

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 5 — MEDELLIN, JULIO DE 1955 — NUMERO 6

Continuación de "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.
Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad

Dr. Rafael J. Mejía
Presidente de la
Academia

REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.
Secretario de la Academia
Prof. Alfredo Correa Henao, M.D.
Prof. de Anatomía Patológica

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Sr. William Rojas M.

ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente.

Dirección:

"ANTIOQUIA MEDICA"

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38

SUMARIO:

TRABAJOS ORIGINALES

- Tumores Cerebrales de la primera infancia. -Drs. M. Klein y M. Collet 451
- Balantidiasis vaginal. - Dr. Gustavo Isaza Mejía 488

RESUMEN DE CONJUNTO

- Avances en Optometría. - Dr. Jorge Vasco Posada .. 491
- Acciones fisiológicas del frío. - By Alrick B. Hertzman. 498

EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

- Relación entre el A.C.T.H. y la Cortisona con las infecciones 499
- The Clinica Aspects of Immunological hemolytic anemia. 500
- Stoffwechselfprodukte aus Mikroorganismen (Antibiotika als antineoplastische Wirkstoffe. 501
- Eisenmangel und Fettresorption 502
- The Response of various types of carcinoma of bronchogenic to nitrogen mustard 503
- Nuevo tratamiento de la colitis ulcerosa inespecífica .. 505

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

- Boletín N° 8 506

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

- Reglamentación especial para Curso-Residencia de Anestesiología 512
- Boletín N° 44 514

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 5 — MEDELLIN, JULIO DE 1955 — NUMERO 6

TRABAJOS ORIGINALES

TUMORES CEREBRALES EN LA PRIMERA INFANCIA

M. R. KLEIN
Neurocirujano

M. COLLET
Antiguo Jefe de Clínica
Quirúrgica de la Escuela
de Medicina de Nantes

Por el término de "tumor cerebral" se ha adoptado la costumbre de designar toda metaplasia desarrollada en el interior de la caja o bóveda craneana, cualquiera que sea el punto de partida. Ellos pueden, en efecto, desarrollarse a expensas de tejido nervioso noble, de tejidos de sostén, (la glia), de envolturas, del epéndimo, de plexus coroides, de los vasos. Otros tienen por origen formaciones embrionarias, craneofaringiomas, colesteatomas, quistes epidermoides). Unos se desarrollan en el interior del cerebro o sus cavidades, otros en la periferia, donde detenidos por la pared ósea, empujan al cerebro y lo comprimen.

El tumor en el niño merece un estudio especial. El difiere del adulto, no por su histología, sino por la distribución muy particular de los diferentes tipos, su asiento de predilección su evolución anatómica y clínica; muchos de los tumores de la infancia son extremadamente raros en el adulto. Existen diferencias también en localización, forma y tamaño.

En este estudio omitiremos voluntariamente, todos los tumores o formaciones de origen inflamatorio (absesos, tubérculos, quistes serosos afecciones de las cisternas etc.) todos de origen parasitario (quiste hidatídico), todas las lesiones hemorrágicas (hematomas ex-

tradurales, todas las intracerebrales), en fin, todas las lesiones no propiamente tumorales, tales como encefalocelos, estenosis del acueducto de Silvio, cicatrices cerebrales, etc.

Nos atenemos a la definición clásica de "primera infancia" no trataremos aquí sino los tumores cerebrales desarrollados en los niños entre el nacimiento hasta los 2 años y medio, estando este estudio basado en 29 observaciones personales verificadas después de 1947.

Generales

En el conjunto de las afecciones neuro-quirúrgicas, los tumores cerebrales de la primera infancia forman un capítulo bien definido, ya que ellos presentan muchas particularidades de evolución y sintomatología completamente diferentes de las del adulto.

El clínico no puede evidentemente contar con el cortejo habitual de problemas subjetivos encontrados generalmente en el niño mayor: las cefaleas, las pérdidas de visión, ver las modificaciones del campo visual, que no pueden investigarse en este período de la vida.

El examen clínico mismo, no puede en nada compararse al del adulto o adolescente, ya que, en la primera infancia, el joven paciente no coopera generalmente al examen. El conjunto de signos clínicos a investigar es totalmente diferente.

Además la mayoría de los tumores cerebrales de esta edad son tumores medianos, donde la pobreza de sintomatología enmascara en cuadro aun más.

La conformación del cráneo del niño, la persistencia de las fontanelas y la poca solidez de las suturas interóseas permiten la separación de estas últimas. Este aumento de volumen del cráneo, compensa en cierta medida, la hipertensión endocraneana. Ella retarda, por lo tanto, la aparición de signos importantes, tal como el, papiledema o éstasis papilar.

De estas constataciones de orden general, conviene pues retener, primeramente, dos nociones capitales.

Primeramente, la pobreza sintomática de los tumorales de la primera infancia y la dificultad del diagnóstico entre diferentes síndromes bastante semejantes, pero de etiología bien diferente, haciendo indispensables una serie de exámenes complementarios: el electroencefalograma, la ventriculografía, la arteriografía, etc.

Seguidamente, la existencia de una semiología particular, las múltiples exigencias de orden técnico que entraña el tratamiento quirúrgico de tales afecciones y sus cuidados post-operatorios especiali-

zados, hacen necesarios un servicio bien entrenado de Neurocirugía infantil, la cooperación de pediatras, de neuro-psiquiatras, de anestesiastas y neurocirujanos.

FRECUENCIA.—La primera infancia no es un período de la vida en que se encuentra frecuentemente tumores cerebrales. Wollenstein y Barlett dan la cifra de 0,02% en los niños por debajo de 2 años. En el Children Memorial Hospital, en las 40.443 admisiones registradas durante 10 años, 38 pacientes solamente presentaron tumores intracra-neanos, lo que hace una proporción de alrededor de 1 por mil. En el Milwaukee Childrens Hospital, 12 casos solamente fueron descubiertos en los 25.188 pacientes hospitalizados en 8 años, o sea, 1 por 2.000.

En el niño de más edad, la frecuencia aumenta rápidamente.

Entre los 154 tumores operados por Cushing se encuentran:

24 casos de 1 a 5 años.
57 casos de 7 a 10 años.
73 casos de 10 a 15 años.

Entre los 100 casos operados por Bailey, Buchanan y Bucy se encuentran:

5 casos de 0 a 1 año.
7 casos de 1 a 2 años.
3 casos de 2 a 3 años.
9 casos de 3 a 4 años.
10 casos de 4 a 5 años.

Stern da las cifras siguientes:

Sobre 102 casos observados a una edad por debajo de 12 años, 14 solamente han sido vistos en el transcurso de los 2 primeros años de edad.

Personalmente, sobre un total de 170 pacientes de menos de 16 años, operados de tumor cerebral, desde 1947, no hemos encontrado más que 29 durante la primera infancia.

LOCALIZACION.—Si la localización preferente de las neoformaciones cerebrales en este período de la vida se mantiene, como en el niño de más edad, la región situada bajo la tienda del cerebelo, los tumores supratentoriales son proporcionalmente mucho menos raros a esta edad que en el curso de la segunda infancia.

Bailey reporta, entre los 4 y 5 años, 9 tumores sub-tentoriales o infra-tentoriales, contra uno sólo supra-tentorial. Este mismo autor refiere 8 casos de la primera categoría y 7 casos de la segunda durante los 3 primeros años de la vida. En nuestros 29 enfermos, 15 veces el tumor estuvo situado bajo el tentorium, 14 veces por encima.

Las localizaciones precisas fueron las siguientes:

Tronco cerebral	5 casos
Vermes y I Ve ventrículo	7 „
Hemisferio cerebeloso	3 „
IIIe ventrículo	2 „
témporo-parietal	3 „
frontal	2 „
couche optique	1 „
ventrículos laterales	3 „
quiasma óptico	1 „
glándula pineal	1 „
cráneoofaringioma	1 „

Total 29 casos

La localización de neoformaciones cerebrales del niño encontrará su explicación en el papel preponderante jugado por el factor “malformación”. Así las zonas de unión del tubo neutral son lugares de elección para ciertos tumores: techo del 4e ventrículo, surco posterior, medula, etc.

Se explica así el desarrollo de quistes o de astrocitomas quísticos del cerebelo a partir de vestigios del canal central que debe normalmente desaparecer, y de glioblastomas del quiasma óptico al nivel de la soldadura de los nervios ópticos durante la vida fetal.

ANATOMIA PATOLOGICA.—Todos los autores están de acuerdo en señalar la enorme proporción de gliomas entre los tumores cerebrales desarrollados en el niño y adolescente. Ford estima que el 75% de neoformaciones supra o infra-tentoriales pertenecen a esta categoría.

La primeria infancia no escapa a esta regla. Bailey y Cushing han dado una clasificación histogenética de los gliomas. Según ellos, estos tumores derivarían de vestigios embrionarios indiferenciados, que en un momento dado de la evolución, comienzan a proliferar a cada uno de los diferentes tipos celulares que se suceden en el curso del desarrollo, corresponde un tipo de glioma. La variedad sería tan-

to más maligna según el elemento de partida fuera más joven. Por otra parte, mientras más joven e indiferenciado es un tumor, más radiosensible él es.

He aquí, según Bargeton los diferentes categorías de gliomas encontradas más a menudo a esta edad.

El glioblastoma. tumor poliformo con células gigantes se vé so- y hemisferio). El meduloblastoma está formado por pequeñas células redondeadas, pobres en citoplasma. Es un elemento muy indiferenciado.

El ependimoma está formado de células agrupadas alrededor de un vaso sobre el cual se insertan por una prolongación del citoplasma. Su asiento de predilección es el 4e ventrículo y los ventrículos laterales.

El astrocitoma comprende varios sub-grupos (piloides, fibrosos, quísticos, etc.). Es frecuente sobre todo a nivel del cerebelo. Es en general, un tumor benigno.

El astroblastoma es menos frecuente a esta edad.

El glioblastoma, tumor poliformo con células gigantes se vé sobre todo, en el niño, a nivel del tronco cerebral.

Esta división estricta en astrocitomas, astroblastomas y glioblastomas no corresponde a la realidad. Es frecuente encontrar en un mismo tumor, si los cortes son hechos en serie, y si ellos interesan la totalidad de la masa tumoral, células más malignas que el tipo dominante. En un astrocitoma, se encuentran englobados astroblastos, y aun glioblastos.

La proporción de estos últimos puede ser más importante en un astroblastoma. Este explica las transformaciones aparentes que presenten los tumores al recidivar. Se puede así extirpar incompletamente un astrocitoma y encontrar en la 2e operación un astroblastoma y, aun un glioblastoma, las células malignas habiéndose desarrollado más activadamente convirtiéndose a su vez el elemento dominante. El tumor no se transformará en otro más maligno, las células menos diferenciadas, ya presentes, habrán formado el tumor que sustituye al primero.

El espongioblastoma solar asienta sobre todo el 3e ventrículo y el quiasma.

El pinealoma toma su origen a nivel de la glándula pineal. Se han descrito dos variedades: el pineoblastoma y el pimealoma propiamente dicho.

El neuroepitelioma, con sus formaciones epiteliales en "roseta" es muy maligno.

Los otros gliomas son más raros a esta edad, ya se trate de oligodendrogliomas, de ganglioneuromas, de astrablastomas, etc.

A título indicativo, sobre 11 gliomas verificados histológicamente, hemos encontrado 3 ependimomas, 3 meduloblastomas, 2 astrocitomas, 1 pinealoma, 2 gliomas escapando a toda clasificación.

Smith y Fincher dan las cifras siguientes en los niños de menos de 5 años

astrocitomas	27%	meduloblastomas	24%
ependimomas	17%	glioblastomas	5%

Las otras variedades histológicas son mucho menos frecuentes.

Los meningiomas, tumores mesodérmicos, desarrollados a expensas de las meninges, son excepcionales en el niño.

Por el contrario, el sarcoma meningeo difuso se encuentra. Su malignidad es considerable.

Los tumores vasculares son igualmente raros. El más frecuente es el hemagioblastoma del cerebelo. Los tumores congénitos o embrionarios son sobre todo representados por el craneofaringioma. El se encuentra entre los 10 y 20 años de edad, y no se vé más que raramente en el curso de la primera infancia. Otras formaciones disembrioplásicas han sido señaladas, como los teratomas, los cordomas, los quistes dermoides.

Los papilomas, tumores epiteliales de aspecto rojizo forman una masa velosa, pudiéndose ver a nivel de los plexos coroides.

En cuanto a los tumores glandulares y a los neuronomas, ellos no existen a esta edad.

ESTUDIO CLINICO

SINDROME DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA

Neoformación esencialmente expansiva al interior del cerebro, un tumor cerebral llama lo más a menudo la atención por primera vez por los signos de hipertensión endocraneana que ella determina. Este síndrome, el más común y que se manifiesta tarde o temprano, toma en el estudio clínico de los tumores cerebrales del niño muy joven, una importancia capital, debido a su intensidad, de la discreción frecuente de signos de localización y de la pobreza semiológica, debida sobre todo a la falta de cooperación del niño demasiado joven.

Vamos a enumerar, por orden de importancia, los diversos sín-

tomas que nos han parecido traducir lo más fielmente esta hipertensión endocraneana. Solo la asociación de varios de estos signos permiten afirmar la existencia del síndrome.

Aumento del volumen del cráneo.

Es con mucho, el signo más importante, aquel que se encuentra casi siempre al examen (28 veces de 29), en nuestra serie personal. A esta edad los huesos del cráneo, están poco o nada soldados, las partes membranosas ceden y esto resulta en un aumento del volumen de la cabeza cuando se produce hipertensión en el interior de la caja craneana.

Cuando ella se produce en el curso de los primeros meses, esta macrocefalia es visible a veces evidente, a veces monstruosa. El cráneo deviene globuloso, enorme. El cuero cabelludo presenta una circulación venosa colateral marcada. Las fontanelas son amplias, prominentes. La frente abombada sobrepasa las arcadas orbitarias borradas. El techo de la órbita empujados hacia abajo, baja los globos oculares, de modo que aparece la esclerótica blanca por debajo del borde del párpado superior, clásica mirada en "en puesta de sol".

Pero al lado de esta forma clínica tan evidente, existe, sobre todo en los niños de más edad, aumentos de volumen mucho más discretos, que exigen ser investigados. Ellos serán objetivados por un signo importante sobre el cual nunca será demasiado el insistir: el ruido de "olla cascada" descrito por Mac Ewen. La percusión del cráneo de un niño que presenta disjunción de los suturas determina en efecto, un sonido comparable a aquel obtenido al golpear una vacija quebrada con una moneda. "Su investigación, escribe Bailey, debería ser parte del examen de rutina en Pediatría, pero debe ser interpretado con precaución y controlado por un examen radiológico de cráneo". Será este último quien pondrá en evidencia la disjunción de las suturas. La sutura coronal se abre la primera y la más ampliamente, después la sutura sagital, la sutura lambdaidea, y en fin, la temporo-parietal. En los casos graves, la bóveda craneana no es la sola a estar lesionada: las suturas de la base participan a veces del proceso, en particular la eseno-occipital, la disyunción a nivel del cuerpo del esenoides con el etmoides es más rara.

Bien entendido, la medida del contorno de la cabeza será efectuada cuidadosamente y a intervalos regulares. Ella será comparada a una curva patrón representando el crecimiento normal del cráneo entre el nacimiento y el primer año, y de ahí en adelante.

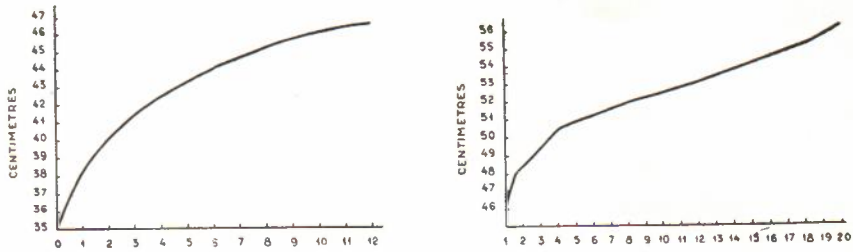


Fig. N° 1.—Curvas del crecimiento normales del cráneo del niño en función de la edad.

Vómitos.

Ellos representan un síntoma totalmente banal, y frecuente en la patología de la primera infancia, de ahí la imposibilidad, por ellos solos, de llamar la atención en sus comienzos, de una lesión cerebral. El clínico pensará enseguida en una afección digestiva, a un error de dietética. Sin embargo, ciertos caracteres particulares pudieran orientar el diagnóstico.

En el período inicial, ellos sobrevienen más fácilmente, por la mañana, al despertarse, y antes de la ingestión de todo alimento. Ellos son independientes de las comidas, no lucen estar influenciadas por estas. Si ellos persisten durante varios días o varias semanas, repercuten desagradablemente sobre el estado general, son a veces seguidos de períodos de remisión, mas o menos largos, durante los cuales todo parece volver el orden. Estas fases de calma no se encuentran generalmente en el adulto. Bailey piensa que ellas son explicadas por la disminución de la hipertensión endocraneana debida a la disyunción progresiva de las suturas.

En cuanto a los clásicos vómitos, "fáciles, proyectiles" no los citaremos aquí más que a guisa de complemento.

Exigir estos caracteres sería exponerse a jamás sospechar su verdadera etiología. En realidad, ellos no difieren en nada de los vómitos causados por otras afecciones.

Papiledema y atrofia óptica.

Es intencionadamente que hemos mencionado la atrofia óptica al mismo tiempo que el papiledema. Una de las particularidades del síndrome de hipertensión endocraneana en el curso de la primera infancia reside en el hecho que la atrofia óptica sucede muy rápidamente al papiledema. Cuando este último existe, la papila, que era salien-

te, de bordes muy suaves, con venas dilatadas, sinuosas, arterias estrechadas, se hunde poco a poco y cambia de color. Deviene amarillenta, pálida y luciente, placas blanquecinas aparecen, mientras que las arterias, cada vez más tenues, no son más que finos hilos blanquecinos. Esta aparición muy rápida de la atrofia óptica a esta edad explica su descubrimiento relativamente frecuente desde el primer examen oftalmoscópico. El problema que se plantea es entonces el siguiente: se trata de una atrofia primitiva o de una atrofia secundaria?

Se sabe que la atrofia primitiva es debida a una compresión directa de vías ópticas, lo que constituye una indicación preciosa de localización. Desgraciadamente, si en el adulto o en el adolescente ciertos caracteres particulares del fondo de ojo permiten el diagnóstico entre atrofia primitiva o secundaria, no es así en el niño. Bolak, en efecto, ha demostrado que el niño puede tener una atrofia óptica secundaria a bordes netos, de aspecto primitivo, sin modificación vascular marcada e imposible a diferenciar por el solo examen oftalmoscópico. Cualquiera que sea, la atrofia óptica determinará la ceguera a breve plazo. Dos de nuestros pequeños pacientes estaban ya ciegos desde su primer examen.

Una otra particularidad queda a señalar: el papiledema o la atrofia óptica secundaria es prácticamente constante en el curso de la evolución de un tumor cerebral en el niño por encima de 3 años (81 por ciento en la estadística de Bailey, 90% en la de Ziehen). No es así en el curso de los primeros meses. En nuestra estadística de los 15 últimos casos observados, hemos constatado 6 veces un aspecto normal del fondo de ojo, 3 veces una atrofia óptica, 6 veces un edema papilar evidente. La elasticidad del cráneo compensa en cierta medida la hipertensión endocraneana e impide o retarda la aparición del edema papilar.

Crisis convulsivas.

Ellas son otro síntoma importante, traduciendo la hipertensión endocraneana y se encuentran, según Auvray, en la mitad al menos de los casos de tumores cerebrales observados en niño pequeño. Ellas adquieren en el adulto, cuando sobrevienen en un individuo anteriormente indemne de toda manifestación convulsiva. En efecto, las convulsiones son un fenómeno frecuente en el transcurso de la primera infancia y no traducen, más que raramente, la existencia de un tumor cerebral.

Casi siempre se trata de la llamada epilepsia esencial. Las cri-

sis son generalizadas, y nada las diferencia de los ataques epilépticos ordinarios. Claire Vogt anota, sin embargo, que a menudo, en el niño, la fase tónica predomina sobre la fase clónica que el período de obnubilación post-ictal es más corto. Más raramente, se trata de crisis localizadas de tipo Bravais-jacksoniano. Ellas no tienen siempre un valor localizador absoluto y no son más que la traducción de una hipertensión endocraneana.

Que sean generalizadas o localizadas, el ritmo de estas crisis es muy variable. Lo más a menudo, sin embargo, ellas se repiten a intervalos regulares. Un sitio aparte debe ser hecho para las crisis, "crisis cerebelosas". Descritas bajo el nombre de Cerebellar Fits por Jackson, ellas son caracterizadas por una contractura en hiper-extensión de la cabeza, tronco y miembros, con trastornos del ritmo respiratorio, pudiendo ir hasta el Cheyne Stokes, trastornos del pulso, tensión arterial y fenómenos vasomotores frecuentes a nivel de los tegumentos. Ellas pueden tomar un aspecto menos dramático, pseudo-meningítico con hiperextensión de la cabeza y rigidez de nuca muy marcada. Estas crisis no son sólo la consecuencia de tumores de la fosa posterior, sino que traducen siempre un sufrimiento del tronco cerebral por compresión directa o a distancia. Otras veces ellas son causadas por un enclavamiento. Ellas serían debidas a la liberación de centros tonígenos bulbo-protuberanciales.

Parálisis del IV par.

Este es un signo corriente, muy frecuentemente observado en el curso de la hipertensión endocraneana y desprovisto de toda significación localizadora. Al menos, este estrabismo interno, que puede ser muy precoz, tiene el mérito veces de atraer la atención de los padres y de traerlos a consultar al médico.

Trastornos de comportamiento y del estado general.

Se ha dicho que los trastornos de la conducta en los sujetos portadores tumor cerebral eran menos frecuentes en los niños que en los adultos. Ford estima que la rapidez de la evolución es la causa: las alteraciones del carácter no tiene tiempo de aparecer. Sin embargo, Langfors y Klingman han observado algunos casos. Puede tratarse de trastornos ligeros del tipo irritabilidad: el niño llora y grita frecuentemente, pero como regla general, existe una postración que, en los casos vistos tardíamente puede llegar hasta el coma. La tranqui-

lidad inhabitual del carácter, y sobre todo, una tendencia marcada al sueño llaman la atención de los que le rodean.

Ciertos autores han señalado la anorexia, la inapetencia que entraña un descenso rápido del estado general y una deshidratación endocraneana y los vómitos, que son capaces, ellos solos, de provocar tales trastornos.

Estos niños son a menudo apiréticos. Se ha señalado a veces una ligera elevación térmica, este último síntoma haciendo aun más complejo un diagnóstico ya difícil.

Tales son, rápidamente esbozados, las manifestaciones de la hipertensión endocraneana en el curso de la primera infancia. Insistimos sobre 2 caracteres evolutivos particularmente importantes:

Primero: esta hipertensión no es siempre igual ella misma, y sus signos evolucionan por accesos. Estos devienen más y más frecuentes más y más intensos, y su sintomatología más y más rica. Estas crisis son debidas a un aumento de presión del líquido ventricular. En los casos donde el tumor impide directamente la circulación normal del líquido cefalo-raquídeo, como en los tumores del IIIe ventrículo, del IVe o del acueducto de Silvio, la explicación es fácil: el bloqueo es incompleto y no es más que bajo la influencia de causas indeterminadas que él deviene pasajeramente total. Dandy y Stookey han incriminado un factor vascular: estas crisis serían debidas el bloqueo de las venas de Galeno, que drenan los plexos coroides.

Segundo: La otra particularidad evolutiva de esta hipertensión endocraneana reside en el papel importante jugado por las enfermedades intercurrentes, las intervenciones quirúrgicas, los traumatismos y en particular los traumatismos craneanos que se encuentran a menudo al origen de una nueva crisis hipertensiva.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

La simple constatación de los diferentes signos que acabamos de describir es muy insuficiente para llevarnos al diagnóstico de tumor cerebral; otros síndromes no tumorales, tales como las encefalitis, los hematomas sub-durables del lactante, etc., determinan síntomas análogos. De ahí la importancia que toman los exámenes complementarios.

Radiografía de cráneo.—Ella muestra objetivamente las modificaciones óseas debidas al aumento de presión en la bóveda craneana, siendo el signo capital la disyunción de las suturas (parte precedente).

Las "impresiones digitales" descritos por primera vez por Spi-

ller, donde el aspecto cerebriforme de los huesos del cráneo se encuentran a menudo, y tienen mucho menos valor. Ellas son la traducción de una hipertensión endocraneana ya antigua. Aun estas nociones no son absolutas. Este aspecto cerebriforme se encuentra a nivel de la región fronto-parietal, raramente a nivel de la fosa posterior.

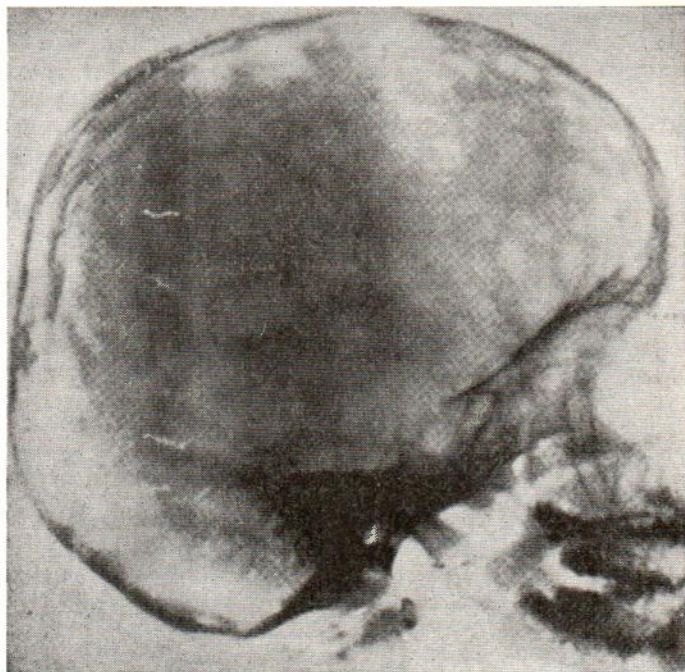
Las paredes del cráneo se encuentran a menudo afinidas.

La silla turca presenta, ella también, modificaciones importantes: la fosa pituitaria está decalcificada y erodada, las clinoides anteriores y posteriores abrasadas.

Ella aparece como aplastada, menos profunda y más alargada. Esta morfología especial es debida a la presión del III^o ventrículo distendido que hace prominencia a este nivel.

La base del cráneo también se modifica. Las 3 fosas normales desaparecen, no formando más que un plano único oblicuo hacia abajo y atrás.

Ciertos autores han señalado la presencia de erosiones óseas a



Figs. 2 y 3.—Radiografías craneanas que muestran los signos de la hipertensión intracraneana: impresiones digitiformes y disyunción de las suturas.

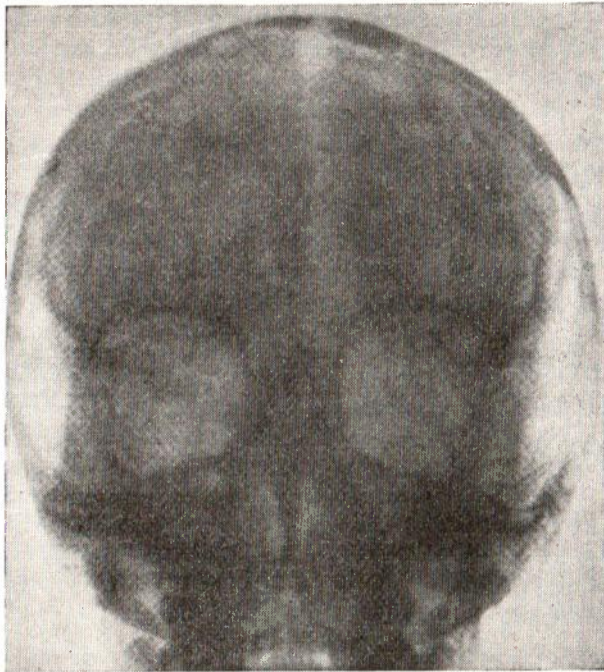


Fig. N° 3

nivel de las venas del cuero cabelludo, y el agrandamiento de los orificios de las venas emisarias, dilatadas por la hipertensión endocraneana.

La radiografía puede igualmente ayudar al diagnóstico y precisar las localizaciones mostrando la existencia de calcificaciones. En efecto, ciertas neoformaciones, como los tumores embrionarios, los meningiomas, los craneofaringiomas, los pinealomas, los oligodendrogliomas, los angiomas, etc., se infiltran de sales de calcio y son así visibles a los rayos X. Excepcionalmente, a esta edad, el desplazamiento de ciertas calcificaciones fisiológicas (plexos coroides, hoz del cerebro) dan indicaciones útiles.

En lo concerniente a la glándula pineal, ella no está jamás calcificada, al estado normal, antes de los 6 años. El descubrimiento de su calcificación toma una significación patológica.

Encefalografía.—Parece una paradoja, por no decir más, hablar de encefalografía gaseosa por vía lumbar en el curso de un trabajo que

trata sobre tumores cerebrales. Todo el mundo conoce los peligros de enclavamiento que se hace correr a un enfermo que presente un síndrome de hipertensión endocraneana, al practicarle una punción lumbar seguida de inyección de aire en el saco dural. Esta regla era absoluta y no sufría excepciones.

Sin embargo, los autores suecos han publicado recientemente importantes trabajos relativos a un método particular: la encefalografía fraccionada. En sus manos, esta técnica, empleada aun en el curso de un síndrome endocraneano de origen tumoral, ha dado datos más completos que la ventriculografía, gracias a las placas radiográficas repetidas, tomadas bajo distintas incidencias en momentos escogidos, sin haber dado origen nunca a accidente alguno. Sin tratar de recomendarla de una manera sistemática, pensamos que debe rendir grandes servicios, particularmente en Neurocirugía infantil. Esto por muchas razones: primeramente consideremos el caso frecuente de las hidrocefalias. Nosotros hemos insistido a menudo sobre el hecho de que la ventriculografía practicada en tales niños, tiene grandes inconvenientes a causa de la descompresión brutal que ella realiza. Sobre 19 casos de hidrocefalia por estenosis del acueducto de Silvio observados a la Clínica neuro-quirúrgica de la Pitié de 1928 a 1950, se le conceden 4 muertes imputables a esta prueba.

Gracias a su técnica particular, la encefalografía fraccionada no realiza esta descompresión brutal y peligrosa.

Las radiografías tomadas en momentos escogidos y en buen posición (niños mantenidos sentados, placas laterales con rayo horizontal) permiten seguir exactamente la progresión de la burbuja de aire a través del IVe ventrículo, acueducto, IIIe ventrículo, y conocer así de manera precisa, el nivel del bloqueo.

La hipertensión endocraneana es generalmente un poco compensada por la disyunción de suturas, sobre todo si ésta es grande, y el peligro de accidente probablemente menor que en el niño de más edad o en el adulto. Es posible por otra parte, en los niños muy jóvenes, con la fontanela aún abierta suficientemente, practicar una punción ventricular preventiva, prudente, ligeramente descompresiva, para disminuir el riesgo de enclavamiento. Cuando existe un tumor puesto en evidencia por este proceder, la intervención debe seguir lo más rápidamente posible. Esta regla formal para la ventriculografía es, igualmente, valable para la encefalografía fraccionada. Este método, todavía en estudio en nuestro servicio, nos parece sin embargo de un gran interés.

Ventriculografía.—Es ciertamente el examen más regularmente prac-

ticado. A la iodoventriculografía nosotros preferimos la ventriculografía gaseosa. Hemos hecho más arriba las reservas que se imponen en cuanto a su inocuidad a esta edad, y hemos indicado las facilidades técnicas que en ella presenta el hecho de la existencia o persistencia frecuente de la abertura de la fontanela. Bailey le reprocha los accidentes graves, a veces mortales, que ella puede entrañar, los errores que ella es susceptible de determinar y la ausencia habitual de los datos aportados sobre la naturaleza histológica del tumor. Ella resta, a pesar de esto, hasta el presente, el examen de base a practicar en un niño sospechoso de una neoformación endocraneana.

Arteriografía cerebral.—Es conjuntamente con el electroencefalograma el último aporte de exámenes paraclínicos. Ella necesita, en el lactante una anestesia general con intubación, con desnudación arterial. En efecto, en el curso de la primera infancia, es raro poder punccionar directamente la carótida sin disecarla. Nuestra experiencia de este método en los niños de menos de 3 años muestra que los datos son del mismo orden que aquéllos obtenidos en el adolescente o el adulto.

Electroencefalograma.—El es también de un aporte relativamente reciente. Madame Lérique-Koechlin y Mademoiselle Nechorocheff nos han facilitado las conclusiones que ellas han obtenido del examen de trazados efectuados en nuestros jóvenes enfermos.

En casos de tumores hemisféricos,

1º Las anomalías focales de tipo de ondas ó no presentan ningún problema especial, y el valor localizador es grande.

2º Las asimetrías son de interpretación difícil, sobre todo cuando son discretas. En efecto, se las encuentra, en efecto, en el niño normal.

Hechas estas reservas, los datos obtenidos son bastante comparables a aquellos recogidos en los otros períodos de la vida.

Para las localizaciones, el aspecto del trazado no es característico. No solamente es imposible decir, con seguridad, si se trata de un tumor de la fosa posterior, del tronco cerebral, del IIIe ventrículo, o de un craneofaringioma, sino que es difícil también precisar si se trata de un tumor cerebral o de otra afección. Todo lo más se puede pensar que un trazado netamente alterado, a tipo de ondas o está a favor de un tumor de la fosa posterior o de IIIe ventrículo; que las anomalías discretas a tipo de ondas o agudas, a menudo en aleadas casi paroxísticas, indicarían más bien una lesión de tronco cerebral; que un trazado desorganizado y polirítmico clama de preferencia por una localización yuxtapellar. Los datos que podemos dar a la hora actual

sobre el asiento de tumores no hemisféricos no son fundados sobre criterios seguros, sino más bien sobre impresiones. En cuanto a la **punción lumbar**, a la **punción cerebral**, es intencionadamente que no hablaremos. Estos exámenes son, en efecto, peligrosos y no dan más que muy pocos datos.

Más interesante será la localización del tumor por el **empleo de cuerpos radioactivos**. Este método, aún en estudio, parece dar, en manos expertas, resultados prometedores.

Localizaciones.

El estudio clínico de las diferentes localizaciones de neoformaciones cerebrales, o al menos de aquellos que lucen ser más frecuentes en el curso de la primera infancia, es hecho difícil por una particular pobreza sintomática. El estudio semiológico del lactante es complejo. Es imposible obtener su cooperación activa. Estas dificultades pueden ser superadas gracias a la observación directa del sujeto y al conocimiento de las etapas del desarrollo psico-motor.

Todo niño de esa edad enfermo de una afección cerebral cualquiera, presenta casi siempre una detención del desarrollo psico-motor.

No es nuestra intención describir aquí toda la semiología neurológica especial del lactante y del niño, tratada en la *Encyclopédie médico-chirurgicale* por G. Tardieu, en el capítulo de encefalopatías infantiles.

Precisaremos simplemente que sola tiene valor la constatación de signos francamente anormales (hemiplegia completa, por ejemplo), de una asimetría neta en los movimientos de un hemilado, en comparación con el opuesto, de una detención de la evolución motriz.

El examen neurológico, tal como lo aconseja Koupernik, comprende varias etapas.

El tonus es estudiado con la ayuda de las maniobras descritas por André-Thomas y de Ajuriaguerra, maniobras que permiten apreciar la consistencia del músculo, el grado de estensibilidad, la pasividad.

La apreciación de reflejos arcaicos no es menos interesante (grasping, reflejos tónicos del cuello, reflejo de Moro, de Lamdau, laberínticos).

Los reflejos osteotendinosos y cutáneos son cuidadosamente investigados. Desde el nacimiento, todos los reflejos tendinosos existen, y pueden ser puestos en evidencia. Los cutáneos son de un estudio un poco más complejo.

Los reflejos abdominales existen desde el nacimiento, en un tercio de los casos, más o menos. Se difunden generalmente al tronco y aún a los miembros, entrañando su flexión. La respuesta abdominal sola no aparece sino entre 6 meses y un año.

En cuanto al reflejo plantar, ha sido la causa de un sinnúmero de discusiones. Ford piensa que la respuesta es variable durante los primeros meses de la vida, sea en extensión, sea en flexión. Pero el movimiento de extensión no es idéntico al verdadero signo de Babinski; él irradia a varios grupos musculares y a menudo, movimiento de todo el cuerpo. Ningún dato clínico importante puede ser obtenido por el estudio del reflejo plantar antes del final del 2º año. Después de este período la extensión del artejo indica una lesión piramidal como en el adulto.

El estudio de la motilidad espontánea, del comportamiento postural, de la prehensión de objetos, es rico en enseñanzas. El permite, de entrada, notar la ausencia o la menor amplitud de los movimientos a nivel de un miembro, las dificultades encontradas en el curso de la prehensión de un lado o de otro.

La mímica facial y la motilidad ocular pueden ser examinadas sin gran dificultad. Se nota cuidadosamente la deformación de los labios durante la sonrisa, el grito o el llorar. A partir de 1 año, ensayando de captar la atención del niño, se estudian los movimientos oculares: mirada lateral, convergencia, elevación, etc).

La investigación del reflejo corneano, del reflejo cócleo-palpebral y de la rotación de la cabeza nos informan sobre el estado del V e VIIIe par craneanos.

La sensibilidad existe normalmente desde el 1er día, pero ella no es muy viva. Las reacciones que provocan las maniobras necesarias a su apreciación (pinchazo, pinsamiento, calor y frío) son particularmente netas cuando la investigación se verifica en la cara.

Un examen de lactante sería incompleto sin un análisis del desarrollo psico-motor con la ayuda de los tests de Gesell, cuyas informaciones son útiles, no solamente para el diagnóstico, sino igualmente para establecer el pronóstico. De todas maneras, el sirve de base para seguir la evolución posterior de la enfermedad.

A pesar del examen neurológico, el más completo posible, efectuado conforme a las reglas generales que acabamos de citar, es necesario saber que **muy a menudo, el síndrome de hipertensión endocraneana resume toda la sintomatología de los tumores cerebrales en el curso de la primera infancia.** Los signos de localización son, o ausentes o imposibles de poner en evidencia. Sin embargo, más el ni-

ño crece, más la sintomatología deviene rica gracias a la cooperación activa que se puede obtener del joven enfermo, y a la evolución de su desarrollo psico-motor.

Prácticamente imposible antes del año, la investigación de ciertos signos importantes puede ser efectuada fácilmente hacia los 3 años.

Vamos a dar las grandes líneas de algunas localizaciones y de síntomas eventuales que los distinguen. Una descripción demasiado detallada, una enumeración de todas las localizaciones estaría fuera de lugar de acuerdo con el fin que nos hemos propuesto en el presente artículo.

Tumores del vermis y del IV^o ventrículo.

En nuestra estadística, ellos son proporcionalmente los más frecuentes. (7 casos de 29).

Es muy difícil diferenciar clínicamente los tumores del vermis y del IV^o ventrículo; sus relaciones anatómicas son tan estrechas que ellos determinan, tanto uno como el otro, un síndrome clínico común: el síndrome de la línea mediana.

Al aumentar del volumen, los tumores del vermis comprimen el IV^o ventrículo y empujan el vermis hacia atrás. Los tumores malignos con muchos los más frecuentes, infiltran en general toda la región.

En la mayoría de los casos, estos tumores son gliomas: seaependimomas (3 casos), sea de meduloblastomas (2 casos), más raramente astrocitomas (1 caso). Las otras variedades (papilomas, teratomas, colesteatomas) son muy raras.

Síndrome de la línea mediana.—El síndrome de hipertensión endocraneana, de aparición casi siempre brutal, al menos en apariencia tiene aquí su máximo. Se nota, en particular, la frecuencia de los vómitos. Existe a menudo una parálisis del VI^o par, pero lo que asombra, sobre todo, es la magnitud de la hidrocefalia que es considerable.

El edema papilar es prácticamente constante y se continúa rápidamente, como es la regla a esta edad, de una atrofia óptica.

Parker hace señalar, que una de las características de los tumores del IV^o ventrículo y del vermis es su evolución por crisis irregulares entrecortadas por períodos de remisión. Ciertamente para la mayor parte de neoformaciones endocraneanas, este fenómeno es aquí particularmente evidente.

La hipertensión endocraneana domina a tal punto el cuadro clínico que parece temerario el aislar ciertos signos discretos que permi-

ten sin embargo localizar el tumor. Se encuentra frecuentemente un síndrome cerebeloso disociado. El niño se sostiene mal sentado o si es mayor oscila al caminar, no se sostiene bien de pie. Estos trastornos de la estática, de equilibrio, no se acompañan a menudo de desórdenes de la coordinación, ya que las pruebas sean bien ejecutadas (dedo-nariz, prehensión), sea que no se las puede ordenar al pequeño enfermo. En algunos casos solamente, el síndrome cerebeloso se encuentra en su totalidad (dismetría, incoordinación, hipotonía).

Asociada a este síndrome cerebeloso, se encuentra a veces una hiporreflexia, quizá una arreflexia misma. La sensibilidad está intacta. Los trastornos esfinterianos, generalmente a tipo de incontinencia, son de apreciación difícil en el curso de la primera infancia sin la ayuda de la madre. Más raramente, se puede observar, en los casos ya avanzados, un síndrome piramidal debido a la compresión del haz cruzado. Los nervios craneales más frecuentemente tomados son el VI^o par, cuya parálisis bilateral es un buen signo de tumor de la línea mediana, el III^o y la rama vestibular del VIII^o. En este último caso, el nistagmus es raramente espontáneo. El nistagmus vertical y la inexcitabilidad vestibular total y bilateral son signos patognomónicos de una lesión del IV^o ventrículo. No hemos encontrado aún excepción a esta regla.

Dos signos son muy frecuentes y de un gran valor diagnóstico: la inclinación de la cabeza y las crisis cerebelosas.

La inclinación de la cabeza acompaña a los tumores de la línea mediana, de preferencia a aquellos de los hemisferios cerebelosos.

Se trata de un tortícolis con contracturas dolorosas de los músculos de la nuca. El dolor es provocado sobre todo por los cambios de actitud y debido, según Bailey, al aumento brusco de la presión endocraneana y a la compresión directa de los nervios a nivel de los meninges de la fosa posterior y de la parte superior de la columna cervical. Los puntos de inserción muscular son igualmente dolorosos a la presión.

Las crisis posteriores son debidas sobre todo a los tumores de la línea mediana. Su aparición es un signo de gravedad extrema. La cabeza se echa bruscamente hacia atrás. Los brazos hacen un movimiento de extensión forzada, después de hiperpronación, las palmas de la mano vueltas, hacia lo alto. Se verifica una verdadera torsión de brazos. El movimiento es tanto continuado como marcado por sacudidas. Si la crisis es más violenta, el tronco se pone en opistótonos y aparecen trastornos respiratorios (hiperpnea, hipopnea y apnea). La

crisis dura algunos segundos o algunos minutos y puede terminar por la muerte súbita en apnea.

La rigidez de nuca y aún el signo de Kernig no doloroso, que pueden a veces presentarse en una meningitis, son de la misma naturaleza.

La ventriculografía confirma el diagnóstico, al mostrar una dilatación simétrica de todo el sistema ventricular. El acueducto, en particular, está muy distendido, así como la porción inicial del IV^o ventrículo del cual el tumor ocupa el resto.



Fig. N^o 4.—Dilatación de la parte superior del cuarto ventrículo en un caso de tumor de la cavidad del cuarto ventrículo.

Tumores de hemisferios cerebelosos.

Se trata casi siempre de meduloblastomas o de astrocitomas.

El síndrome de hipertensión endocraneana es, aquí también, muy marcado y comparable a aquel ya descrito para los tumores de la línea mediana. Por el contrario, los signos cerebelosos son mucho más importantes. Ellos se caracterizan por una hipotonía muscular muy marcada, localizada a nivel del tronco, de los miembros, más ne-

ta del lado de la lesión. Los trastornos del equilibrio y de la marcha, en el niño de más de 2 años son a veces muy marcados.

El estudio de la coordinación, si ella es posible, muestra una hipermetría bien visible en los movimientos de prehensión. Puede existir inclusive un temblor intencional de gran amplitud.

En un estadio más tardío, aparecen signos de compresión del haz piramidal y de nervios craneanos, en particular del VI^o, VII^o, de la rama vestibular del VIII^o y de sus núcleos de origen. En este último caso, se encuentra un nistagmus horizontal o vertical. La parálisis del III^o y la inclinación lateral de la cabeza se ven mucho menos que en los tumores medianos.

La ventriculografía muestra el conjunto de signos comunes a todos los tumores de la fosa posterior. Se ha descrito como especial para esta variedad, el rechazamiento hacia arriba del cuerno occipital y del carrefour ventricular. Estos tumores dan a menudo una imagen en virgula o coma del IV^o ventrículo. Este se encuentra lleno por un hilillo de aire en la parte opuesta al tumor, y se encuentra rechazado lateralmente.

Tumor del tronco cerebral.

No son raros a esta edad; de los 29 casos de nuestra estadística, 5 son tumores del tronco. Ellos representan del 15 al 20% de los tumores según Bailey. Se trata casi siempre de gliomas de alta malignidad. Toman lo mismo el bulbo que la protuberancia o los pedúnculos. La hipertensión endocraneana es generalmente mucho más moderada que en los casos precedentes. El papiledema o la atrofia óptica están a menudo ausentes. Los tumores invaden, en general, más de lo que comprimen, si bien el acueducto de Silvio permanece largo tiempo permeable.

Ciertos signos tienen un gran valor localizador, en particular las parálisis de la mirada, el síndrome de Parinaud, las hemiplegias alternas y el nistagmus rotatorio. Desde luego, numerosos pares craneanos pueden estar lesionados.

El síndrome cerebeloso es particularmente neto y completo. La incoordinación, dismetría, hipotonía son evidentes, fáciles de apreciar sin ningún artificios. Esto es debido a la compresión de los pedúnculos cerebelosos superiores y se comprueba lo bastante a menudo para permitirnos afirmar ante un síndrome cerebeloso grosero y completo, que no se trata de un tumor del cerebelo.

La pérdida de peso importante que presentan los niños que padecen de un tumor del tronco es debida, según Bailey, más a la dis-

fagia que a los vómitos. La ventriculografía es bien demostrativa. El acueducto de Silvio y la parte superior del IV^o ventrículo son rechazados hacia atrás.



Fig. N° 5.—Tumor del tronco cerebral. Rechazo intenso del cuarto ventrículo.

Craneofaringiomas.

Ellos representan un capítulo muy importante en el estudio de los tumores cerebrales del niño de más edad, pero son bien raros en el curso de la primera infancia. No hemos encontrado más que un caso en nuestra estadística.

De los 63 casos reportados en la tesis de Droguet, no existe un solo caso antes de los 4 años de edad. La hipertensión endocraneana resume toda la historia de la enfermedad. No puede haber problemas genitales y morfológicos a esta edad.

La hemianopsia bitemporal puede algunas veces ser sospechada cuando se aproximan objetos lateralmente, sin que haya reacción alguna por parte del niño. Es sin embargo, difícil de confirmar.

Si existen modificaciones de la silla turca, en particular erosión de las clinoides, destrucción completa de la silla sobre todo cal-

cificaciones intra y supra-selares, el diagnóstico es fácil. Las tomografías y las estereo-radiografías permiten, mejor que las placas standard, localizarlas. Su tamaño es variable, pudiendo ir desde el grueso de un grano de arroz hasta el de una pelota de tennis (Cushing). Tienen un aspecto irregular, no homogénes, mal delimitadas. Estas calcificaciones son intra y supra-selares; más raramente, no se las encuentra más que al interior de la silla.

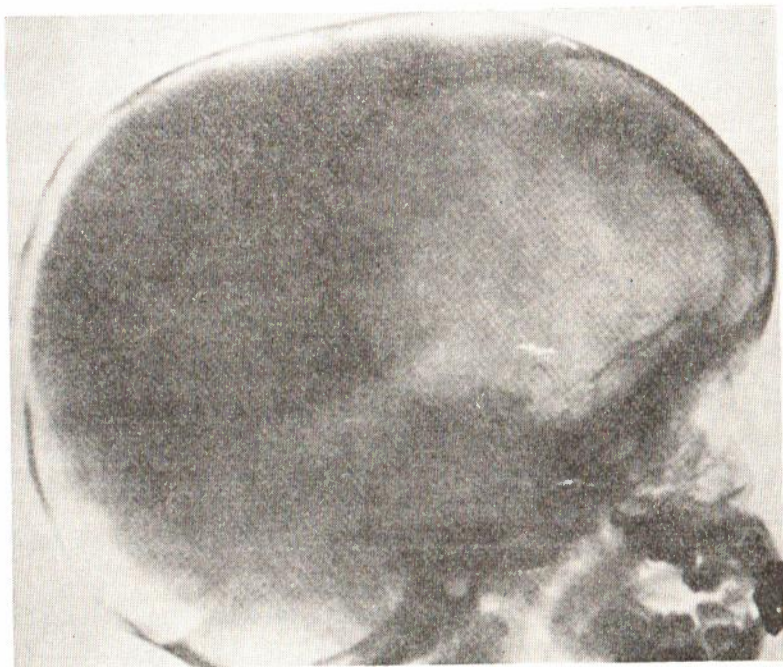


Fig. Nº 6.—Craneofaringioma. Enorme calcificación intra y supraselar.

En ausencia de calcificaciones, se piensa generalmente en un tumor de la fosa posterior, y es la ventriculografía que dá el diagnóstico al mostrar una dilatación de los ventrículos laterales y la ausencia del llene del III^o ventrículo, o al menos de su parte anterior. Las radiografías de perfil o laterales con rayo horizontal son aquí particularmente demostrativas. En las ántero-posteriores los cuernos frontales están separados, aplastados y a menudo rezazados hacia arriba.

Gliomas del quiasma y de la región hipotalámica.

Con Bailey, describiremos estas 2 localizaciones en el mismo

capítulo, por ser ellas vecinas y casi siempre muy relacionadas. Los gliomas del quiasma infiltran la región hipotalámica y vice-versa.

Estos tumores interesan ante todo la región del III^o ventrículo (3 casos). Se trata, en general, de espongioblastomas polares. Su diagnóstico es particularmente difícil a esta edad.

Fuera de la hipertensión endocraneana, debe dársele importancia a la hipersomnolia que es el síntoma más frecuente. Las crisis comiciales no son raras. Existen trastornos de la regulación térmica, del ritmo cardíaco, de la tensión arterial. Esta localización es igualmente el origen de ciertas crisis de edema agudo del pulmón y de hematemesis.

Pueden así observarse trastornos del metabolismo. Uno de nuestros enfermitos presentaban una caquexia impresionante.

La lesión de la vía piramidal y aun cerebelosa no es excepcional. Ella es debida a la invasión o compresión de los pedúnculos cerebrales en el primer caso, y del haz cerebelo-rubro-talámico en el segundo.

Los trastornos de la vista son constantes en los casos de gliomas del quiasma, pero no se los puede confirmar a menos que la visión esté casi anulada. El niño no se queja, o los padres no se perciben de la pérdida visual hasta que la visión queda relegada a 1 o 2 décimas de lo normal. Esta localización entraña un agrandamiento asimétrico de los agujeros ópticos, así que una deformación a tipo de depresión de la pared anterior de la silla turca.

Pero los signos de hipertensión endocraneana hacen difícil su interpretación.

La ventriculigrafía da una imagen de dilatación simétrica de los ventrículos laterales, y un borramiento parcial o total del III^o ventrículo.

Tumores de la glándula pineal.

Hemos querido consagrarle un capítulo aparte, ya que, contrariamente a la opinión clásica, ellos se observan bastante frecuentemente a esta edad. Bailey, de 5 casos reportados, encuentra 3 en el curso de la primera infancia.

Desde el punto de vista anatomo-patológico, se trata de gliomas, a veces de teratomas. El síndrome de hipertensión endocraneana es muy marcado; puede existir un síndrome piramidal, bilateral lo más a menudo y aun un síndrome cerebeloso.

Una rigidez de descerebración puede observarse (2 casos de

Bailey). Mucho más sugestivos son los trastornos oculares, sobre todo parálisis de la elevación (síndrome de Parinaud) y de la convergencia o trastornos óculo-pupilares, caracterizadas por una abolición del reflejo fotomotor y midriasis.

En cuanto a la macrogenitosomía precoz, descrita por Pellizzzi, se sabe que no es absolutamente patognomónica de tumor epifisario. Ella es por otra parte, sin relación directa con la lesión de la glándula. Ella no parece haber sido observada a esta edad, sino más tardíamente. El descubrimiento radiológico de calcificaciones importantes en la región pineal tiene pues, en estos casos un valor cierto.

La ventriculografía pone en evidencia la dilatación simétrica de ambos ventrículos laterales, la ausencia de repleción de la parte posterior del III^o rechazado por el tumor.

Tumores hemisféricos.

Hemos visto 6 casos: 3 tumores fronto-parietales, 2 frontales, 1 del tálamo óptico.

Su expresión clínica depende de su localización. No podemos describirlos sucesivamente. Nos contentaremos con señalar que ellos pueden adquirir un volumen considerable (del tamaño de una naranja) y no dar más que pocos síntomas, tan pocos, que durante mucho tiempo los padres no tienen inquietud alguna.

Tumores de los ventrículos laterales.

Son diagnósticos ventriculográficos. El ventrículo no está lleno de aire, o muy irregularmente llenos. Las placas simples pueden mostrar las calcificaciones intratumorales.

Otras localizaciones pueden aun encontrarse en el curso de la primera infancia, pero aquellas que venimos de enumerar nos han parecido ser las más frecuentes. Las otras no son más que curiosidades anatómicas sin interés alguno para el clínico.

Diagnóstico.

La pobreza sintomática de neoformaciones cerebrales en el lactante y el problema presentado por una semiología muy particular, dan enseguida la dificultad del diagnóstico y la importancia considerable de los exámenes paraclínicos. El cuadro clínico es siempre dominado por el síndrome de hipertensión endocraneana o la macrocefalía.

Hemos visto, en efecto, que esta hipertensión es prácticamente constante. Es por esto que sólo evocaremos rápidamente los clásicos errores debidos a los vómitos, interpretados a priori como manifestaciones de afecciones digestivas (errores dietéticos, intolerancia a la leche, estenosis del píloro, etc.) y a las crisis convulsivas etiquetadas epilepsia esencial.

La existencia de un síndrome de hipertensión endocraneana concomitante debe rápidamente atraer la atención para comenzar la serie de exámenes paraclínicos.

Hidrocefalía comunicante.

Este es el primer diagnóstico a eliminar. Ella es generalmente muy precoz, apareciendo desde el nacimiento o en las semanas siguientes. La prueba de colorante y la encefalografía, siguiendo la técnica que hemos descrito anteriormente, permiten fácilmente evitar el error, al mostrar la permeabilidad del sistema ventricular hacia el espacio sub-aracnoides del canal vertebral.

Todos los tumores, en el curso de la primera infancia, determinan, gracias a su localización mediana electiva, hidrocefalias no comunicantes. En los otros casos, por otra parte raros, sobre todo en caso de tumores hemisféricos; la neoformación engendra un aumento de volumen del cráneo debido al edema y al tamaño del tumor, a menudo monstruoso; pero los ventrículos, bien que comprimidos y rechazados, son de tamaño prácticamente normal. El drenaje del líquido cefalo-raquídeo hacia las zonas de reabsorción está conservado.

Malformación de Arnold-Chiari.

Ella determina también una hidrocefalia por obstrucción del IV^o ventrículo. Consiste en una elongación del cerebelo y del tronco cerebral, determinando un enclavamiento de las amígdalas cerebelosas en el agujero occipital. La coexistencia habitual de espina bífida facilita el diagnóstico.

Meningitis.

Las meningitis, en particular la tuberculosa, pueden prestarse a confusión. La localización bacilar de la enfermedad determina un proceso de sínfisis aracnoidea que es el origen más frecuente de las complicaciones neuroquirúrgicas de estas afecciones: la hidrocefalia

o la piocefalia, a la cual se añade a menudo una atrofia óptica. Clínicamente, el diagnóstico es algo difícil, ya que a esta edad, el síndrome infeccioso está muy atenuado y los signos meníngeos de interpretación difícil. La punción lumbar o ventricular elimina la duda. Ella nos dá, sea un líquido hiperalbuminoso con numerosos linfocitos, sea un líquido turbio o inclusive puriforme cuando se trata de meningitis purulenta. La cuti-reacción en el niño de más edad, el descubrimiento con el oftalmoscopio de tubérculos retinianos, permiten establecer un diagnóstico riguroso de meningitis tuberculosa.

Mematoma sub-dural del lactante o paquimeningitis hemorrágica interna.

Acompañado de un aumento del volumen del cráneo, el puede presentar un cuadro clínico análogo al de un tumor. De etiología todavía discutida, pero donde el traumatismo ocupa el primer lugar, esta afección aparece generalmente entre los 3 y 9 meses. El signo clínico más frecuente, fuera del aumento del perímetro del cráneo está constituido por las crisis convulsivas.

El examen del fondo de ojo muestra las hemorragias retinianas en sábana siguiendo las venas, que son ellas mismas dilatadas y sinuosas. La punción del espacio sub-dural por la fontanela es el solo medio que permite establecer el diagnóstico con certeza absoluta.

Se aspira con la jeringuilla, sea de sangre fresca, sea un líquido que va del negro al rojo oscuro. El color depende de la edad del hematoma. La inyección de aire en el sitio del derrame dá imágenes radiológicas indiscutibles.

Absceso cerebral.

Entre absceso cerebral y tumor el diagnóstico es a menudo bien difícil. En efecto, el síndrome infeccioso (temperatura oscilante, escalofríos, etc.) es lejos de ser constante. Cuando se trata de un absceso a evolución lenta, existe un síndrome de hipertensión endocraneana tan marcado como en caso de tumor. La ventriculografía ella misma objetiva una neoformación en el sentido más amplio del término, pero no se puede precisar la etiología. Tenemos pues, que basarnos de entrada sobre el estado de la fórmula sanguínea, que muestra casi siempre una hiperleucocitosis importante con polinucleosis. El estudio de los antecedentes es capital. El puede revelar una otitis, una sinusitis, un foco de osteítis, una dilatación bronquial que orientan el

diagnóstico. Hay que saber que existen abscesos cerebrales de apariencia primitiva donde la infección inicial ha pasado inadvertido.

Señalemos también que la localización en la fosa posterior es un argumento negativo, ya que el absceso del cerebeloso es raro.

El examen del líquido cefalo-raquídeo puede a veces dar una indicación preciosa, sobre todo en el niño muy pequeño, donde puede existir una importante reacción celular (donde predominan los polimorfonucleares) y una hiperalbúminoraquia. Si se tienen sospechas de un absceso, es bueno de practicar una punción cerebral, que al mismo tiempo que afirma el diagnóstico constituye el primer gesto terapéutico. Consiste en puncionar el cerebro en la zona donde se supone poder encontrar el absceso. El trocar romo encuentra la cápsula. La resistencia a la penetración dá una noción muy exacta sobre la antigüedad, las posibilidades de ruptura, en suma, las condiciones en las cuales la operación podrá hacerse. Penetrando acto seguido en el absceso, se le puede vaciar para operar en las mejores condiciones, con una tensión cerebral grandemente reducida.

Trombosis de un seno cerebral.

Mucho más raramente, se trata de una trombosis de un seno. Que ella sea primitiva en apariencia (marantic thrombosis) o secundaria a un foco de supuración contigua, el origen infeccioso es a incriminar en la mayoría de los casos. La existencia de una mastoiditis de una sinusitis, aun de una deriva en el cuero cabelludo o en la cara, de un ántrax del labio superior, etc., es frecuentemente encontrada.

Clínicamente, la trombosis del seno longitudinal superior determina un síndrome de hipertensión endocraneana con paraplegia. (Bailey).

Algunos han preconizado la punción del seno por la fontanela. En caso de trombosis, ella es negativa.

Si la trombosis tiene lugar en la parte posterior de este seno, se ve una dilatación considerable de las venas del cuero cabelludo.

Mas especial es la trombosis del seno cavernoso. Existe generalmente un edema importante de los párpados, con exoftalmia y oftalmoplejia. El examen del fondo de ojo muestra una dilatación senosa.

En los 2 casos, el hemocultivo puede ser positivo.

El líquido cefalo-raquídeo puede ser normal o xantocrómico. Algunas veces hay una reacción celular importante, hecha sobre todo de polinucleares. Estas trombosis son excepcionales.

Tres afecciones son particularmente difíciles a diferenciar del síndrome tumoral. Son: la estenosis cicatricial o congénita del acueducto, la obstrucción del agujero de Magendie (y de Luschka) y los quistes serosos de la fosa posterior.

Estenosis no tumorales del acueducto de Silvio.

Muchas de estas estenosis son congénitas. Se trata de una mal formación consecutiva, para algunos (Dandy) a un proceso inflamatorio ocurrido in utero, para otros (Spiller) a una anomalía de evolución.

Sea como sea, estas estenosis determinan una hidrocefalia de desarrollo rápido, entrañando una hipertensión endocraneana muy marcada. El aumento de volumen del cráneo es sobre todo localizado a las regiones fronto parietales. Por el contrario, la fosa posterior es pequeña, estrecha. La protuberancia occipital queda muy baja. Este es, según Dandy, uno de los mejores signos de estenosis del acueducto. La ventriculografía confirma el diagnóstico mostrando la ausencia de inyección del IV^o ventrículo. La imagen característica en embudo o en triángulo que pinta la parte inicial del acueducto dilatado, frente al obstáculo (Petit-Dutailli, difiere de aquella de una compresión extrínseca. No es sino en la intervención que es posible precisar el diagnóstico. El IV^o ventrículo está libre. El líquido no se vierte más que a través del acueducto, se ensaya de pasar una sonda fina, que viene a chocar con el obstáculo.

Obstrucción de los agujeros de Magendie y de Luschka.

Ella determina, también, una hidrocefalia obstructiva muy importante. Aparte de la etiología tumoral, se puede incriminar, sea una malformación congénita, sea mucho más frecuente un proceso inflamatorio o cicatricial.

La llave del diagnóstico es también dada aquí por la ventriculografía que muestra una dilatación intensa, que toma los ventrículos laterales, el III^o, el acueducto y sobre todo el IV^o, que está distendido, pero en su lugar, no deformado. La misma declaración concerniente al diagnóstico etiológico de las estenosis del acueducto es valedera aquí.

Quistes serosos de la fosa posterior.

El cuadro clínico de los quistes serosos de la fosa posterior es muy parecido, a aquel determinado por un tumor de esta región.

No parece sino más tardíamente (segunda infancia o inclusive adulto).

La etiología infecciosa es la causa más importante. El quiste determina, también una hipertensión endocraneana, pero más moderada.

Por el contrario, los signos cerebelo-bulbáreo son muy marcados y el contraste entre esos 2 caracteres tiene un valor cierto. El aire inyectado en los ventrículos sale algunas veces a través del agujero de Magendie para llenar el quiste, que es entonces netamente visible en la placa lateral.

Tuberculomas.

Quiséramos decir unas palabras de los tuberculomas. Cushing piensa que ellos representan 1,5% de los tumores cerebrales que sobrevienen de 0 a 15 años. Son raros en el curso de la primera infancia. Se les encuentra sobre todo en el niño de más edad.

Los signos clínicos son aquellos de una neoformación cerebral y dependen de su localización. Se deberá analizar con cuidado toda sintomatología tumoral que sobrevenga en un niño que presente una cuti-reacción positiva, y hacer un fondo de ojo, en búsqueda de túberculos coroideos. Es apenas un diagnóstico diferencial; sólo la etiología es muy diferente.

Quistes parasitarios.

No se encuentran más que raramente en Francia.

Venimos de estudiar las diferentes afecciones cerebro-meníngeas que, a esta edad, determinan un tumor cerebral.

Es voluntariamente que nos hemos limitado a estos casos determinados. Es en efecto, imposible de mencionar todas las manifestaciones patológicas que pueden ser confundidas con una neoformación endocraneana.

Si las encefalitis (a menudo por pobreza de diagnóstico), la enfermedad de Schilder, los angiomas, la enfermedad de Sturge-Weber con sus calcificaciones occipitales y el nevus de la cara, ciertas formas de poliobulba, las hidromas, las aracnoiditis, inclusive las intoxicaciones saturninas (2 casos de Bailey) han podido a veces establecer litigio, nos han parecido menos próximas del cuadro clínico realizado por el tumor; es por eso que no haremos sino citarlos.

Ante la extrema complejidad del diagnóstico, es siempre a los

exámenes complementarios, y en particular a la ventriculografía y a la encefalografía fraccionada, que solicitamos la confirmación.

Tratamiento.

El tratamiento de un tumor en el lactante es, como para el niño mayor y el adulto, ante todo quirúrgico.

En la medida de lo posible, debemos siempre tentar la extirpación de los tumores. El problema, sin embargo, es complejo, y la indicación operatoria difícil a establecer.

El lactante tiene una limitada resistencia al shock operatorio. La deglutinación, el estado de conciencia, las curvas de temperatura, pulso, respiración que dan indicaciones netas en el adulto y permiten seguir su estado hora por hora, no tienen valor en el niño. Una respiración de 50 por minuto, que es un signo de catástrofe inminente en el adulto, no tiene aquí apenas significación. Hay que basarse sobre una serie de signos, de impresiones mismas, todas obtenidas por una larga experiencia.

El niño va hasta el final de sus posibilidades de resistencia con una apariencia de relativa vitalidad y de pronto, todo se hunde; **él no previene.**

El operador debe tener en cuenta el peso, la cantidad total de sangre circulante, el estado de nutrición, la hidratación, evitar las pérdidas de agua, y operar sin perder sangre. El edema cerebral del lactante es menos frecuente que en el adulto, pero es un síntoma de gran gravedad.

La anestesia general, muy útil para evitar la agitación, los gritos con empuje del cerebro y hemorragias, venosas, debe ser practicada por un anestesista especialmente entrenado para neurocirugía infantil.

Todo esto ha solicitado una "puesta en orden" y ha hecho necesaria la creación de una neurocirugía infantil.

Todos los tumores no son operables. No tenemos por ejemplo ningún medio de extirpar un tumor del tronco cerebral. Los tumores de hemisferios y ventriculares deben siempre ser extirpados y no presentan más que problemas de técnica a causa de su tamaño. Ellos son a menudo gigantescos, y los trastornos post-operatorios son debidos ante todo a la descompresión brusca, que el cerebro soporta difícilmente.

Todos los otros tumores son medianos y se encuentran en la vecindad de centros vitales. Hay que evitar lesionar esos centros, de interrumpir a aun estorbar su circulación, un edema, aun mínimo, les es

fatal. Todas las maniobras han de ser realizadas con una extrema delicadeza, y solicitan de parte del cirujano un conocimiento preciso de las reacciones y de la circulación cerebral.

El craneofaringioma adhiere a la base, al III^o ventrículo, engloba a menudo las arterias del polígono de Willis. Este tumor de evolución muy lenta, puede soldarse a todos los órganos de la región optoquiasmática. Toda la dificultad operatoria está en la liberación del tumor.

Es preciso siempre extirparlo? Cuando el diagnóstico es hecho en el lactante, el tumor es en general lo suficientemente grande para ocasionar trastornos por compresión de nervios ópticos. Son sobre todo los trastornos oculares, cuando se les puede objetivar, los que determinan la indicación operatoria.

El glioma del quiasma invade los nervios ópticos ellos mismos, y no puede verificarse la ablación a menos de extirpar al mismo tiempo los nervios. Es una decisión difícil a tomar, y el problema se plantea ante todo sobre un plano social.

Los tumores del III^o ventrículo y de la glándula pineal deben siempre ser extirpados, a pesar de los riesgos operatorios enormes y las dificultades técnicas. Estas intervenciones demandan ser hechos por un equipo neuro-quirúrgico bien entrenado.

Los tumores de la fosa posterior demandan una exploración todos los casos, a pesar de la relativa frecuencia de los tumores malignos. Por otra parte, el cuadro clínico está dominado por los signos de hipertensión endocraneana. La intervención consiste en extirpar suficiente tumor para liberar el IV^o ventrículo y restablecer la circulación del líquido. Los ventrículos laterales puedan así vaciarse en la fosa posterior.

Muchos neuro-cirujanos no operan a estos niños y los someten directamente a la radioterapia para hacer fundir el tumor. El beneficio que el enfermo puede obtener de este tratamiento llega a menudo demasiado tarde en un niño convertido en ciego, vaciado por los vómitos incesantes.

Es por evitar esto que intervenimos sistemáticamente sobre todo, siendo siempre posible encontrar un tumor benigno.

El ependimoma, muy begno, invade casi siempre el bulbo o adhiere al suelo del IV^o ventrículo. Es así imposible de extirpar esta parte intra bulbar. Si se mantiene de este modo un riesgo de recidiva, se obtiene sin embargo, por la descompresión y la ablación del resto del tumor un estado aparente de curación durante años, algunos de nuestros enfermos están en perfecta salud desde hace 10 años.

Se han preconizado operaciones consistentes en derivar el líquido cuando el tumor parece inextirpable, y bloquea alguna de las vías de drenaje normal. La abertura de la lámina supra-óptica está prácticamente abandonada y no tiene otra utilidad que contentarse con una mejoría de algunos días. La operación de Torkilsen consiste en conducir el líquido por un tubo de polietileno desde el ventrículo lateral hasta la cisterna Magna. Si los tubos no se obstruyen, la desaparición de los signos de hipertensión obtenida por la descompresión de los ventrículos laterales, puede mantenerse por largo tiempo, hasta que los trastornos dados por el mismo tumor en su zona, devienen preponderantes a su vez.

En todos los casos de tumores inoperables o de tumores malignos, se ha recurrido a la radioterapia profunda a dosis importantes, muy bien suportados por el niño (12.000 r. por serie).

El pronóstico de los tumores de la primera infancia es bastante sombrío en conjunto de entrada a causa de la preponderancia de los tumores malignos, después a causa de las dificultades operatorias de los tumores medianos (craneofaringiomas, tumores del III^o ventrículo, pinealomas, tumores del acueducto). Sólo los tumores del IV^o ventrículo son en general, fáciles de extirpar y no ofrecen dificultades técnicas insuperables.

Todos los problemas de diagnóstico y de operación no están resueltos para el niño pequeño, pero los perfeccionamientos a la anestesia general a la técnica operatoria que demanda más precisión, más rapidez, hacen que la neurocirugía infantil sea tan segura como la del adulto, sin que su mortalidad sea mayor. Hemos sabido acortar el tiempo de la operación sin perjudicar la hemostasia, y aumentándose tanto como posible el cuidado aportado al tocar el cerebro del niño, donde las reacciones son más violentas que en el adulto.

Mientras más débil es el peso del enfermo, más habrá de vigilarse la pérdida de calor, la cantidad de tóxicos, de gas que él absorbe, el número y la intensidad de electrocoagulaciones, de pérdida de sangre.

La experiencia que neurólogos, anestesistas-reanimadores, neurocirujanos han podido adquirir estos últimos años ha hecho de la neurocirugía infantil un medio de diagnóstico y tratamiento, donde la seguridad y la eficacia no están a la zaga que aquellas del adulto.



INDICE BIBLIOGRAFICO

Para la bibliografía completa hasta 1939, aconsejamos el excelente libro de Bailey P., Buchawann D. y Buey P. "Los Tumores intracraneales de la primera y segunda infancia.

University of Chicago press, edit 1939. Y, el de Ford. "Las enfermedades del sistema nervioso durante la primera infancia y la adolescencia. (Thomes, edit S prinfield (cill)).

Nous y ajoutons:

- ABERLE A. — Diagnostique des tumeurs supra-sellaires chez l'enfant. — **Thèse Lille**, 1941-1942, n° 3, 60 pages.
- ANDRE-THOMAS. — Examen neurologique du nouveau-né. — Cours de Pédiatrie sociale. Nations-Unies. Fonds internationaux de secours à l'enfance, 11 mars 1949.
- ANDRE-THOMAS. — Les premiers automatismes. — **Presse méd.**, 11 mai 1946, n° 22, 303.
- ANDRE-THOMAS. — La première décade de la vie. — **Praticiens**, 2 fév. 1950, n° 5.
- ANDRE-THOMAS. — Examen neurologique du nouveau-né. — **Information médicale et para-médicale, Montréal**, 16 janv. 1951.
- ANDRE-THOMAS et SAINT-ANNE DARGASSIES (Mme). — Etudes neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson. — **Masson** édit., Paris, 1952.
- ARNSTEIN L. H., BOLDREY E. et N9FFZIGER H. C. — Relation d'un cas et étude des tumeurs cérébrales durant la période néo-natale. - **J. Neurosurg**, mai 1951, 8, n° 3, 315-319. (Bibliogr.).
- AUZEPY P. — Les tumeurs cérébrales aigües. — Etude anatomo-clinique. **Thèse Paris**, 1937.
- BABONNEIX L. — Pseudo-tumeurs cérébrales chez l'enfant par arachnoïdite ou par encéphalite. — **Sem. Hôp. Paris**, 1er juin 1939, 15, n° 11, 265-275.
- BAIGUE. — Contribution à l'étude clinique et au diagnostic de l'abcès du cerveau du nourrisson. — **Thèse Paris**, 1950.
- BARRE J. A. et KLEIN M. R. — Hypertension crânienne par hydrocéphalie ventriculaire. Ependymite oblitérante de l'aqueduc. Cathétérisme de l'aqueduc. — **Soc. de Neurologie**, 1946.
- BAUMOEL S., SILBER I. B. et HYMAN L. J. — Abcès du cerveau chez le nourrisson. — **Arch. of Ped.**, nov. 1942, 59, n° 11; 711-722. (Bibliogr.).
- BERNARD J. — Contribution à l'étude des gliomes du tronc cérébral chez l'enfant. — **Thèse Paris**, 1952.
- BOLDREY E., NAFFZIGER H. C. et ARNSTEIN L. H. — Signes et symptômes des tumeurs cérébrales au-dessus de la tente chez l'enfant. — **J. of Ped.**, oct. 1950, 37, n° 4, 463-468. (Bibliogr.).
- BOURRAT C. et KOHLER C. — Tumeur de la région mésocéphalique chez l'enfant, ayant évolué par étapes: grande instabilité psycho-motrice, syndrome cérébello-strié, hypertension intracrânienne terminale. — **Pédiatrie**, 1952, 41, n° 1, 75-80.

- BUFFAT J.-D. — Les tumeurs intracrâniennes chez l'enfant. — **Rev. méd. Suisse rom.**, 25 juin 1948, **68**, n° 6, 359-383.
- CAMERRER J. W. — Tuberculomes cérébraux chez les enfants. — **M Schr. f. Kinderh.**, juin 1940, **83**, n° 3-4, 163-178 (Bibl.).
- CAPDEVIELLE-ARFEL. — La place de l'électro-encéphalogramme dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. — **France méd.** déc. 1951.
- CHAREST F. — Tumeurs intracrâniennes. — **Bull. Union. Méd. Canada**, fév. 1949, **78**, n° 2, 198-202 (Bibliog.).
- CLEMENT R., AUZEPY et MASCHAS H. — Tumeur cérébrale aiguë simulant l'encéphalite. — **Bull. Soc. Péd. Paris**, fév. 1939, **37**, n° 2, 60-66.
- DEBRE R. et LELONG. — Pédiatrie. — 2. — **Maloine**, édit., Paris.
- DENES J. — Un cas de tératome congénital intracrânien consistant principalement en éléments nerveux. — **Ann. J. Cancer**, nov. 1940, **40**, n° 3, 329-334 (Bibliogr.).
- DESROCHERS J.-L. — Tumeurs cérébrales chez l'enfant. — **Bull. Union méd. Canada**, fév. 1949, **78**, n° 2, 203-205.
- DOLSON POOLE. — Un cas de tumeur cérébelleuse chez l'enfant de 4 ans. — **Lancet**, 19 sept. 1931.
- DROGUET P. — Les crânio-pharyngiomes. — **Thèse Paris**, 1942, n° 24, 137 pages.
- ERICKSON T., LARSON F. et GORDON E. — L'absorption de phosphore radioactif par les tumeurs cérébrales malignes. — **J. Lab. Clin. Méd.**, mai 1949, **34**, n° 5, 587-591 (Bibliogr.).
- FARLEY D. — Abscès cérébral chez un nourrisson. Guérison. — **Lance**, 12 fév. 1948, **256**, n° 6546, 264-266, 4 fig. (Bibliogr.).
- FELD M. — Considérations sur l'hydrocéphalie ventriculaire. — **Sem. Hôp. Paris**, 10 fév. 1948, **24**, n° 11, 317-320.
- FONTAN A. — A propos des tumeurs cérébrales du nourrisson. — **J. Méd. Bordeaux**, oct. 1952, **129**, n° 10, 859-864.
- FRANK K. et FABER V. — Contribution au diagnostic des tumeurs du cer-
velet chez le nourrisson. — **Arch. f. Kinderk.**, 13 mai 1941, **122**, n° 4, 208-217 (Bibliogr.).
- GESELL, CATTERINES A MATRUDA. — L'embryologie du comportement. **Presse universitaires de France.**, édit., Paris, 1953.
- GIGGENBACH H. — Sur les tumeurs cérébrales de l'enfance. — **Thèse Mu-
nich**, 1940, n° 115, 23 pages.
- GLOBUS J. H., ZUCKER J. M. et RUBINSTEIN. — Tumeurs du cerveau
chez les enfants et les adolescents: 92 cas. — **Am. J. Dis. Child.**, av.
1943, **65**, n° 4, 604-663.
- GOHIER-DESPLAS (Mme) et DOLTO. — Histoire clinique d'une tumeur cé-
rébrale chez une fillette de 3 ans 1/2. — **J. Méd. Paris**, 18 mai 1939, **59**,
387.
- GROSJEAN. — Les tumeurs cérébrales du nourrisson. — Mémoire pour le
titre d'assistant étranger.
- GROSS S. W. — Les tumeurs cérébrales chez le nourrisson et l'enfant. —
New-York State J. Med, 1er oct. 1950, **50**, n° 19, 2267-2269 (Bibliogr.).
- GRUNER. — Pathologie des tumeurs intracrâniennes. — **France méd.**, déc.
1951.

- HADENGUE A. M. — Du diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant. -
Thèse Paris, 1939, n° 1308, 37 pages.
- HUBER K. — L'avenir des sujets que l'on croit porteurs de tumeurs du cer-
veau. — *Wien. méd. Wschr.*, 21 oct. 1950, 100 n° 39-40, 677-682.
- HYNDMAN O. R. et VAN EPPES C. — Tumeur du thalamus, entié ventri-
culographique. — *Arch. of Surg.*, nov. 1939, 39 n° 5, 792-797.
- INGRAHAM F. et BALLEY O. — Les tératomes kystiques et les tumeurs
tératoïdes du système nerveux central chez le nourrisson et l'enfant. —
J. of Neurosurgery, nov. 1946, 3, 511-532.
- JANSSEN T. A. E. — Les tumeurs pontiques de la première enfance. —
Ann. poed., janv. 1946, 166, 1-10 (Bibliogr.).
- KEEGAN J. J. — Méningiome chez un enfant. — *Ach. Neurol. Psych.*, août
1940, 44, n° 2, 439-441.
- KLEIN M. R. — Les tumeurs du IIIe ventricule (Extrait du numéro: Hom-
mage à Clovis VINCENT). — *Maloine*, édit., Paris, 1949.
- KLEIN M. R. — Technique opératoire des hydrocéphalies communicantes. -
Sem. Hôp., 10 janv. 1949, n° 3.
- KLEIN M. R. — Etude nosologique des tumeurs du IIIe ventricule. — *En-
cycl. méd.-chir.*, Neurologie III, à paraître).
- KLEIN M. R. — L'hydrocéphalie. — *Encycl. méd. chir.*, Pathologie chirur-
gicale générale, 1953.
- KLEIN M. R. et LEPINTRE J. — Engagement des amygdales dans les spi-
na-bifida avec hydrocéphalie. — *Arch. franç. Péd.*, 5, n° 5, 1948.
- KLEIN M. R. — et LEPINTRE J. — Engagement des amygdades dans les
spina bifida avec hydrocéphalie. — *Sem. Hôp.*, 18 mai 1949, n° 37.
- KOJEWAN. — Latence de longue durée au cours des tumeurs du cerveau
chez les enfants. — *M Schr. Kinderh.*, août 1939, 79, n°3-4, 256-272.
- KOUPERNIK C. — Les tests de Gesell. — Leurs limites, leur intégration à
une clinique du premier âge. — *Presse méd.*, 29 mars 1952, n° 21, 449.
- LAIRY-BOUNES G. et FISCHGOLD H. — L'électroencéphalographie dans
une série de 38 tumeurs de la fosse postérieure. — *Sem. Hôp. Paris*, 22
juil, 1950, n° 54, 2633.
- LAMARQUE P., VIALLEFONT H. et CHAPTAL Y. — Syndrome tumoral
(gliome probable) guéri par la radiothérapie et suivi plus de cinq ans.
Bull. Soc. Péd. Paris, mars 1939, n° 3, 146-150.
- LANGFORD W. S. et KLINGMAN W. O. — Troubles de comportement asso-
ciés à des tumeurs intracrâniennes chez les enfants. — *An. J. Dis.
Child.*, mars 1942, 63, n° 3, 433-452.
- LELONG M. et ROSSIER A. — Pachyméningite hémorragique. — *Presse
méd.* 15 mai 1943, n° 19, 264.
- LEREBoullet P. et GROBON P. — Le bruit de pos fêlé crânien chez le
nourrisson. — *Nourrisson*, nov. 1941, n° 6, 271-274.
- LOURIDO-ALBAN F. A. — Symptomatologie des tumeurs cérébrales chez
l'enfant. — Mémoire pour le titre d'assistant étranger (1952).
- MAC GRAIG W., KEITH H. et l'enfant. — *Acta psych. neurol.*, 1949, 24, n°
3-4, 375-390 (Bibliogr.).
- MARBURG O. — Quelques remarques sur les tumeurs du cerveau chez l'en-
fant. — *J. Nerv. Ment. Dis.*, av. 1942, 95, 446.

- MC QUARRIE. — Brennemann's Practice Pediatrics. — W. F. Prior, édit., Hagerstown (Mar.) Etats-Unis.
- MARIE J., MALLET, PIOT et DUCOURNEAU. — Tumeur cérébrale vasculaire découverte par l'auscultation du crâne chez un enfant de 3 ans. — **Bull. Soc. Péd. Paris**, oct. 1941, n° 8, 386-390 (Bibliogr.).
- MARTIN A. et ARNAL H. — Tumeur du crâne chez l'enfant. — **Sem. Hôp.** ... Paris, nov. 1936, n° 17, 508.
- MASSON et ROYER. — Puberté précoce et tumeur hypothalamique. — **Sem. Hôp. Paris**, déc. 1948.
- MEIER A. — Un cas de médulloblastome de la première enfance. — **Arch. Kinderk.**, 1943, 129, n° 3, 101-104.
- PEIRCE C., CONE W., BOUCHARD J. et LEWIS R. C. — Le médulloblastome: traitement non opératoire par la radiothérapie après biopsie par aspiration. — **Radiology**, mai 1949, 52, n° 5, 621-632.
- PETIT-DUTALLIS D., THIEBAUT F., BERDET F. et BARBIZET. — Les hydrocéphalies par sténose intrinsèque de l'aqueduc de Sylvius. — **Sem. Hôp. Paris**, 18 janv. 1951, 27, n° 5, 201.
- POUYANNE. — Quelques notions utiles sur les tumeurs cérébelleuses chez l'enfant. — **J. Méd. de Bordeaux**, 20 mars 1951.
- POUYANNE L., POUYANNE H. et MARCHAND. — Gliome malin de l'hémisphère cérébral gauche chez un enfant de 18 mois. Ablation, traitement radiothérapique, amélioration. — **J. Méd. Bordeaux**, av. 1950, 127.
- POUYANNE L. et POUYANNE H. — Tumeur du IIIe ventricule chez un enfant de 5 ans. — **Arch. franc. péd.** 1951, 8, n° 6, 683-684.
- PUECH P., FISCHGOLD H., LAIRY-BOUNES G. et DREYFUS-BRISAC C. — Signes électro-encéphalographiques des néo-formations des hémisphères. — **Sem. Hôp. Paris**, 22 juil. 1950, 26, n° 54, 2612.
- REDLICH F. C., REMBRANDT H. D. et BRODY E. B. — Retard et erreurs dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. — **New England J. Med.**, 1948, 238, 945-950.
- RAND C. W. et VAN WAGENEN R. J. — Les tumeurs cérébrales de l'enfance. — **J. of Ped.**, 1935, 6, 322-339.
- RIESE W. — Les tumeurs cérébrales en fonction de l'âge. Première communication: les tumeurs cérébrales dans l'enfance. — **Rev. neurol.**, juil. 1951, 85, n° 1, 72-73.
- SMITH A. B. — Les tumeurs du cerveau chez les enfants. — **Radiology**, mai 1952, 58, n° 5, 688-695, 5 fig. (Bibliogr.).
- SMITH W. A. et FINCHER E. F. — Tumeurs intracrâniennes chez l'enfant. Etude préliminaire de 100 cas. — **South Med. J.**, juin 1942, 35, 547.
- THIELE R. L. et DIMMICK M. J. — Néoplasme malin intracrânien antérieur à la naissance. — **J. of Ped.** nov. 1951, 39, n° 5, 611-615 (Bibliogr.).
- TURNER J. H. — Abscès du cerveau avec méningite. — **Arch. of Ped.**, juin 1942, 59, n° 6, 393-396.
- VAUCHER R. — Tumeurs cérébrales de la première enfance. — **Thèse Lausanne**, 1950.
- WALKER A. E. et HOPPLE T. L. — Les tumeurs cérébrales chez l'enfant. - I. Considérations générales. — **J. of Ped.**, déc. 1949, 35, n° 6, 671-687 (Bibliogr.).

WALTER G. et coll. — Electro-encéphalographie. — Symposium sur les aspects variés.
ZISKIND J. et SCHATTEBERG H. J. — Tératome du cerveau. — Arch. of Ped., juin 1939, 56, n° 6, 347-356.

CLINICA GINECOLOGICA - INSTITUTO DE RADIUM DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Director:
PROF. PEDRO NEL CARDONA C.

BALANTIDIASIS - VAGINAL

DR. GUSTAVO ISAZA MEJIA
(Profesor auxiliar de Clínica
Ginecológica.)

El *Balantidium Coli* es el más grande de los Protozoarios de la clase de los infusorios, su nombre se deriva del griego *BALANTIDIUM* pequeña bolsa: Fue descubierto por Malmsten en Stokolmo en el año de 1857. Sinonimia: *Paramaecium Coli*- Malmsten. 1857- *Leucophyra Coli* Leuckart, 1863 (1).

Es huésped habitual del cerdo, el sapo y la cucaracha; con alguna frecuencia se encuentra en el intestino del hombre, pero sólo ocasionalmente, como agente productor de disentería o enteritis Balantidiana. Arturo Jarpa G. y J. Allende, en (2) 1953, describieron un caso de Balantidiasis Humana intestinal.

En 1938 P. Remlingen (3) y colaboradores relataron un caso de Balantidiasis vesical acompañado por la *Bilharzia Hematobia*.

En 1947 Correa Henao (4) describió 2 casos fatales en los cuales se produjo la muerte por peritonitis, causada por intensa colitis ulcerosa. Brumpt, (1949) (5) describe el parásito como agente productor de la Miocarditis aguda (*E Forai*), y la forma granulomatosa (*Stoellweiss*). En Alemania se observó el *Balantidium Coli* como agente productor de Uretritis, cistitis y Pielomefritis en una mujer (*Maliwa et von Hans*) 1920.

En la literatura revisada desde el año 1900, no hemos podido encontrar un sólo caso de *Balantidium Coli* como agente productor de lesiones a nivel del tracto genital femenino; consideramos por consiguiente, nuestro caso como el primero y el único hasta hoy descrito.

Presentación de un caso

Una mujer viuda de 62 años con historia N° 1.306 del Instituto de Radium, se presentó quejándose de un flujo grumoso, muy abundante, sanguinolento, desde hace un año. Menopásica desde hace 23 años, no ha sufrido trastornos gastrointestinales, venía con el diagnóstico Clínico de Carcinoma del cuello uterino grado II y los siguientes exámenes de laboratorio: Coprológico: Ascaris: + Tricocéfalos: + — Serología: Negativa - Hemograma: Normal, Eritrosedimentación: 1ª hora =; 24 2ª hora: 54. Leucograma: Normal; químico de orina: Normal. Estudio radiológico de estómago y duodeno: Normales.

El examen ginecológico nos suministró los datos siguientes:

Genitales externos: Pequeñas lesiones papulares en los grandes labios.

Genitales internos: Cuello, cuerpo uterino y anexos: Normales; vagina muy estrecha.

Especulum: Abundante flujo grumoso, y pequeñas úlceras a nivel de las paredes vaginales y del exocervix; como estudio preliminar, y en la creencia de que se trataba de un carcinoma, procedimos a la toma del flujo y su tinción según el método de Papanicolau; quedando sorprendidos por la presencia de numerosos parásitos ciliados (Fig. 1) de diversas dimensiones, globulosas, con macronúcleo reniforme, con restos de glóbulos rojos en su interior y vacuolas protoplasmáticas y una hendidura oblicua bordeada de cilias vibrátiles, abundantes glóbulos rojos, leucocitos, células vaginales de las capas intermedias (Fig. 2) y células endometriales (Fig. 3).

En vista de lo anterior, verificamos un examen del flujo genital en fresco, comprobando la presencia de numerosos *Balantidium Coli*, unos con sus vivos movimientos de traslación y rotación, a veces de los dos, otros móviles y algunos otros completamente inmóviles; también se observaron posibles formas quísticas nadando en un medio francamente purulento con abundantes células de las capas basales de la vagina, prueba clara de la "Colpitis Aguda" que estaba produciendo el parásito en esta paciente.

Como pensamos que la enferma pudiera tener una fístula recto vaginal, en vista de lo anotado, se le envió al servicio de Proctología, de donde recibimos el siguiente informe: Rectosigmoide: Normal; tacto rectal: Normal; Visualización Normal.

Por consiguiente se descartó la posible comunicación recto genital y por lo demás los exámenes coprológicos fueron en dos ocasiones negativos para *Balantidium Coli*.

Anotaciones y conclusiones

No creemos que el *Balantidium* en el caso descrito se hubiera presentado como simple huésped inofensivo; considerando su abundancia, motilidad, la presencia de abundante exudado sero-purulento hemorrágico, suponemos que desempeñaba un verdadero papel irritante, inflamatorio con formación de pequeñas úlceras de las paredes vaginales, una verdadera "Colpitis Aguda". Además presumimos que la infección se hizo por vía ascendente, genital, y no de otra manera, puesto que las vías digestivas estaban libres, y la enferma curó con tratamiento local solamente, hecho a base de lavados vaginales antisépticos.

Síntesis

Se presenta un caso único descrito en la literatura médica de "Balantidiasis vaginal".

Se hace un ligero resumen de las más frecuentes localizaciones observadas por el *Balantidium Coli*, un esquema de su ciclo evolutivo, (6) (Fig. 4) y la descripción detallada del parásito observado por nosotros en la vagina de una mujer de 62 años que no nos deja duda alguna del papel patógeno desempeñado como agente productor de Colpitis inflamatoria.

Zusammenfassung

Es bietet sich ein einziger fall dar, welcher in der Arztliteratur der "Scheiden balantidiasis" Beschrieben ist.

Man macht eine kurze Zusammenfassung der häufigstem Stellen, welche von *Balantidium Coli*, beobachtet wurden, ein Schema seines Entwicklungszyklus, und die genau Beschreibung des Parasiten welche, von uns in der Scheide einer Zweiundsechzigjährigen Frau beobachtet wurde; solcher lässt uns keinen Zweifel an der pathogenen Rolle die er als Haupterreger der entzündlichen Colpitis spielt.

Summary

The author present the ony case known up to the present of "vaginal Balantidiasis", a light description of its most frequent localizations observed, the squema of this parasite's evolutionary cycle,

and the detailed description of the parasite observed by us in the vagina of a woman 62 years old.

These observations leave no doubt of its pathologic action as an agent of inflammatory colpitis.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Clinical Parasitology:— Crayg and Faust- 1951 — Pág. 274.
- (2) Arturo Jaspa: Boletín de informaciones Parasitarias Chilenas - 1950 Nº 1.
- (3) P. Remlingen: La Presse Medicale. Nbre. 1938.
- (4) Correa Henao: Boletín Clínico. Univ. de Antioquia — Mayo 1947.
- (5) Brumpt: Précis de Parasitologie — 1949. Pag. 565.
- (6) L. Lanyet- Mlle H. Roux: Bulletin de la Societé de Pathologie exotique. Julio 1950 Pág. 422.

RESUMEN DE CONJUNTO

AVANCES EN OPTOMETRIA

DR. JORGE VASCO POSADA

La Oftalmología comprende hoy cuatro grandes ramas, las cuales han alcanzado un maduro desarrollo. Son ellas: la Oftalmología pura, la Neuro-Oftalmología, la Optometría y la Ortóptica. De todas ellas ha de tener el Oftalmólogo, conocimientos profundos, para poder trabajar con eficiencia en tan delicada especialidad.

Hacer un estudio detallado de los avances en Optometría en los últimos años, sería cosa de un libro. Comentaré solo algunos puntos que han llegado a ser de rutina en el examen de la función visual.

De la Optometría, que se preocupaba por aplicar lentes, para corregir agudezas visuales, lejanas y cercanas, o de transformar amétropes artificiales, nos ha quedado solo esa gran experiencia. Pero la optometría moderna, funcional y dinámica, ha avanzado hacia la optometría preventiva y hacia el vasto campo del tratamiento con fines al aumento de la capacidad visual, ante las múltiples demandas que la vida moderna exige al sentido de la vista.

Un ejemplo nos ilustrará: un paciente iba donde el especialista a consultar por un problema local o general, que pudiese ser cau-

sado por una alteración de la Refracción. Se estudiaba su agudeza visual, si era deficiente, se formulaban lentes para ponerla en el promedio de normalidad. Si la retinoscopia estática era normal, y no existía heteroforia o tropia para lejos, el caso se consideraba estudiado desde el punto de vista Refracción. Pues basta decir, que a ese paciente poco se le había hecho, desde el punto de vista, estudio funcional de su mecanismo visual.

El estudio, la experiencia, las estadísticas, revelaron poco a poco, que muchos problemas visuales, estaban ligados a otras fallas, menos estudiadas, en los mecanismos de la visión, y que una vez comprendidas y tratadas apropiadamente, provocaron la desaparición de las molestias y permitieron a gran número de inútiles visuales volver a sus ocupaciones.

El especialista llegó a estar capacitado, para hacer un análisis binocular lejano y cercano de las funciones visuales, y diagnosticar acertadamente la clase y extensión del defecto y su tratamiento.

Citemos, siquiera, uno de los problemas, que a diario encuentra el que se dedica a estas labores: el cansancio para el trabajo de cerca. Es el paciente que no puede leer más que un rato, y luego hacen en él, su aparición, el cortejo de síntomas astenópicos por todos conocidos. La agudeza visual y la retinoscopia estática pueden estar dentro de límites normales; el subjetivo para lejos no indicar tolerancia para lentes. La heteroforia para lejos estar dentro de los promedios admitidos. A veces, erróneamente se clasifica a muchos de estos pacientes, entre los desadaptados psíquicos, y es posible que en algunos casos, tal diagnóstico pueda defenderse, pero no sin antes haber realizado un análisis completo de los mecanismos visuales.

Causas generales de distinta naturaleza, pueden desde luego multiplicar sus malos efectos para la visión cercana. Es el enfermo al cual se le hace un diagnóstico de fatiga visual, física o mental. La mala adaptación y la falta de entrenamiento para el trabajo cercano y las condiciones de higiene visual en que se realiza, deben desde luego considerarse.

Aquí puede comentarse el caso, también, de muchos escolares que no rinden en sus estudios, debido a causas visuales. Lo mismo puede decirse de obreros y profesionales. Una persona se cansa para un determinado trabajo y deduce que no está capacitada para él, cuando muchas veces son sus ojos los que no le permiten realizarlo.

Los padres preguntan el porqué de tantos trastornos visuales en los niños de hoy. La respuesta puede darla en parte la civilización, que exige cada vez más, un desarrollo precoz de los mecanismos de

la visión y una adaptación para toda clase de trabajos y circunstancias.

Como enfoca la Optometría funcional esos casos?.

El examen de hoy, se dirige hacia tres fines: 1 — encontrar las cifras apropiadas de los poderes de las lentes para lejos y cerca; 2 — averiguar, cuando, un caso, puede ser tratado con lentes, con entrenamiento visual y lentes, o con entrenamiento solamente; 3 — estudiar las relaciones entre Acomodación y Convergencia, los cambios producidos en ellas con las lentes o con el entrenamiento y comparar los resultados obtenidos en relación con la mejoría subjetiva del paciente.

Es conveniente recordar que la cicloplegia, salvo importantes indicaciones, no es aconsejable para el estudio funcional de la visión. Un ojo en esas condiciones, es un órgano estático, cómo sería una cámara fotográfica acomodada a cierto foco y tal estado no puede tomarse como base al estudiar la visión desde el punto de vista que nos ocupa.

El concepto de emetropía establecido por Donders, y que ha servido de guía al optómetra, como base en la corrección de los estados que se apartan de él o ameropías, ha quedado clasificado como un signo, que agregado y comparado con otros, puede tener más o menos importancia.

May lo define: "cuando los rayos paralelos se enfocan exactamente sobre la retina, en un ojo en estado de reposo, se dice entonces que la refracción del ojo es normal o emetrópica y el estado se conoce con el nombre de emetropía". Alfred Cowan, anota: "cuando la retina se encuentra en el plano del foco principal posterior del sistema dióptrico del ojo estático, el estado resultante, se llama emetropía". Y luego emite un concepto de mucho interés: "El término emetropía no tiene el mismo significado que el de "ojo normal", o de ojo conformado normalmente. Un ojo puede ser anormal en conformación y ser emétrope. "Idea ésta, que también cita C. Berens en su obra de Oftalmología. James Thorington la define: "un ojo conformado de tal manera que los rayos paralelos de luz, caen a un foco sobre la retina sin ningún esfuerzo de acomodación". F. C. Mason: "Una conformación ocular en la cual con la acomodación inactiva, el punto focal secundario de su sistema óptico, se coloca de manera que coincide con la fovea". Duke — Elder: "en el ojo fisiológicamente normal, los rayos paralelos convergen sobre la retina para formar un círculo de mínima difusión; cuando estas condiciones ópticas se encuentran en un ojo en estado de reposo, el estado resultante se llama emetropía".

Un sinnúmero de definiciones, más o menos parecidas podrían citarse, pero en casi todas el ojo es considerado muy estáticamente, y el estado de emetropía es un estado variable, que no indica, de manera absoluta, normalidad en los mecanismos de la función visual. Por el contrario, muchos de esos ojos, que por definición son emétopes, son los que más frecuentemente presentan problemas visuales.

Aquí hacen su aparición, nuevos conceptos sobre el estado de funcionamiento normal de el sistema visual. El siguiente parecería contradictorio: "la emetropía y la ortoforia, en vez de ser condiciones les y que se encuentran frecuentemente en los individuos con dificultades para la lectura". (Leo Manas).

Desde el punto de vista optometría funcional, el ojo debe tener, entre otras condiciones, para poder ser considerado normal: una hipermetropía (hasta de más 0,75) y exoforia a la distancia. Ese sería un ideal para la visión lejana, pero para la próxima mejor sería un ojo ligeramente miope y con buenas reservas y relaciones entre los mecanismos de acomodación y convergencia. El miope sería pues fisiológicamente normal para cerca, pero "miope" de verdad para lejos.

Debe recordarse aquí, que la emetropía es un punto de paso entre la hipermetropía (con la cual casi todos nacemos) y la miopía, y que la cima de la curva que puede dibujarse, es una zona, que estadística y experimentalmente corresponde a la hipermetropía moderada. Además el concepto de emetropía, que permite al individuo una agudeza visual dentro de el promedio normal, sin necesidad de lentes cóncavas y sin tolerar positivas, debe ir acompañado, de normalidad en los demás mecanismos, para poder completar el estado de funcionamiento fisiológico visual normal.

La curva estadística, de los defectos de enfoque, relacionados con el eje anteroposterior, y en relación con el concepto de emetropía, es comparable a la curva de las tensiones normales arteriales, y además representa para el Oftalmólogo, lo que la presión representa para el Cardiólogo; un signo. La cifra tensional normal, no significa que el mecanismo circulatorio esté perfecto. La emetropía tampoco habla de perfección en el mecanismo funcional visual.

La emetropía, punto hacia el cual se dirige especialmente el diagnóstico y tratamiento optométrico, ha quedado definitivamente valorada como un signo, de más o menos peso en el estudio de la visión.

Qué se necesita entonces para poder decir, que la visión es normal?. La respuesta podría ser: todos los mecanismos deben estar den-

tro de los promedios de normalidad establecidos, y de acuerdo con las condiciones y clase de trabajo exigidos.

Y cuales son esos mecanismos y la manera de estudiarlos?. Citemos solo la lista de los puntos principales, que se incluyen hoy en un análisis visual completo, con la numeración que los Congresos de Optometría, les han dado y que conservan desde luego en los cuadros de análisis.

- 1 — Oftalmoscopia.
- 2 — Queratometría.
- 3 — Foria habitual para lejos.
- 4 — Retinoscopia estática.
- 5 — Retinoscopia dinámica a 20 pulgadas.
- 6 — Retinoscopia dinámica a 40 pulgadas.
- 7 — Subjetivo para lejos.
- 8 — Foria inducida para lejos.
- 9 — Verdadera aducción para lejos.
- 10 — Convergencia para lejos.
- 11 — Abducción para lejos.
- 12 — Forias verticales y ducciones para lejos.
- 13 — A Foria habitual para cerca.
- 13 — B Foria inducida para cerca.
- 14 — A Cilindro cruzado disociado.
- 14 — B Cilindro cruzado fusionado.
- 15 — A Foria inducida a través del cilindro cruzado.
- 15 — B Foria inducida a través del cilindro cruzado.
- 16 — A Convergencia relativa positiva.
- 16 — B Reserva fusional positiva (16 pulgadas)
- 17 — A Convergencia relativa negativa.
- 17 — B Reserva fusional negativa.
- 18 — Forias verticales y ducciones para cerca.
- 19 — Amplitud de Acomodación.
- 20 — Acomodación relativa positiva.
- 21 — Acomodación relativa negativa.

Tomados estos datos, ordenados, comparados con los promedios de normalidad, puede definirse acertadamente, la clase de defecto o alteración en los mecanismos visuales, y deducir la apropiada corrección y tratamiento. La observación de las variaciones obtenidas a lo largo de este último, y la tolerancia y mejoría por parte del paciente, son de gran interés para el especialista.

La optometría ha permitido la corrección apropiada de los defectos comunes de refracción; de la visión subnormal; ha trazado las normas para el tratamiento de las dificultades en la lectura. Los defectos en los mecanismos de la visión binocular, los problemas relacionados con las heteroforias y las reservas fusionales, han tenido soluciones apropiadas. En fin, tantos campos en que puede favorecerse a un enfermo visual, han sido explorados y la búsqueda de nuevas soluciones no cesa.

Los discutidos conceptos, de la corrección total, de la hipercorrección o de la hipocorrección del hipermetrope; o los de la hipocorrección o corrección total del miope, han quedado resueltos con el análisis completo de cada caso. Esas reglas generales han desaparecido. Correcciones para lejos y cerca, de acuerdo con todos los mecanismos de la función visual, y de acuerdo con las necesidades de cada caso, son las que la optometría funcional brinda hoy al enfermo.

La identificación del ojo dominante, por cualquiera de las pruebas conocidas (la de el anillo, la del oftalmoscopio, la muscular, etc.), ha precisado las correcciones, especialmente en los casos de efectos en el balance muscular.

La aplicación de correcciones prismáticas, también ha quedado incluida en los resultados del análisis. El método de Bennet y Thompson (1951) para el equilibrio de la corrección prismática, en las heteroforias verticales, y de acuerdo con las amplitudes fusionales horizontales, donde el poder del prisma a formular, permita la mayor amplitud, y que esté además de acuerdo con los demás requisitos exigidos, es otro avance en la optometría funcional.

Muchos niños perezosos, han recobrado su actividad normal, al desarrollarles su capacidad visual. Todo escolar debería pasar por un examen visual más o menos completo, al ingresar al estudio. En las regiones apartadas y con pocos recursos, siquiera una agudeza visual aproximada, nunca debiera omitirse. En los centros más dotados el examen debe comprender: examen externo, oftalmoscopia, agudeza visual lejana y para el punto próximo, existencia de visión binocular y grado aproximado. Si los datos anteriores hacen sospechar alguna alteración, el niño debe ser enviado al Oftalmólogo.

Yo creo, que ciertos profesionales y obreros, necesitan, no el sencillo certificado que se dá comúnmente, sino un análisis más completo, algo parecido al que se les hace a los pilotos, y que permite formarse un criterio más amplio, de la capacidad visual de un individuo. El examen debe incluir, desde luego, la perimetría y el resto del

estudio oftalmológico, del cual, adrede, no he hecho mención en estas líneas.

En fin, la optometría funcional, ha llevado alivio a muchos pacientes; ha capacitado ojos inútiles, convirtiéndolos en instrumentos apropiados de trabajo; ha descubierto la causa de muchas molestias generales, de las cuales la función visual alterada, que hace parte de todas las demás funciones del organismo, era la causa. La optometría marcha paralela con el desarrollo de la civilización, y donde ésta le exige un esfuerzo, allí está ella estudiando la solución. La optometría ha llegado a ser una ciencia y un arte: la ciencia que descubre la función normal y la alterada, y el arte de mantenerla, capacitarla y tratarla una vez trastornada.

Detengamos aquí el recuento de estos avances optométricos y agradezcamos la amabilidad de los lectores, invitándoles a emitir sus ideas, sobre temas, que por amplios, enumerarlos solo, es ya causa de error.

BIBLIOGRAFIA.

- May Ch.** - Enfermedades de los Ojos. Salvat, 1948
Duke-Elder S. - The Practice of Refraction. Fifth Edition. The C. V. Mosby Company, 1949.
Scobee R. - The Oculotary Muscles. Second Edition. The C. V. Mosby Company.
Cowan A. - Refraction of the Eye. Second Edition. Lea & Febiger, 1945.
Tait, E F - Textbook of Refraction. W. B. Saunders Company, 1951.
Manas, Leo. - Visual Analysis Handbook. The Professional Press. 1952.

ACCIONES FISIOLÓGICAS DEL FRÍO

By Alrick B. Hertzman. - Department of Physiology, St. Louis University School of Medicine, St. Louis, Mo.

ANNUAL REVIEW OF PHYSIOLOGY. - Vol. 17: 89-97. 1955.

PARTE PRIMERA. — Las acciones fisiológicas del frío, tienen hoy un amplio margen de aplicación en la cirugía.

Con el frío se persigue la disminución de la temperatura del cuerpo, y la rata metabólica general. Para estudiar estas acciones se han usado los siguientes métodos: inmersión, baños con sistemas de circulación de líquidos, el aire frío, etc., etc.

Algunos animales de experimentación sufrieron preanestesia a base de morfina, atropina, pentobarbital, largactil, etc., etc. Se comprobó que el nivel letal de la hipotermia es influenciados por los siguientes factores: especie animal, premedicación, anestesia, catéteres intracardíacos, ventilación respiratoria, perfusión de las arterias cerebrales y coronarias.

Las complicaciones más importantes fueron debidas a arritmias cardíacas, trastornos ventilatorios y trastornos de isquemia tisular. Se comprobó que las causas más comunes de arritmia cardíaca eran: **la hipoxia miocárdica** que lleva a la fibrilación, esta se evitaba manteniendo una perfusión de las arterias coronarias; **los catéteres intraventriculares** que pueden llegar a producir un ritmo idioventricular; también aparecen arritmias por **la acción local del frío** sobre la pared miocárdica en una área de un 1c de superficie. Las complicaciones ventilatorias se evitan con respiración artificial, con lo que se consigue una mejor oxigenación de la sangre, lo que asociado a la disminución de los requerimientos metabólicos por el frío, evitan la isquemia tisular.

El recalentamiento fue hecho poniendo los animales en baños a temperaturas de 45c, de esta manera se obtuvo buenos resultados en la recuperación del pulso, la respiración, la presión, etc., etc.

Un amplio margen de acción se abre a la cirugía cardio-vascular, respiratoria y del S. N. C. poniendo en práctica las acciones fisiológicas del frío.

BIBLIOGRAFIA.

Bigelow, W. G. y Col. - Can. Dept. Resources and Develop. Mimeographed. Rept. 51 (Ottawa. Canadá. Feb. 1952).

- Bigelow, W. G. y Col. - Ann. Surg. 137: 361-66. (1953).
Hegnauer, A. H. y Col. - Am. J. Physiol. 167: 69-75. (1951).
Adolph, E. F. y Col. - Am. J. Physiol. 166: 75-91. (1951).
Adolph, E. F. y Col. - Am. J. Physiol. 166: 62-74. (1951).
Juvenelle, A. A. y col. - Am. Heart. J. 47: 692-736. (1954).

EXTRACTOS Y TRODUCCIONES

RELACION ENTRE EL A.C.T.H. Y LA CORTISONA CON LAS INFECCIONES

Max M. Montgomery, M.D. - F.A.C.P. - Thomas G. Benedek M.D.
Robert M. Poske, M.D.
The Medical Clinics of North America. - Chicago Number. January
1955.

El A.C.T.H. y la Cortisona se utilizan en algunas enfermedades de componente inflamatorio como la fiebre reumática, el pénfigo, el lupus eritematoso y la fiebre reumatoidea con resultados terapéuticos efectivos. Esta circunstancia ha hecho pensar a algunos en el beneficio que podría significar para los enfermos con otras infecciones el tratamiento con estas drogas. El efecto benéfico del A.C.T.H. y la Cortisona en las infecciones anotadas principalmente parece que se basa en su actividad anti-inflamatoria.

En la mayoría de las enfermedades infecciosas el enfermo obtiene una mejoría subjetiva durante la medicación con A.C.T.H. o Cortisona pero existe en realidad progreso de la enfermedad durante y después del tratamiento. Casi siempre la mejoría consiste en efectos inespecíficos como la caída de la temperatura, el alivio de las náuseas, y vómitos y la desaparición de la anorexia. Así resulta que durante un tratamiento largo a base de estas drogas puede presentarse una infección intercurrente enmascarada por la medicación, y por esto el médico que somete al enfermo a este tipo de medicación debe estar más atento al cuadro clínico.

El efecto de estas drogas como desintoxicante tiene relación con el poder compensatorio de las funciones suprarrenales disminuídas en algunos casos; con el estímulo general en otros; y en los demás con el poder antipirético de las mismas. De tal modo que muchas infecciones sólo se manifiestan al disminuir la dosis de la droga.

Cuando una infección llega a ser diagnosticada en un enfermo sometido a tratamiento con Cortisona o A.C.T.H. la dosis de estas drogas no deben disminuirse, antes por el contrario habrá necesidad en algunos casos de aumentarla; nunca suprimirla. Cuando el proceso no es grave, puede disminuirse la dosis pero siempre observando el enfermo por si es necesario aumentarla.

A pesar de estas consideraciones, aún no se ha establecido una conducta definitiva en el problema de estas drogas y las infecciones. Parece que algunos aprovechan su poder desintoxicante en algunos procesos rebeldes a los tratamientos específicos. En estos casos se ha encontrado que favorecen la curación disminuyendo el período de enfermedad. Esta práctica es aconsejada por algunos en los enfermos en los cuales las condiciones deficientes del organismo hacen que el efecto de los antibióticos sea tardío.

Actualmente las aconsejan en las hepatitis rebeldes e hipertóxicas, en las meningocoxemias, triquinosis, riquetsiosis, bruselosis aguda y en la fiebre tifoidea.

No obstante, parece que las observaciones no se han hecho en un número de casos suficientes, por lo cual las comprobaciones no son completas y por lo tanto no puede sentarse doctrina absoluta respecto a la ayuda que pueden prestar este tipo de drogas en el tratamiento de las infecciones.

A. R. C.

THE CLINICAL ASPECTS OF IMMUNOLOGICAL HEMOLITIC ANEMIA

William H. Crosby.
Le Sang XXVI, I (3-6), 1955.

Es la observación clínica de 65 casos de anemia hemolítica adquirida, recopilados del Walter Reed Army Medical Center. De los cuales concluye lo indispensable para su diagnóstico: A) evidencia de enfermedad hemolítica: producción exagerada de hemoglobina y de pigmentos biliares y acortamiento de la vida del eritrocito (normal: 120 días). B) evidencia de proceso autoinmune: 1) auto-aglutinación intravascular o in vitro; 2) panaglutininas; 3) eritrofagocitosis aumentada; 4) prueba de Coombs: positiva. En cuanto a su etiología la subdivide en tres: 1) desconocida, 60%; 2) relacionadas a procesos infecciosos virales como hepatitis, neumonía; mononucleosis infecciosa u

otros procesos como embarazo, artritis reumatoidea, sarcoidosis, y 3) las que acompañan a los linfomas.

Hace notar su incidencia mayor en mujeres jóvenes, el aumento de las crisis hemolíticas en invierno y su relación a afecciones infecciosas respiratoria altas; recalca además, el asocio de fiebre, leucopenia y trombocitopenia. En cuanto a la causa de la muerte: lo principal fue la anemia en las crisis, mas, no desprecia el proceso tromboembólico comprobado en las autopsias. Su terapéutica fuera de lo paliativo, recuerda la splenectomía, cortisona y A.C.T.H., transfusiones con el inconveniente de sus reacciones debido a las panaglutininas y aglutininas frías. Sugiere como posible ayuda, en las crisis hemolíticas, la dicumarización, por último, hace mención de su mal pronóstico.

A. R. M.

STOFFWECHSELPRODUKTE AUS MIKROORGANISMEN (Antibiotika) ALS ANTINEOPLASTISCHE WIRKSTOFFE

Von Chr. Hackmann.

Dtsch. med. Wschr. 80 (1955) s. 812.

El autor revisa los experimentos hechos hasta el momento con microorganismos y productos biológicos, tendientes a estudiar su acción terapéutica anticancerosa y analiza luego los resultados obtenidos con la Actinomicina C (Sanamicyn), en este sentido.

Es este un antibiótico extraído de cultivos de hongos del género *Streptomyces* el cual, en los animales de experimentación, produce una atrofia marcada del bazo y del sistema linfático; mientras los órganos genitales y hematopoyéticos apenas son influenciados, lo cual lo coloca en ventaja sobre los sitostáticos conocidos.

Se está utilizando la Actinomicina C en el tratamiento de las linfogranulomatosis y otras neoplasias con resultados muy halagadores.

Su acción terapéutica se evidencia por fibrosis del tejido linfogranulomatoso.

Se refiere luego el autor a los resultados logrados con esta droga por algunos investigadores.

G. Schulte obtuvo la regresión de metástasis supraclaviculares de un carcinoma broncogénico; la desaparición de grandes tumoraciones de una adenosis aleucémica y el mejoramiento de otra. A. Ravi-

na y M. Pestel encontraron acción terapéutica sobre las neoplasias del sistema reticuloendotelial y lograron además, con la aplicación local de esta droga, la desaparición de derrames pleurales y ascíticos de origen canceroso. H. Schmidt y H. Wartin vieron la desaparición, tras un tratamiento de nueve meses, de grandes metástasis pulmonares de un hipernefroma. Ritter informa sobre el mejoramiento de un carcinoma del recto y la disminución temporal del tamaño de las metástasis de un carcinoma del estómago.

Cita luego autores cuyas experiencias con esta droga han sido negativas y termina haciendo mención de dos nuevos antibióticos, la Azaserina y la Sarcomycina, de los cuales parece poderse esperar mucho en lo referente a la terapéutica médica del cáncer.

J. E. R.

EISENMANGEL UND FETTRESORPTION

Zur Störung der Fettresorption nach Magenresektionen

M. Courmoulis, E. Gisinger y A. Neumayr

Dtsch. med. Wschr. 80 (1955) s. 810.

La defectuosa absorción de las grasas después de las gastrectomías según Billroth II, es un hecho conocido y atribuido hasta hoy, exclusivamente, al tránsito intestinal acelerado; a la falta de estímulo humoral para la secreción pancreática y a la yeyunitis, consecutivas a dicha intervención.

Se examinaron 26 pacientes gastrectomizados (Billroth II) estudiando en ellos el hierro del suero; la capacidad de saturación para el hierro de este, el porcentaje de absorción de las grasas y el estado de la mucosa yeyunal. Estos pacientes presentaban pruebas hepáticas y pancreáticas normales.

Según los resultados se dividieron en tres grupos: un primer grupo sin sideropenia ni anemia; un segundo grupo con sideropenia y con anemia y un tercer grupo con anemia sin sideropenia. El primer grupo mostraba un porcentaje de absorción de las grasas ligeramente disminuído; el segundo grupo lo mostraba francamente disminuído mientras el tercer grupo daba cifras intermedias.

Los pacientes con sideropenia respondieron al tratamiento con hierro mejorando la absorción de las grasas y en algunos casos normalizándola.

La sideropenia influye por muchas razones en la mala absorción de las grasas. Por una parte está trastornada su emulsificación debido a disminución de la biles consecuencial a la menor destrucción de eritrocitos; por otra parte las enzimas celulares en cuya composición entra el hierro (Citocromo, catalasas, peroxidadas, etc.) están disminuídas y por último si se llega a una anemia, entonces, la oxigenación de las vellosidades intestinales está perturbada.

Es sabido que el organismo ante una falta de hierro tiende a mantener normales los valores de Hb. rebajando primero el hierro funcional de las células.

La terapéutica con hierro en los pacientes gastrectomizados mejora, pues, enormemente, la absorción de las grasas y ayuda así a mantener su buen estado general evitando por lo demás, la aparición en ellos de anemias hipoférricas.

J. E. R.

THE RESPONSE OF VARIOUS TÍPES OF CARCINOMA OF BRONCOGENIC TO NITROGEN MUSTARD

By Bennett Levine and Austin S Weisberger M.D. Cleveland Ohio.
Annals of Internal Medicin Volúmen 42 N° 5 May 1955.

Los autores emplearon en treinta y dos pacientes la mostaza nitrogenada para tratar de valorar la respuesta a esta droga de los diferentes tipos anatomopatológicos de los tumores broncogénicos del pulmón, entre los cuales había adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas, carcinomas indiferenciados y carcinomas de pequeñas células. Estos carcinomas fueron diagnosticados por biopsia, autopsia, por Papanicolau obtenido por extensión del esputo o de lavado bronquial. La respuesta a la terapia se ponía de presente por la disminución del tumor a los rayos X y por signos físicos de mejoría, como disminución del dolor, de la anorexia, recuperación de peso, desaparición o disminución de la tos.

Los mejores resultados se obtuvieron en el carcinoma de pequeñas células de los cuales había diez de la serie de los treinta y dos

conque se realizó esta investigación. Además de la mejoría anotada arriba, en los casos en que había signos subjetivos y radiológicos de compresión mediastinal se obtuvo la mejoría clínica y la disminución de los signos a la radiografía.

Modificaciones similares fueron notadas en otras clases de tumores pero no en forma tan constante ni igual grado: se obtuvieron más fracasos que éxitos.

Se ha tratado de explicar la acción hasta cierto punto selectiva de la mostaza nitrogenada sobre el carcinoma de pequeñas células por el posible parentesco con el linfosarcoma, sobre el cual es bien conocido el efecto terapéutico, de esta droga, basados en su semejanza anatomopatológica; pero actualmente existe más tendencia a considerar estos dos tumores como completamente diferentes y más en su génesis. Hay quienes entre los anatomopatólogos que incluyen el carcinoma de pequeñas células dentro del tipo de carcinomas indiferenciados, debido a lo cual los autores del artículo que extractamos explican los buenos resultados obtenidos por otros investigadores con la droga en mención, en esta última clase de tumores.

Roswit y Kaplan dan las siguientes indicaciones para el tratamiento del carcinoma broncogénico: 1º Radio-resistencia 2º Enfermedad grave por irradiación 3º síntomas sistémicos intratables 4º compresión aguda mediastinal 5º metastasis múltiples.

La dosis empleada con esta droga fluctuó entre 0.4 y 1.5 miligramos por kilo de peso por cura, sin que se hubiera notado fenómenos tóxicos. Para disminuir el efecto nocivo de esta droga sobre la serie blanca medular se empleó la cisteína, con muy buenos resultados.

A. O. M.

NUEVO TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA INESPECIFICA

Tomado de la Revista Médica Cubana - N° LXVI de abril de 1955.

Por el Dr. Juan de Dulacska pág. Nro. 257.

Los tratamientos sintomáticos hechos para la Colitis ulcerosa inespecífica han consistido en:

- 1) Disminución de la hipoalbuminemia causada por la diarrea.
- 2) Disminución de la pérdida notable de líquidos.
- 3) Disminución de la anemia e hipovitaminosis.
- 4) Disminución de las infecciones intestinales secundarias.
- 5) Disminución del tenesmo intestinal.
- 6) Sedar al enfermo.

Se ha intentado el tratamiento adecuado de la colitis ulcerosa inespecífica, con tres tipos de drogas:

a) Sulfas no absorbibles, no dan resultados durables ni curación, solo mejora la infección intestinal secundaria y disminuye el número de deposiciones, no tiene acción específica sobre la afección intestinal.

b) Antibióticos que actúan como las sulfas y además modifican la flora bacteriana intestinal pudiendo llevar a hipovitaminosis K y del complejo B.

c) ACTH y Cortisona: es lo que ha dado mejor resultado pero tiene las desventajas del desequilibrio electrolítico, hipertensión arterial, hirsutismo, trastornos gástricos: acidosis, úlceras agudas y perforaciones, además interfiere la formación de fibroblastos y epitelialización necesaria para la cicatrización.

En vista de los resultados anteriores y buscando algo mejor, se llegó a la vaguectomía con la cual se han obtenido, en la colitis ulcerosa y sus relaciones anatomo-fisiológicas, muy buenos resultados. Esta fue la base para el uso de sustancias vagolíticas en el tratamiento de la colitis ulcerosa hemorrágica.

Se eligió el Bromuro de Metantelina (Banthine).

Fueron tratados 14 casos usando solo el Banthine y dieta de fácil digestión. En dos casos agudos se dio alimentación por sonda duodenal. El tratamiento se hizo así: 3 pastillas por día durante 15 días, luego se administró 3 medias pastillas durante 2 meses.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los síntomas

que mejoraron desde los primeros días de tratamiento fueron el tenesmo y la fiebre; disminuyó el número de deposiciones, desapareciendo la sangre y disminuyendo el pus y moco de la misma; la diarrea desaparece dentro de las 3 primeras semanas; SE OBSERVA MEJORIA DEL CUADRO HEMATICO AUMENTANDO LA HEMOGLOBINA SIN NINGUN OTRO TRATAMIENTO. Y el enfermo gana de peso.

En resumen, se puede afirmar que al emplear este método, los casos agudos y crónicos llegaron a un estado de remisión. Hubo 4 casos crónicos con lesiones anatómicas graves e irreversibles que obtuvieron leve mejoría y solo la intervención quirúrgica puede mejorarlos.

C. A. R. P.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

BOLETIN No. 8

En el salón de la Academia de Medicina de Medellín, en la Facultad de Medicina, el día 8 de junio de 1955 a las 6 p.m. se reunió la Corporación bajo la presidencia del Dr. Rafael J. Mejía con la asistencia de los siguientes Académicos: Arango Oriol, Barrientos Marcos, Cardona Pedro Nel, Gómez Arango Alberto, Guzmán Miguel, Isaza M. Gustavo, Medina Edmundo, Mejía C. Alfonso, Mejía Rafael J., Montoya Luis Carlos, Múnera P. Miguel, Osorio Isaza Antonio, Ospina Antonio J., Piedrahita Agustín, Quevedo Tomás, Rodríguez Elkin, Sierra Darío Bustamante Z. Ernesto, Calle U. Gustavo, Mesa Darío, Latorre Guillermo. También estuvieron presentes los médicos que recibieron el curso de Información Médica.

Abierta la sesión se aprobó el acta de la sesión anterior y la Presidencia nombró a los Drs. Correa Henao, Elkin Rodríguez y Benjamín Mejía para organizar las festividades del aniversario de la Academia.

Fueron aprobadas las siguientes proposiciones:

“La Academia de Medicina de Medellín registra con profundo pesar el reciente fallecimiento ocurrido en la ciudad de Buenos Aires

(Argentina del Miembro Honorario de la Corporación, Profesor Carlos R. Cirio, Médico distinguido, cirujano de gran valor e investigador en el ramo de su especialidad que fue la ginecología. En nota de estilo se hará llegar a sus familiares y a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires la presente Proposición”.

“La Academia de Medicina de Medellín, felicita al Dr. Diego Garcés Giraldo, Gobernador del Valle, por las medidas adoptadas en ese Departamento con respecto al consumo del alcohol; y vería muy complacida que estas disposiciones fueran implantadas en las demás secciones del país. Sólo así podremos vigorizar al hombre colombiano y echar las bases para el engrandecimiento nacional. Comuníquese esta Resolución al Sr. Presidente de la República, al Ministerio de Higiene, al Sr. Gobernador del Valle y a los demás gobernadores del país, a la Federación Médica Colombiana y a la prensa”.

“La Academia de Medicina de Medellín saluda al Dr. Oriol Arango Secretario titular de la Corporación, a su regreso de los Estados Unidos y lo felicita por su brillante actuación en el V Congreso Internacional de Radiología celebrado recientemente en Washington.

Así mismo agradece al Dr. Tomás Quevedo el desempeño de la secretaría mientras estuvo ausente el Académico Arango. El Dr. Quevedo estuvo siempre a la altura de los intereses y fueros de esta Corporación”.

Se leyeron algunas comunicaciones entre ellas una del Secretario del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia en que acusa recibo de la copia del acta de la sesión del 27 de abril y de la Sociedad Antioqueña de Urología en que anuncia su fundación.

A continuación el Dr. Rafael J. Mejía abre la discusión sobre: “Conceptos actuales sobre la recuperación social de los tuberculosos inactivos”, dice que la Academia recibe con satisfacción a los profesionales que asisten a la Semana Médica y cuya presencia aprestigia la sesión, afirma que su deseo es que esta discusión sea la iniciación de una campaña en favor de los tuberculosos inactivos para reincorporarlos al trabajo y a la sociedad. En seguida solicita al Dr. Emilio Bojanini informe en qué condiciones anatomopatológicas se encuentra el tuberculoso inactivo. El Dr. Bojanini dice que hay que considerar los distintos tipos. En la primo-infección hay histológicamente una parte central de necrosis y en la periferia tubérculos, la falta de éstos indica pocas defensas. Todos éstos regresan totalmente y sólo quedan caseum, de por vida, el cual el organismo lo aísla por fibrosis y lo calcifica totalmente hasta llegar a la formación de hueso. Anatomopatológicamente se mide la inactividad por la desaparición

ción de las células epiteliales y por la calcificación. Cuando la caverna está comunicada con el bronquio el proceso es el mismo pero el caseum sale al exterior. Con los tratamientos aparece tejido fibroso en la periferia de la caverna. En el folículo seco no hay necrosis de calcificación. En el húmedo éste permanece como un nódulo calcificado.

El Dr. Luis Carlos Yepes pregunta cuánto tiempo dura cada una de estas etapas a lo cual el Dr. Bojanini responde que ellas no siguen las reglas generales de cicatrización y que depende de las condiciones generales del enfermo, del tratamiento, etc.

El Dr. Rafael J. Mejía pide al Dr. Luis Carlos Montoya su concepto sobre los colapsos gaseosos. El Dr. Montoya informa que el pneumotórax da oportunidad al pulmón de volver a su fase fetal y cambia la cavidad virtual por artificialmente real. Con él, el pulmón tiene un reposo estático y dinámico electivo para las zonas enfermas. Vienen modificaciones circulatorias que disminuyen la toxemia, respiratorias en la relación aire residual-reserva y así el aire complementario actúa en el fenómeno respiratorio lo que mejora paradójicamente la disnea; también modificaciones nerviosas de vasoconstricción y constricción de la caverna. Algunos afirman la presencia de anticuerpos a partir del foco tóxico pero no parece real.

El descrédito del pneumotórax dice el Dr. Montoya se debe a su mala aplicación, pero hoy en día el método se está rehabilitando.

El Dr. Rafael J. Mejía pide al Dr. Luis García que explique cómo obra el colapso quirúrgico. El Dr. García dice que el colapso quirúrgico puede estar indicado desde un principio o después de fracasos médicos: puede ser 1º tripsia temporal o definitiva que puede completarse con pneumo-peritoneo. 2º Plombaje con desprendimiento pleuroparietal e introducción de cuerpos extraños (luxita, parafina, bolas de pimpong) muy discutido actualmente. 3º Pneumotórax extrapleurales. 4º Sección de bridas como complemento del pneumotórax. 5º Toracoplastias parciales o fetales. 6º Toracoplastias extraparietísticas y 7º Resecciones parciales o totales cuyo auge inicial parece estar actualmente equilibrado con la toracoplastia.

El Dr. Rafael J. Mejía se refiere a trabajos presentados en el último Congreso de Madrid en los cuales se afirma que la presencia de cavernas no justifica la resección pues sólo en 45% de ellas se han encontrado cultivos positivos para B K, por lo cual un individuo con caverna radiológica puede ser inactivo aunque es difícil establecerlo aún reactivando con ACTH o tuberculina. Pide al Dr. Alfonso Mejía C. diga qué criterio tienen en "La María" para declarar inactivo un tuberculoso. El Dr. Mejía C. dice que el mismo de la Asociación In-

teramericana de Tuberculosis como filial que es y que desde 1950 en adelante se clasifica el tuberculoso en: a) Inactivo, b) detenido y c) estacionario. Hoy en día no debe hablarse de curación sino de inactividad. Esta se considera cuando se reúnen las siguientes cuatro condiciones: 1º Clínicas. 2 Radiológicas (lesiones que regresan o que están estacionarias por 6 meses). 3º Bacteriológicas, cuando después de 2 meses sin tratamiento antibiótico los esputos revisados cada 15 días son negativos por 6 meses y cuando hay en el mismo tiempo 3 inoculaciones y 3 cultivos negativos; y 4º. Factor tiempo que generalmente se considera como un año de inactividad. Los detenidos y los estacionarios son aquellos en los cuales falta alguna de las cuatro condiciones anteriores.

El Dr. Darío Sierra pregunta si después de 5 años de inactividad se puede hablar de curación a lo cual responde el Dr. Mejía Cálad que no, porque la reactivación puede venir en cualquier momento y es siempre endógena.

El Dr. Bojanini pregunta si este concepto se aplica también a la primo-infección y el Dr. Mejía C. dice que sí. El Dr. Bojanini dice que después de la primo-infección no hay reactivación sino infección exógena. El Dr. Mejía Cálad dice que quizá en un porcentaje muy mínimo y que por esto no hay peligro de contagio en los sanatorios aunque si hay el de la reactivación por la tuberculina de los bacilos absorbidos. El Dr. Pérez Parra pregunta si puede hacerse así un fenómeno de Koch a lo cual el Dr. Mejía Cálad dice que talvés en un porcentaje mínimo.

El Dr. Luis Carlos Montoya dice que los conceptos del Dr. Mejía Cálad son muy científicos pero que en su opinión la tuberculosis se cura y se cura definitivamente como lo demuestra la práctica, que hay que tener en cuenta el terreno del enfermo y que se debe evitar el desconcierto que puede crear la afirmación del Dr. Mejía Cálad.

El Dr. Oriol Arango pregunta a éste si la tuberculosis es incurable en su concepto a lo cual el Dr. Mejía Cálad responde que puede llegar un momento en que el concepto de inactividad y de curación se igualen.

El Dr. Bojanini informa que en autopsias en el 90% de personas que han tenido primo-infección sólo se encuentra B K en el 5% lo que indica que sí hay curación. El Dr. Mejía C. dice que informes recientes de Estados Unidos indican que toda caverna, bien estudiada, tiene B K en el 90% de los casos pero que existe todavía un vacío a este respecto.

El Dr. Rafael J. Mejía dice que para la inactividad sólo impor-

ta que el bacilo no sea viable. El Dr. Múnera pregunta si el tuberculoso inactivo puede llevar una vida normal a lo cual responde el Dr. Mejía Cálad que sí a excepción de aquellos en los cuales la cirugía haya dejado una merma.

El Dr. Rafael J. Mejía pregunta al Dr. Fabio Vélez qué conducta sigue el ICSS con los tuberculosos. El Dr. Vélez informa que el ICSS no ampara los tuberculosos pulmonares, pero que se acoge al criterio de inactivación practicando 4 exámenes de esputos uno cada 8 días, 3 cultivos e inoculación cada 30 días por lavado bronquial.

El Dr. Quevedo pregunta al Dr. Gabriel Correa Jefe del ICSS porqué éste ampara las otras tuberculosis a lo cual el Dr. Correa responde que por que éstas tienen un menor peligro de contagiosidad. El Dr. Rafael J. pregunta al Dr. Luis Carlos Yepes cual debe ser la conducta social, frente al tuberculoso inactivo. El Dr. Yepes responde que el médico exige tratamiento y revisión acordes con la lesión que dura siempre más de 6 meses que protege la ley. Cree por eso que el ICSS está llevando una conducta errada y habla de la tragedia del tuberculoso a quien se le disminuye el sueldo y se merman sus condiciones económicas y de los problemas que tiene con patronos, abogados, etc., cree que el Seguro debe admitir a los inactivos y así el patrono los aceptaría. Ruega a la Academia que pida un aumento del período de protección legal y que el Seguro se encargue del tratamiento de los tuberculosos pulmonares. El Dr. Quevedo vuelve a preguntar al Dr. Correa por qué no se tratan los tuberculosos pulmonares en el ICSS ya que se disminuiría el peligro de contagiosidad con el tratamiento y le parece ilógico que en cambio si se traten las demás tuberculosis. El Dr. Correa responde que el ICSS no engloba este servicio porque el Gobierno se encarga de ello por medio de dispensarios y hospitales y cree que los conceptos del Dr. Yepes no son exactamente reales porque actualmente sería posible reincorporar un 35% de afiliados si estuviesen en condiciones de hacerlo pues algunos patronos lo han aceptado y que el ICSS ha aceptado la reincorporación de un 8% de los 300 tuberculosos que aproximadamente han resultado en él. El Dr. Yepes dice que el Seguro si acepta la reincorporación pero no los patronos.

El Dr. Eduardo Abad dice que las afirmaciones del Dr. Alfonso Mejía Cálad son honestas científica y mentalmente pero que se necesitan conclusiones sociales y nó académicas, que su experiencia está acorde con las opiniones del Dr. Montoya de que si hay curación. Que en 16 años de haber sido Director del Dispensario Antituberculoso de Medellín el porcentaje de recaídas especialmente desde hace

5 años en que hay diagnóstico precoz ha sido muy pequeño y generalmente en los que por desobediencia o ignorancia no han vuelto a revisiones. Los que siguen observaciones estrictas no anotan recaídas habitualmente. Ratifica lo dicho por el Dr. Gabriel Correa sobre reincorporación de inactivos, informa que existen patronos que tratan al enfermo el tiempo que sea necesario. Que el ICSS ha entendido el problema y que aunque es absurdo el hecho de no tratar los tuberculosos pulmonares, por lo menos en el último año los ha orientado hacia el Dispensario donde están bien tratados y les suministra droga a precio de costo e interviene con la empresa para su reincorporación.

Ruega a la Academia pida: 1º Aumento de la incapacidad por un año y 2º, pedir a las empresas que los enfermos inactivos que hayan mermado su capacidad sean recibidos en puestos adecuados y en los que no, que vuelvan a su situación anterior gradualmente.

El Dr. Gómez Arango pregunta qué estadísticas se tienen sobre recaídas en reincorporados a lo cual el Dr. Abad contesta que al Dispensario de 625 casos llegaron solo 11 casos en el año pasado. El Dr. Rafael J. informa que el Dr. Fabio Arango está haciendo un trabajo de tesis sobre este problema, pide se suspenda la discusión y se pase el asunto a una comisión de la Academia y de la Sociedad de Tisiología para que presenten conclusiones definitivas.

El Dr. Gómez Arango dice que hizo la pregunta porque en el Ferrocarril de Antioquia hubo problemas con los reincorporados y que cree que la advertencia del Dr. Mejía Cálad debe tenerse en la mente. Que el Ferrocarril concedía un año de incapacidad y tratamiento indefinido desde que haya hospitalización que el jornal completo se pasaba a los familiares y que fue la primera empresa que reintegró a los inactivos, pero que de éstos recayeron el 50% algunos por más de una vez. Responde el Dr. Rafael J. Mejía quien pregunta si este porcentaje fue antes de la quimioterapia, que nó, a excepción de que en esa época no se usaba todavía las hidrazidas del ácido nicotínico. Considera que es oportuno el nombramiento de la comisión. El Dr. Luis Carlos Montoya dice que la incapacidad temporal no la admite la ley después de los 6 meses lo que sitúa al médico en una posición incómoda y que es otro de los errores de la legislación que deben corregirse. La Presidencia nombra en comisión a los Drs. Alberto Gómez Arango, Antonio Osorio Isaza y Luis Carlos Montoya para que se reúnan con la comisión de la Sociedad de Tisiología y presenten un informe a la mayor brevedad posible.

A continuación la Presidencia hace la entrega de los diplomas a los médicos que siguieron el curso de Información.

Siendo las 8 y media de la noche la presidencia levantó la sesión y citó para el día 22 de junio en que hablará el Dr. Benjamín Mejía Cálad sobre "ASPECTOS DE INTERES EN DESNUTRICION INFANTIL. ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO Y FUNCIONAL DEL HIGADO EN NIÑOS DESNUTRIDOS".

La Academia registra complacida la reposición de su enfermedad del Académico de Número Dr. Eugenio Villa H.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

REGLAMENTACION ESPECIAL PARA CURSO-RESIDENCIAS DE ANESTESIOLOGIA

Aprobada por el H. Consejo Académico de la Facultad de Medicina en la sesión del 21 de Mayo, para someterla a la consideración definitiva del H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, quien le impartió su aprobación en la sesión del 2 de Julio de 1955.

- I. **INSCRIPCION** : Médicos graduados o que hayan terminado el internado obligatorio.
- II. **DURACION** : 12 meses.
- III. **OBLIGACIONES:**
 - 1ª Permanecer en el hospital como Residente de un modo permanente. Sólo se autoriza una ausencia de dos (2) horas diarias en las horas hábiles de trabajo previamente convenidas con el Decano de la Facultad, para trabajo fuera del hospital. Las salidas en días feriados serán reglamentadas por el Jefe del servicio.

- 2^ª Hacer todo el trabajo práctico ordenado por el Jefe del Servicio de Anestesiología.
 - 3^ª Efectuar un trabajo de tesis sobre tema de Anestesiología, con el plan previamente aprobado por el H. Consejo Consultivo de la Facultad, y de acuerdo con el Presidente de tesis responsable de su control. Tema y plan deben ser presentados al menos a la terminación del primer trimestre de instrucción.
 - 4^ª Realizar un número mínimo de trabajos prácticos, según reglamentación que expedirá el H. Consejo Consultivo de acuerdo con el Jefe del Servicio.
 - 5^ª Presentar a la terminación de su año de Residencia examen final teórico-práctico ante el Jurado Calificador reglamentariamente constituido.
 - 6^ª Cumplir el programa completo del curso teórico-práctico, según temario especial.
- IV. La Residencia puede iniciarse en cualquiera de las siguientes fechas: Febrero 1º, Mayo 1º, Junio 20 o Septiembre 1º.
- V. El número máximo de Residentes será fijado de común acuerdo entre el Decano de la Facultad y la H. Junta Directiva del Hospital

Cada Residente recibirá alojamiento, alimentación, lavado ropa, y una asignación mensual de \$ 200.00, pagados por el Hospital de San Vicente de Paúl.

EL CURSO ES GRATUITO

- VI. Quienes llenen todos los requisitos necesarios, recibirán un diploma de la Universidad de Antioquia en el que se acreditará que el alumno ha cumplido y aprobado un período de un año de Instrucción de Anestesiología.

IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Decano y Presidente del
Consejo Académico

BOLETIN No. 44

Mes de Julio de 1955

- Viernes 1. 7 a.m.**
Reunión del Staff de Clínica Quirúrgica.
- 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.
- 11 a.m.**
Primer Seminario de Psiquiatría en el 2º semestre. **Ponente:** Sr. Gilberto Martínez Arango.
Tema: FREUD Y EL PSICOANALISIS.
- Sábado 2. 9 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio. Presentación de casos: estudio y discusión. Asistencia obligatoria para los Profesores y alumnos del 3er. curso en adelante. La asistencia de los señores médicos de la ciudad es voluntaria, y pueden tomar participación en las deliberaciones.
A petición de un grupo de Profesores y médicos de la ciudad, esta conferencia seguirá efectuándose a las 8 a.m. todos los sábados.
- 10 a.m.**
Proyección de la película "EL CLINICO ANTE LA ACTUALIDAD REUMATOLOGICA" que fue exhibida durante la Semana de Información Médica. Es hablada en español y de una duración de 45 minutos.
- Lunes 4. 2 p.m.**
Continuación de los conciertos de música en el salón anexo a la Biblioteca Médica de la Facultad, con el equipo de alta fidelidad, para quienes deseen asistir a él. Estos conciertos se vienen realizando diariamente con programas semanales que se publican por separado.
- Martes 5. 1:30 p.m.**
Reunión del Staff de Policlínica en la sala de Policlínica.
- Miérc. 6. 8 a.m.**
R. C. M. Reunión de Clínica Médica en el aula Braulio Mejía.

7:45 p.m.

C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Hernando Echeverri Mejía.
Tema: TRAUMA DE MANO.

Jueves 7. 7 a.m.

R. P. Q. Reunión de Patología Quirúrgica en el 2º piso del Instituto de Anatomía Patológica.

10 a.m.

R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
CELEBRACION DEL SEXAGESIMO OCTAVO ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, SEGUN EL SIGUIENTE PROGRAMA:

8:15 a.m.

Misa solemne en la Basílica por los académicos fallecidos.

6 p.m.

Sesión solemne de la Academia. Oración alusiva a la efemérides por el Dr. Rafael J. Mejía.

8 a.m.

Banquete de los académicos en el Hotel Nutibara.

Viernes 8. 7 a.m.

R. C. Q. Reunión de Clínica Quirúrgica en el aula correspondiente.

9 a.m.

R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.

6 p.m.

Acto artístico en el auditorio de la Facultad a cargo de los estudiantes y de algunos artistas de la ciudad. Programa por separado.

Sábado 9. 8. a.m.

C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.

9 a.m.

CATEDRA BOLIVARIANA en el auditorio. **Profesor:** Dr. Abel García Valencia. Asistencia obligatoria a los alumnos del 1º y 2º cursos y voluntaria para quienes deseen asistir a este ciclo de conferencias.

Lunes 11. 2 p.m.

Continuación de los conciertos de música en el

salón anexo a la Biblioteca de acuerdo con el programa previamente publicado.

- Miérc. 13. 8 a.m.**
R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- 7:45 p.m.**
C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Mario Montoya Toro. **Tema:** LA CIRUGIA EN EUROPA (Hibernación).
- Jueves 14. 7 a.m.**
C. D. T. Conferencia de Tumores en el 2º piso de Quirúrgica.
- 6 p.m.**
Seminario de Fisiología. **Ponente:** Dr. Alvaro Toro Mejía. **Tema:** FISIOLOGIA DEL BALANCE ELECTROLITICO.
- Viernes 15. 7 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica. Asistencia obligatoria.
- 11 a.m.**
Seminario de Clínica Psiquiátrica. **Ponente:** Sr. Francisco Avendaño. **Tema:** LA INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS.
En los viernes siguientes de este mes expondrán los Sres. Jorge Mesa, Walter Castrillón, Marco Arango, Ignacio , Navarro, Armando González, Gustavo Casas y la Srta. Elena Ochoa. Los temas se darán a conocer posteriormente.
- Sábado 16 9 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.
- Lunes 18. 2 p.m.**
Continuación de los conciertos en el salón correspondiente.
- Martes 19. 1:30 p.m.**
Reunión del Club de Revistas en Policlínica.
- 8:30 p.m.**
Baile tradicional de los estudiantes de la Facultad de Medicina en el Club que se dará a conocer oportunamente.
- Miérc. 20**
Fiesta nacional: celebración del 20 de Julio.

- Jueves 21. 7 a.m.**
R. P. Q. Reunión de Patología Quirúrgica en el 2º piso del Instituto de Anatomía Patológica.
- 10 a.m.
R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
- Viernes 22. 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica.
- Sábado 23. 8 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica
- 9 a.m.
CATEDRA BOLIVARIANA. **Profesor:** Dr. Abel García Valencia, Secretario General de la Universidad de Antioquia. Asistencia obligatoria para los estudiantes del 1º y 2º cursos y voluntaria para todo el que desee asistir a ella.
- Lunes 25. 2 p.m.**
Concierto de música en el salón destinado para este acto.
- Martes 26. 1:30 pm.**
Reunión del Club de Revistas en Policlínica.
- Miérc. 27. 8 a.m.**
R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas en el aula Braulio Mejía.
- 6 p.m.
Reunión de la Academia de Medicina de Medellín. **Ponente:** Dr. Darío Sierra Londoño. **Tema:** MALFORMACIONES EN GINECOLOGIA. **Ponente:** Dr. Gustavo Calle. **Tema:** PROSTATECTOMIA EN NIÑO DE 11 AÑOS.
- 7:45 p.m.
C. D. P. Conferencia de Defunciones en Policlínica. **Ponente:** Dr. Octavio García. **Tema:** OCLUSIONES VASCULARES AGUDAS.
- Jueves 28. 10 a.m.**
R. C. P. Reunión de Clínica Pediátrica.
- Viernes 29. 9 a.m.**
R. C. O. Reunión de Clínica Obstétrica.
- Sábado 30. 8 a.m.**
C. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el auditorio.

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. El 21 del mes de Junio tomó posesión del alto cargo de Rector de la Universidad de Antioquia el muy distinguido Jurisconsulto y Magistrado del Tribunal Superior de Medellín, Dr. Samuel Barrientos Restrepo, miembro del H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, Profesor de las Facultades de Derecho de ésta Universidad y de la Pontificia Católica Bolivariana, Ex-Director de Educación Pública y hombre de alta alcurnia cultural. Este Decanato y el Claustro celebran este advenimiento y por medio de él como Rector le desean muchos beneficios y progresos al Alma Mater.

2. Durante los meses de Mayo y Junio entraron a formar parte del personal docente de la Facultad los siguientes señores:

Dr. Eduardo Calle, ascendido de su posición académica de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Quirúrgica.

Dr. Vinicio Echeverri, ascendido de su posición de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Ginecológica.

Dr. Jaime Tobón Arbeláez, ascendido en su posición académica de Clínica Infantil, a Asociado de la misma.

Dr. Mario Tobón Uribe, ascendido de su posición académica de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Obstétrica.

Dr. Eduardo Yeyes, ascendido de su posición de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Obstétrica.

Dr. Armando Uribe Montoya, nombrado directamente por el H. Consejo Directivo como Instructor de Clínica Interna, posición obtenida por concurso.

Dr. Mario Montoya Toro, como Profesor Agregado de Técnica Quirúrgica y Cirugía Experimental, por reintegro al Profesorado de medio tiempo.

Sr. Gonzalo Uribe Botero, como Preparador de Histología.

Dr. Apolinar Tamayo, como Residente de medio tiempo en Clínica Interna, para Cardiología.

Dr. Rodrigo Ramírez, como Instructor de Clínica Infantil.

Dr. Alvaro Toro Mejía, para formar parte del cuerpo docente de Medicina Interna, con una dedicación de medio tiempo.

Dr. Hernando Echeverri Mejía, como Profesor de medio tiempo en Ortopedia, por reintegro a esta cátedra.

Dr. Samuel Jiménez, como Profesor de tiempo completo de Anestesiología.

Dr. Mario Restrepo C., como Residente de medio tiempo en Clínica Organos de los sentidos.

Dr. Hernando Penagos, ascendido de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Ginecológica.

Dr. Javier Lopera Montaña, ascendido de su posición académica de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Organos de los Sentidos.

Dr. Bertulfo Velásquez, ascendido de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Organos de los Sentidos.

Dr. Ayen Henríquez, ascendido de Jefe de Clínica a Instructor de Clínica Organos de los Sentidos.

3. La Universidad de Antioquia confirió el título de Doctor en Medicina y Cirugía en los meses de Mayo y Junio a los siguientes señores:

Dr. Fabio Arango Soto. **Título de la tesis:** Estudio Médico-social del Municipio de Angostura.

Dr. Alberto Galofre Franco. **Título de la tesis:** Informe Médico-rural del Municipio de Tubará.

Dr. Victoriano Toro Echeverri. Sin tesis de grado, en virtud de la Resolución N° 5 del 18 de Febrero y aprobada por el H. Consejo Directivo.

Dr. Arturo Giraldo Botero. **Título de la tesis:** Un resumen del estado sanitario de los Llanos Orientales de Colombia y algunas consideraciones sobre sanidad militar.

4. El H. Consejo Académico de la Facultad de Medicina resolvió el escalafón de la Cátedra Clínica Organos de los Sentidos en la sesión del 21 de Mayo y el H. Consejo Directivo le impartió su aprobación, y quedó definido así:

Profesor Titular: Dr. Carlos J. Vásquez Cantillo.

Profesor :Dr. Hernán Londoño Vélez (en licencia por 1955).

Profesores Agregados: Dr. Luis Carlos Córdoba P. y Dr. Augusto Estrada E.

Profesores Auxiliares: Dr. Marco A. Barrientos y Dr. John J. Ortiz G.

Residentes -de medio tiempo- Dr. Jorge Vasco P. y Dr. José J. Gómez.

Fueron aprobados los ascensos de **Jefes de Clínica a Instructores** los Dres. Ayen Henríquez, Bertulfo Velásquez y Javier Lopera.

Se aceptó y aprobó el nombramiento de **Residente** de medio tiempo del Dr. Mario Restrepo C.

Para reemplazar al Dr. Horacio Muñoz S. quien presentó renuncia por motivo de viaje, se aprobó realizar un concurso para llenar esta posición.

5. La Semana de Información Médica sobre temas de Medicina Interna que realizó la Facultad de Medicina en los días comprendido entre el 2 de Mayo y el 8 del mismo, resultó ser un certamen científico-médico de grande importancia para todos los asistentes. El Profesorado cumplió a cabalidad la programación hecha y supo colocar a la Facultad en la altura que se merece. Los señores médicos que concurrieron a ella se mostraron en términos generales muy satisfechos de la labor realizada y del provecho obtenido, y solicitaron a las directivas universitarias que de esta clase de certámenes se efectúen siquiera dos anuales.

A la Semana de Información Médica asistieron los Dres. Francisco Agudelo G., Abelardo Arango A., Joaquín Arango T., Angel Betancur L., Francisco Castro, Jorge Correa R., Gilberto Cuartas, Jaime Escobar M., Adolfo Cumplido M., Hermenegildo De Fex A., Jorge Delgado G., Juan Duque B., Oscar Gutiérrez, Augusto Hernández C., Eduardo Isaza Ll., Arturo Jaramillo, Moisés Levy H., Ligia Montoya M., Octavio Muñoz G., Enrique Muñoz C., Eduardo Núñez P., Bernardo Ochoa A., Gonzalo Salgado R., Luis E. Vásquez M., Antonio J. Velásquez A., Hernán Zuleta C., Servio Tulio Zúñiga.

Este Decanato reitera los agradecimientos a todos los Profesores que en esta Semana Médica contribuyeron con su distinguida colaboración, y a quienes en una u otra forma intervinieron por el éxito obtenido, y nuevamente agradece la atención que se dignaron prestar los señores médicos con su asistencia.

6. El día 6 de Mayo se llevó a cabo el 2º Seminario de Psiquiatría dirigido por el Profesor de la Cátedra Dr. Pablo Pérez Upegui, y el día 18 del mismo mes se efectuó el 3er. Seminario. Las ponencias estuvieron a cargo del Dr. Benigno Mantilla Pineda, quien disertó sobre el tema LOS MOVIMIENTOS FILOSOFICOS CONTEMPORANEOS Y SUS RELACIONES CON LA PSIQUIATRIA.

7. La cátedra de Psicología Médica se inauguró con un ciclo de conferencias dictadas por los Dres. Alvaro Toro Mejía y Juan Duque B. El primero disertó sobre La UNIVERSIDAD NORTEAMERICANA Y LA PSICOLOGIA DEL ESTUDIANTE AMERICANO, y el segundo inició un breve curso sobre SOCIOLOGIA MEDICA.

8. El día 12 de Mayo celebró con actos solemnes la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Antioquia el Día de la Enfermera. Este Claustro se une sinceramente a la celebración de tan digna efemérides y felicita muy de veras a la Directora de la Escuela de Enfermeras Rda Hna. Arturo María, a su Profesorado y al personal de alumnas por el empeño que ponen porque los actos programados es-

tén al nivel de esta conmemoración.

9. Como se anunció en el último Boletín, el Dr. John M. Weir, Director Asistente de la Rockefeller Foundation estuvo de visita a la Facultad de Medicina por espacio de dos días. Ya los planes hechos con la Fundación dicha se hallan bastante adelantados y esperamos verlos cristalizar dentro de muy poco tiempo para anunciarlos gustosamente.

10. De acuerdo con los Profesores de Clínica Quirúrgica, con el Médico Coordinador del Hospital de San Vicente de Paúl y con el personal médico encargado, este Decanato llevó a efecto una nueva organización de la Policlínica, el que entró en vigencia desde el 1º de Junio del que cursa.

11. Llegó de Estados Unidos el Dr. Alvaro Toro Mejía, especializado en Medicina Interna. El H. Consejo Directivo de la Universidad con el fin de aprovechar su especialización en la docencia le nombró Profesor de medio tiempo con destino a esta cátedra.

12. Después de haber permanecido por espacio de dos años en los Estados Unidos haciendo estudios de especialización en Ortopedia y Traumatología, primero en la Universidad de Michigan y luego en varios centros de enseñanza, como becado de la Kellogg Foundation, regresó el Dr. Hernando Echeverri Mejía, quien se reintegró a la docencia de la Facultad como Profesor Jefe de medio tiempo en el servicio de Ortopedia y Traumatología, en donde antes de partir a efectuar sus estudios venía desempeñando la cátedra con toda eficiencia.

13. Dn Humberto Echeverri Villegas está de nuevo entre nosotros, después de haber hecho estudios especializados sobre Administración de Hospitales por espacio de dos años en Estados Unidos, becado por la Kellogg Foundation. Ahora se ha reintegrado al servicio del Hospital de San Vicente de Paúl en donde venía prestando sus servicios, con el cargo de Administrador-Asistente. Nos es placentero su regreso y esperamos que sus conocimientos adquiridos servirán de una mejor orientación administrativa de este Hospital.

14. Los Dres. Jesús Botero Angel y David Botero Ramos salen el 13 de los corrientes rumbo a los Estados Unidos, con el fin de especializarse, el primero en Bioquímica en Washington University, St. Louis, y el segundo en Microbiología en Columbia University, New York. Ambos Dres. harán sus estudios disfrutando de sendas becas concedidas por la W K. Kellogg Foundation. Este Decanato se permite despedirlos y desearles cumplido éxito en sus estudios para bien de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia a donde

regresarán a prestar sus servicios en la docencia de las cátedras respectivas.

15. En la sesión del Miércoles 22 de Junio, la Comisión de Becas de la Junta del Instituto Antioqueño de Cultura Hispánica adjudicó al Dr. Fernando Cardona Arango la beca correspondiente a Medicina, para llevar a cabo en España estudios de especialización en Endocrinología y Laboratorio de Ginecología. Este Decanato felicita al Dr. Cardona por esta adquisición y le augura cumplidos éxitos en sus estudios.

16. El Lunes 25 de Junio se efectuó el concurso para cuatro (4) Instructores de la cátedra de Clínica Psiquiátrica. Se presentaron al concurso los Dres. Gonzalo Restrepo Ochoa, Jesús Mora Correa y Hugo Campillo y sirvió de Jurado Examinador el Dr. Pablo Pérez Upegui, Dr. Alberto Morales y Dr. Ernesto Bustamante Zuleta. Está a la decisión del Jurado el resultado final que se avisará en el próximo Boletín.

17. Durante el mes de Julio se efectuarán Seminarios alrededor de Adler y Jung. Oportunamente se avisarán las fechas de cada uno. Además se están organizando otros Seminarios sobre ANALISIS EXISTENCIAL Y PSIQUIATRIA ALEMANA.

18. La Srta. Dora Echeverri Villegas se ha retirado de la Dirección de la Biblioteca Médica por motivos personales. En esta dependencia de la Facultad de Medicina ella ha venido desarrollando una labor tan eficiente que ha colocado nuestra Biblioteca en la posición de una de las mejores del país, por no decir la más perfeccionada en cuanto a su organización, técnica y magnífica disciplina. Este Decanato y el Claustro lamentan el retiro voluntario de la Srta. Dora.

19. Se adelantan los trabajos del edificio de la Escuela de Enfermeras y se espera que muy pronto podrá esta dependencia universitaria entrar a desarrollar sus funciones en edificio propio y confortable.

20. Los estudiantes de la cátedra de Higiene de esta Facultad adelantarán trabajos prácticos en el Puesto de Higiene N° 1 de la ciudad durante el presente mes, por medio de pequeños grupos que se irán turnando en este servicio.

21. El H. Consejo Consultivo de la Facultad dictó dos Resoluciones por medio de las cuales se fija la posición de algunos estudiantes del 1° y 2° cursos que no han dado el rendimiento requerido en sus estudios. Dichas resoluciones son la síntesis de lo acordado por el H. Consejo dicho y el cuerpo de Profesores de los cursos respectivos, con

la refrendación del H. Consejo Directivo. Del primer curso fueron analizados 40 alumnos y del 2º curso 12.

22. El concurso para un Residente de medio tiempo en Clínica Organos de los Sentidos fue realizado. Actuó como Jurado Examinador nombrado por el Decanato de la Facultad el Dr. Carlos Vásquez Cantillo, Dr. Augusto Estrada E. y Luis Carlos Córdoba. Se presentaron como concursantes los Dres. Luis Carlos Cano y Gabriel Castañeda. El resultado se dará a conocer oportunamente.

23. Después de un estudio cuidadoso del H. Consejo Académico de la Facultad de Medicina y de la aprobación por parte del H. Consejo Directivo, se expidió la reglamentación de exámenes preparatorios y examen de tesis de grado, según pueden informarse en la cartelera de la Facultad en donde se halla fijada la Resolución para el conocimiento de todos, o reclamar un ejemplar en la Secretaría de la Facultad.

24. La Facultad de Medicina en colaboración con la Sociedad Médica Antioqueña (SOMA) abre un concurso obre presentación en público de casos o historias clínicas, entre los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de acuerdo con la reglamentación que pueden conocer en las carteleras de la Facultad o en hoja aparte que cualquiera puede solicitar a la Secretaría.

25. El H. Consejo Académico de la Facultad de Medicina en atención a la grave necesidad existente de médicos especializados en anestesiología no sólo en el Departamento de Antioquia sino en todo el país, resolvió estudiar un proyecto de Curso anual de Anestesiología presentado por el Decano de la Facultad, el que fue aprobado en la sesión del 21 de Mayo del año en curso. Presentado este proyecto a la aprobación definitiva del H. Consejo Directivo, fue aceptado en todas sus partes. Dicho proyecto de Curso de Anestesiología se haya fijado en las carteleras de la Facultad y quienes se hallen interesados en realizarlo, pueden reclamarlo en la Secretaría.

26. El H. Consejo Directivo aprobó la venida del Dr. **William Dameshek** para que dicte un ciclo de conferencias en la Facultad de Medicina. El Dr. Dameshek es Director del Laboratorio de Investigación Sanguínea del New England Center Hospital y persona muy conocida en su ramo. Es además Arqueólogo aficionado. Estará en Colombia del 31 de los corrientes en adelante. La programación de este ciclo de conferencias se dará a conocer por separado.

Actualmente estudia el H. Consejo Directivo la posibilidad de traer al Dr. **MAXWELL CHAMBERLAIN** para que dicte un ciclo de conferencias sobre Cirugía del Tórax, quien llegará a Bogotá el 3 o

4 de Septiembre del año en curso y estará en Medellín alrededor del 9 del mismo mes. De igual manera analiza la máxima entidad directiva la traída del **William T. Gren** para otro ciclo de conferencias sobre Ortopedia. El Dr. Green es Cirujano Jefe del Departamento de Ortopedia del Children's Medical Hospital de Boston. Este ciclo se llevará a cabo en la primera semana del mes de Octubre de este año.

Tanto el Dr. Demeshek, como los Dres. Chamberlain y Green, serán traídos en colaboración con el Consultorio de Especialistas de Bogotá.

27. El 5 de Junio regresó de Estados Unidos el Dr. Oriol Arango Mejía, después de asistir como Representante de la Facultad de Medicina al V Congreso Interamericano de Radiología efectuado durante el mes de Mayo en Washington. El Dr. Arango presentó en colaboración con el Dr. Augusto Marmolejo el trabajo titulado FISTULAS BILIARES INTERNAS en 17 casos. Este trabajo científico será publicado en una de las revistas estadinenses por petición hecha a sus autores.

28. En el presente año se celebrará la Semana Universitaria con mayor esplendor que los años anteriores, y con tal fin se ha iniciado la programación de los distintos actos que se llevarán a efecto. Se espera la colaboración y buena voluntad de todos los universitarios para que la Semana tenga la solemnidad que merece.

29. Ya está para llegar el equipo de Cardiología donado por el Comité Femenino del Hospital de San Vicente por un valor de \$ 15.000.00.

30. Del 11 al 16 del que cursa se efectuará en Bogotá el Seminario Interamericano de Hospitales, y el Decano de la Facultad fue nombrado para la ponencia ORGANIZACION DEL CUERPO MEDICO EN EL HOSPITAL. Asistirán a este Seminario el Dr. Samuel Vieira, Médico Coordinador del Hospital de San Vicente; el Dr. Manuel Tiberio Yepes, Administrador; Dn. Humberto Echeverri, Asistente-Administrador; y Dn. Enrique Posada, Gerente de SOMA. Además asistirán la Rda. Hna. Arturo María, Directora de la Escuela de Enfermeras, acompañada de otras Herumnas.

31. Avanzan los trabajos del Hospital Infantil Arzobispo Cayzedo, y el Dr. Arturo Echavarría pronto terminará los detalles de los planos para el Cuarto de Recuperación y modificación de las salas de Cirugía General, los que será presentados a la consideración de los interesados para iniciar la construcción rápidamente, gracias a la ayuda inmediata del Comité Femenino.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR
Decano