermas en plena actividad sexual se deben ensayar primero los diversos tratamientos médicos generalmente todos a base hormonal, sea la hipófisis que obra activando el desarrollo del folículo que se ha detenido, produciendo la luteinización consecutiva, sea la luteína que hace la transformación del endometrio, etc. El tratamiento quirúrgico, para practicar la resección de los quistes, avivando luego por sutura las superficies cruentas del ovario, con resultados bastante satisfactorios según observaciones que he consultado en el Servicio de Maternidad del Prof. José del C. Acosta. El raspado intra-uterino en estos casos tan sólo puede dar una mejoría pasajera ya que no se interviene directamente sobre la causa ovariana y así ésta continúa obrando, produciendo recidivas más o menos lejanas. El tratamiento por Ra. o rayos X a dosis y con técnicas de esterilización temporal

puede aplicarse en casos en los cuales el tratamiento anterior por activo y bien dirigido que haya sido, no ha dado los resultados satisfactorios buscados. Hay varias observaciones de enfermas a las cuales se han aplicado irradiaciones y que luégo han presentado embarazos con partos normales. Pero según un artículo del Prof. Acosta, publicado en el Boletín Anual de su Clínica, es peligroso que se presente una distocia del cuello a causa de la reacción fibrosa consecutiva al tratamiento; además es bastante difícil poder de una manera precisa y segura calcular la irradiación apenas suficiente, ya que el ovario reacciona casi personalmente a ella.

Si en estos casos se deben estudiar las consecuencias, otra cosa sucede en las enfermas vecinas a la menopausia, en las cuales ya cumplida por así decir su función sexual, no se encuentra inconveniente en anticipar ese estado en cambio de que se produzcan complicaciones muchas veces serias a causa especialmente del estado anémico en que puedan entrar.

Tanto por rayos X como por radium se puede hacer el tratamiento. En el Instituto, sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos se ha empleado el radium, pues tiene sobre los rayos X la ventaja no despreciable de obrar al par que sobre el ovario directamente sobre el endometrio evitando así la penetración por la piel.

La aplicación se hace por medio de una sonda de goma, para evitar las irradiaciones secundarias, en la cual se colocan, uno a continuación de otro, los tubos de platino que tienen 1 milímetro de espesor como filtro primario y en cuyo interior está la sal insoluble de Radium, en un peso de 6,66 miligramos que producen una irradiación de 50 micro-curies por hora. El número de tubos está en relación con la histerometría dada por la enferma.

La dosis que actualmente se ha fijado en el Instituto es de 24 a 25 M. C. D. por dosis total, dada en un término de 120 a 125 horas.

Hasta ahora no se han presentado en el Instituto ninguna de las complicaciones anotadas por los autores, ni siquiera los fenómenos pelvi-peritoneales otras veces tan frecuentes. La aplicación es muy sencilla, muchas veces no es necesaria ni la dilatación previa del orificio del cuello pues en un buen número de casos en estas enfermas, con cuello edematoso, que han sangrado por mucho tiempo, el orificio está entre-abierto. Sin embargo, la dilatación debe practicarse con el fin de conocer la reacción que la enferma presente, pues si con la dilatación la enferma hace

elevación de temperatura, antes de la aplicación de Ra. se debe desinfectar para alejar el peligro peritoneal.

Apenas hacia la mitad del tratamiento, puede haber una pequeña reacción febril la cual calma suspendiendo por poco tiempo la sonda, y practicando lavados vaginal e intestinal.

Por lo que hemos visto un tratamiento que no tiene inconvenientes mayores bien puede recomendarse en vez de cualquiera otro, médico, que en muchos casos no da resultado o es muy costoso; el quirúrgico que expone a la enferma a los peligros que todos sabemos.

Los resultados son plenamente satisfactorios. En ocasiones pueden continuar las hemorragias durante ocho o diez días y luego se suspenden por completo; otras veces duran algo más, pero nunca llegan a un mes.

A veces pueden presentarse uno a dos periodos menstruales que estarían en relación con la evolución de folículos adelantados en su desarrollo, cuando la aplicación de Ra., pero en todo caso se suspenderán definitivamente.

Hernando LATORRE L.

Medellín, junio 10 de 1938.

Correspondencia

Habana, C52. Cuba, Cerro 1381.—8 de febrero de 1939.

Sr. Dr. D. Emilio Robledo.—Medellín.

Muy distinguido colega:

Con muchas gracias recibí su amable carta del día 9 de enero acompañada de su brillante estudio sobre la Geografía Médica de Colombia, que he estudiado con sumo interés. Desde hace 20 años yo me estoy dedicando casi exclusivamente al estudio de la fiebre amarilla, y en la epidemia de Socorro en 1929 he tenido la suerte de hacer el diagnóstico histológico del primer foco endémico Sudamericano y precisamente en una región donde faltaba el *Aedes Aegypti*. El material hepático me fue mandado por el doctor Peña Chavarría mi amigo, quien me había visitado en la Habana y conoció mis trabajos sobre la fiebre amarilla endémica que desde el año 1924 yo había descubierto en el Africa Occidental precisamente aplicando el diagnóstico por medio de los análisis histopatológicos del hígado, que hoy se usan en todas las partes como el método más seguro para el diagnóstico de la fiebre amarilla.

Tengo el gusto de mandarle por el mismo correo algunas publicaciones mías sobre la fiebre amarilla, y siempre agradeceré mucho sus propias publicaciones o cualquiera otra información que tenga relación con los importantes problemas de la fiebre amarilla, que todavía tiene su enorme importancia para el Continente Americano.

Saludando a Ud. y con mi distinguida consideración quedo

Suyo afmo. compañero,

Prof. W. H. Hoffmann, M. D.

Necrología

En abril próximo pasado falleció en la ciudad la señora doña Carmen Vélez de Saldarriaga, esposa que fue del distinguido médico y filántropo Dr. Avelino Saldarriaga, y madre de nuestro eminente colaborador y amigo el Dr. Alberto Saldarriaga.

Presentamos a la familia Saldarriaga-Vélez nuestras más vivas expresiones de condolencia.

GLUCALCION

Gluconato de Calcio Granulado
y al 10 % en ampollas inyectables

Recalcificante en el embarazo, la lactancia, el crecimiento, los trastornos de la dentición, la tuberculosis, el raquitismo, la escrofulosis.

Hemostático en las hemorragias de causas variadas: genitales, hemoptisis, hematemesis, melenas, púrpuras, epistaxis, etc.

Desequilibrio Vago-simpático, enfermedad de Basedow, urticarias, trastornos de la menopausa.

Ciertas dermatosis: Eczema, pruritos, etc.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

PERU

Revista de Neuro-Psiquiatría.

Volumen I — 1938 — Números 1, 2, 3, 4.

Revista Médica Peruana.

Volumen X — 1938 — Números 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119.

Acción Sindical. Sindicato Médico del Uruguay.

Volumen XVI — 1938 — Números 18, 19, 20, 21.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades.

Vols. XII y XIII — 1938 — Números 1, 2, 3, 4, 5, 6 — 1, 2, 3, 4, 5.

VENEZUELA

Revista de la Clínica "Luis Razetti".

Volumen I. — 1938 — Número 1.

Federación de Estudiantes de Venezuela.

Volumen IV — 1938 — Números 35, 36, 37, 38.

Boletín de los Hospitales.

Volumen 36 — 1938 — Números 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 12.

Revista de la Policlínica de Caracas.

1938 — Números 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42.

VITAE MULSION

Alimento-Medicina

Vitaminas, Lecitinas, Fósforo y Cal, elementos indispensables para la nutrición tisular.

INDICACIONES:

Estados de desmineralización, Raquitismo, Linfatismo, Convalecencia de las enfermedades de las vías respiratorias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

GLICEROFOSFATOS

COMPUESTOS URIBE ANGEL

Tónico de sabor agradable.
Espléndido reconstituyente en
las convalecencias, agotamien-
to nervioso por toda clase de
excesos y especialmente los de
trabajo.

Cada 100 c. c. contienen:

Glicerofosfato de Estricnina	0.013 gm.
Glicerofosfato de Cal	1.728 gm.
Glicerofosfato de Sodio . . .	3.506 gm.
Glicerofosfato de Hierro . . .	0.328 gm.
Glicerofosfato de Quinina . .	0.109 gm.

Cuando la astenia se acompañe de
trastornos digestivos, úsese de pre-
ferencia nuestro ELIXIR DE GLI-
CEROFOSFATOS PEPSINADOS.

LABORATORIOS
URIBE ANGEL
Medellín - Barranquilla
Cali.



OVARIOGEN

enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestionaciones Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

SAL DE FRUTAS

Uribe Angel

Digestiva, antibiliosa, efervescente. Obra como laxante y purgante, según las dosis.

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Muy distinguido señor doctor:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y los Laboratorios Uribe Angel, deseosos de servirle puntualmente las ediciones de BOLETIN CLINICO, le ruegan de la manera más encarecida devolver con su dirección exacta el cupón adjunto.

A la vez le agradecerían agregar las direcciones de los médicos amigos suyos que no reciban la revista.

BOLETIN CLINICO

Dr. _____

Dirección: _____

Población _____

Departamento _____

República de _____

Otras direcciones: _____

Rogamos llenar este cupón también a los señores médicos de Medellín, para poner en regla nuestros ficheros.

TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarparrilla, Opio y Belladona.

El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia