

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN Y
DE LA ASOCIACION MEDICA ANTIOQUEÑA.

VOLUMEN 2 — MEDELLIN, FEBRERO DE 1952 — NUMERO 5

EDITORIAL

HOMENAJE AL DR. BRAULIO MEJIA

DR. DAVID VELASQUEZ C.

Profesor de Clínica Interna de la
Facultad de Medicina de la U. de A.

Señora Doña Virginia de Mejía, Sr. Representante del Ministerio de Educación Nacional, Señor Gobernador, Sr. Director de Educación Pública, Sr. Rector de la Universidad, Sr. Decano, Sres. Representantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, Sres. Profesores y estudiantes, Sras. y Señores:

Cuando nuestro eximio y diligente Decano el Doctor Ignacio Vélez tuvo a bien encomendarme la designación para desempeñar la misión que estoy cumpliendo en este momento, ciertamente que no le presenté ni siquiera aquella cortés repulsa protocolaria.

Cómo podría ser de otra manera, sino se trataba propiamente de ejecutar una tarea oratoria ni siquiera de llevar la palabra como se acostumbra decir; en cuyo caso las exigencias artísticas y literarias excederían y extrañarían nuestra índole, sino más bien se me pedía el que a manera de representación, destinada a una lección inaugural, os relevara el corazón y el espíritu que animaron el Magisterio insuperable de éste varón cuya efigie vamos a entronizar y quien desde ahora preside, orienta y anima ésta que bien podríamos llamar Cátedra-piloto de la carrera médica. Su porte distinguido, esa fuerte contextura y esa elegante apariencia física, hacen juego con la alta calidad de su ser espiritual en equilibrio perfecto. No le véis como la armonía humanizada? Sobresalió por aquella suprema condición del ser superior que le permite sostener y dirigir su pensamiento y acciones por una alta línea de rectitud y ser consecuente con sus principios y doctrinas; tener personalidad definida y saber para donde y por donde va y en fin, desarrollar una vida de continuidad; todos estos fueron sus atributos inconfundibles.

Por eso podemos concluir que su prestancia era la resultante natural de las dinámicas de su ser, porque no la explica sólo la reconocida aristocracia de su prosapia; nosotros también la hemos reconocido en otros de más humilde linaje, tampoco fue aprendida en librerías de urbanidad, protocolo y buen tono; ni fue producto de ensayada o fingida teatralidad, ni menos virtud compensante reactiva a inconfesados complejos.

Para tratar de presentaros el panegírico con que intento exaltar la memoria del doctor BRAULIO MEJIA, os pido que imaginemos que va a inaugurar su cátedra y que asisten a esta lección magistral como invitados de honor Montoya y Flórez, y Gil, Maldonado y Delgado; Peláez, Castro, Jiménez y Jaramillo, Restrepo, Bernal y Castrillón y que también aprestigian este recinto la presencia de Antonio Mesa, Juan B. Londoño, Toro Villa y Rodríguez y los inseparables e insuperables Calle y Robledo. Para todos nosotros es un orgullo sentirnos dentro de esta doctísima academia, que preside el Magisterio indiscutible del doctor Braulio.

Estimulado por su benevolencia que fue una de sus características, me voy a permitir lastimar su modestia, presentándoos su obra. Verdaderamente ella no quedó escrita en aquellos grandes volúmenes que con el correr del tiempo son pasto de la polilla, estorbo de las bibliotecas o cacharro de comercio destinado a pobres menesteres tenderriles no. su obra es más grande, noble y perdurable, tiene visos de eternidad, porque al plasmar y engendrar a la vida científica, espiritual y magnífica, a esta pléyade de discípulos se perpetuará su obra médica y su código moral, al través de ellos y hasta que a Dios plazca y en Antioquia se conserve y aliente este hálito de impulso generoso que es nota sobresaliente de la raza.

Su obra cumbre, después de la verificada en su hogar modelo, es una Enciclopedia médico-quirúrgica que tiene nombres propios: Martiniano Echeverri, Eugenio Villa H., Aristizábal, los Villegas, Rafael y Hernando, González Ochoa, Rafael J. Mejía, Cardona, Botero Díaz, Peláez, Aguirre, Delgado Giraldo, Hernán Posada, Ignacio Vélez, Guzmán, Pérez Cadavid, Uribe Botero, Miguel Restrepo y sus directos sucesores: Elkin Rodríguez, Gabriel Zapata, Carlos Sanín Aguirre, Gabriel Jaime Villa, Alfonso Velásquez, Benjamín Pérez.

Transcurrió la infancia y primera juventud del doctor BRAULIO en el ameno Valle de La Ceja, en su ambiente familiar, los primeros estudios y los normalistas los efectuó en la histórica, blasonada y procerca Rionegro; aquí la pedagogía modeló aquel material de selección. Más tarde Bogotá, antes y ahora la Atenas Suramericana le otorgó el doctorado, posteriormente la culminación con el grado de doctor Honoris causa de nuestra Universidad, luégo la Cruz de Esculapio y por fin la consagración Nacional con la imposición de la Orden de Boya-

cá, en reconocimiento a aquel ejercicio prolongado, austero y constante del bien obrar, en el cual cifró el programa de su vida, así como también por las condiciones que lo consagraron como Consultor científico y como tribunal obligado de conducta, por espontánea y unánime aclamación de sus colegas, sin necesidad de concurso ni elección.

Porque fue una cátedra viviente de moral éste ejemplar de selección humana, erguida sin petulancia y que aleccionaba con atrayente constancia y sencillez.

Practicó el deber con naturalidad; callada y suavemente antes que hacer el reclamo estrepitoso del derecho. Fué un defensor de la vida humana, vituperó todas aquellas vergonzosas prácticas que van desde el uso del vil artefacto en que se tira la célula germinal a las aguas negras y a las cloacas, o el segar la vida en embrión, hasta la abominable eutanasia.

No practicó ningún abuso en el ejercicio de la medicatura, pero defendió eso sí los nobles fueros de la profesión cuantas veces fueron conculcados y lo hacía con tal valentía y decisión que sacaba verdadero aquel dicho que apunta lo temible de la borrasca de las aguas mansas. La discreción humana no pudo tener un ejemplar más selecto; supo guardar el secreto profesional, éste no sufrió mengua ni por la vana presunción del éxito, ni por la amargura de la fatalidad, ni menos como materia de información social o de calculada propaganda; en ésto no tuvo par.

Consideró a su paciente como un ser humano, como a prójimo, digno de respeto y de cariño, por esto lo vimos tratar con la misma elegante probidad al paciente de los servicios de caridad, como al del más encumbrado mundo social. Al través de su dilatada actividad magistral y profesional recomendaba con insistencia el evitar intervenciones o tratamientos innecesarios, de complacencia o de pura curiosidad científica; destacaba el peligro de cierta novelería imprudente ejecutada so capa de un mal ponderado sentido modernista y de la necesidad de no olvidar jamás el célebre aforismo del "primun non nocere".

Nos inculcó un sencillo y discreto concepto del honor y un extraordinario sentido de la responsabilidad profesional y del deber.

Su gran sentido clínico, su apego al estudio, su nunca superado espíritu de sacrificio, su entrega total a los enfermos, su aficción y constancia profesoral, el sistema de examen complejo y cuidadoso del paciente, son normas eternas de la medicina, cuyo cumplimiento él sabrá tutelar, desde su propia aula, gobernando las futuras generaciones médicas cada día más y más, reza aquel fatal mandar de los muertos que tan bellamente enunciara Compte.

Su pedagogía, genuino trasunto de ésa regia personalidad, era macisa, severa y clásica; estaba tan lejos de cierta petulancia declama-

toria, como del embeleco revisteril, Siglo XXI, especie fastidiosa de arte barroco y churrigueresco con que se pretende aquilatar y hacer circular, como si se tratara de moneda falsa; tanta teoría e hipótesis que se acepta sin discriminación ni ponderación, ni criterio, enunciándola, no se sabe si con ingenuidad o malicia, como el último grito de la ciencia, de aquella falsa ciencia dudosa. Hasta en el minúsculo detalle del cumplimiento de una cita se reflejó su comportamiento caballeresco y aunque no fue hombre de pequeñas minucias, los componentes de su personalidad no consentían ni siquiera el asomo del descuido.

Con la ductilidad propia de los seres superiores, con un espíritu de adaptación impresionante por la naturalidad, lo vimos enfocar y asimilar toda la evolución o mejor revolución y volcamiento de la patología y de la terapéutica y pasar del electrargol y del abceso de fijación a los actuales antibióticos, cuyos asombrosos efectos conoció y utilizó. Con la misma desenvoltura le vimos mudarse de aquella severa indumentaria casi sacerdotal de antes a la democrática y sencilla de ahora, conservando sin embargo incólume la victoriosa integridad.

Pulcro en el lenguaje y en sus maneras, fué siempre sencillo; no le conocimos ningún amaneramiento en sus costumbres, ni rebuscado alambicamiento de las palabras o de la acción; ni terminologías salpicadas de extranjerismos, ni clásicos ni vulgares; no, al contrario su razonamiento clínico era aparentemente tan simple, sencillo, natural y consecuente que todos sus discípulos considerábamos como cosa fácil ésto de construir un diagnóstico.

Naturalmente que aquello era el producto de los exámenes que él sabía hacer y del dominio de la patología, así como de los inagotables recursos de la clínica que él sacaba del inmenso depósito de la tradición de sus maestros, depósito que él conservaba, acrecentaba y cuidaba de transmitir con amor en su integridad intangible, con aquel su consabido "grábenlo bien, grábenlo bien, grábenlo bien".

Hombre sin egoísmos nos enseñó cuanto sabía de medicina y nos enseñaba también cosas del corazón y del espíritu, de esas que no están escritas en los libros, con la más pura ortodoxia. Formidable en las Juntas Médicas, paraba mientes con cortesía hasta en los más aparentemente disparatadas hipótesis, para merced a su claro talento y experiencia aclarar el problema o declarar honradamente la necesidad de nuevos estudios y exámenes para llegar a la verdad.

Tenaz y metódico en la enseñanza no pasaba adelante sin estar cierto de haber sido comprendido; gozaba con intensa fruición con el éxito de sus discípulos a los cuales no escatimaba sin embargo ni el estímulo oportuno ni la cordial amonestación. Su delicada sensibilidad hizo que lo viéramos conmovido y le sintiéramos anudar la voz en circunstancias tales como la ceremonia de la imposición de la Cruz de Boyacá y la de su doctorado *Honoris causa*.

Fue prudente en el ejercicio de la profesión y del Magisterio y prudentísimo en frente de las situaciones difíciles. Su don de consejo, otro rasgo suyo, hacía que acudiéramos a él en busca de ayuda o consuelo en las amargas y dificultades de la profesión.

La belleza interior de su alma se capta mejor en su vida de hogar, pero el respeto a este santuario y a su dignísima familia me vedó sacar de allí, quizá sus más bellos rasgos.

Como Trousseau comprendió lo inevitablemente fatal de su postrera dolencia y con entereza digna de sí mismo, afrontó serenamente su último trance.

La clase de actividad de quien pudo alcanzar tan heroicas proporciones humanas, no fue ciertamente la efímera de una estrella fugaz, no, el diploma que acredita su competencia escolar, reza en el tercer considerando:

“Que el citado joven Mejía ha observado una conducta intachable en todo sentido y que jamás —dicha normal— había conocido estudiante más aplicado, más obediente, de mejor inteligencia y en una palabra fue el señor Mejía ha sido el verdadero tipo de estudiante”.

Más adelante ejecuta una tarea abrumadora para validar el requisito del bachillerato mediante brillante examen supletorio, al mismo tiempo que en calidad de asistente seguía la enseñanza del primer año profesional.

En 1889 el entonces Presidente de la República, doctor Carlos Holguín y el doctor Casas Rojas, Ministro de Instrucción Pública, en cumplimiento del Decreto No. 753, de Septiembre de 1889, adjudicaron al doctor BRAULIO el premio como al mejor estudiante de la Facultad. Es fama que esta distinción tuvo la unánime aprobación de sus condicípulos, circunstancia ésta que el doctor Braulio apreciaba sobremanera. Recibido el diploma del doctorado se trasladó a ejercer a Roldanillo; allí recibió el nombramiento de Médico del Ferrocarril de Buenaventura. Por esta época encontró a su antiguo amigo y condiscípulo el doctor Pablo Borrero, con el cual le unió siempre una amistad fraternal; juntos viajaron y trabajaron en Santa Ana, segunda Ciudad de la República del Salvador; allí debieron presentar un examen de revalidación de título para poder ejercer la profesión; a dicho examen fueron convocados en condiciones casi sorpresivas con cuarenta y ocho horas de plazo, en ambiente francamente hostil, especialmente por la animadversión de un colega, médico del Gobernador y político influyente. A este mismo señor pagaron después nuestros compatriotas salvándole la vida en circunstancias peligrosísimas, durante un motín político.

Se cuenta de este período de la vida de los doctores Mejía y Borrero que ellos trabajaban con absoluta fraternidad y que depositaban cuanto ganaban en una caja de la cual cada uno tenía su llave; de

esta caja sólo se hizo el arqueo para repartir por partes iguales cuando fueron a viajar a Europa y una segunda vez, cuando después de un nuevo periodo de actividad profesional en Centroamérica, de vuelta de Europa, el corazón de nuestro querido maestro susurró a su oído aquella arrobadora música, y, orgulloso de su tierra y de sus gentes, tuvo el máximo acierto, ciertamente providencial, previo regreso a los patrios lares, de unir su suerte con la dignísima matrona que lleva por nombre, doña Virginia Jaramillo de Mejía.

Médico expertísimo en el diagnóstico y de gran experiencia, pudo haber simplificado su tarea utilizando su gran práctica y el llamado ojo clínico, aquel precisamente que es fama, que le permitió captar en plena clase los primeros síntomas de la rabia en uno de sus discípulos, pero el nunca jamás dejó de hacer siempre el meticoloso examen clínico que sistemáticamente practicaba. Se cuenta que después de uno de éstos, muy prolijo, hizo un diagnóstico de lepra, en un paciente que le había venido a consultar desde otro Departamento; como éste le suplicó insistentemente le declarara el concepto, que quizá el enfermo ya sospechaba, el doctor Mejía lo hizo, con la consiguiente espeluznante escena. Algún tiempo después el doctor Braulio recibió una carta del paciente y un certificado de un distinguido médico de Cali, en el que se le afirmaba categóricamente que dicho señor no sufría lepra; el doctor Braulio le contestó que se alegraba muchísimo el haber estado equivocado y que pedía a Dios lo conservara sano, lo que por cierto y con pesar suyo, no tardó en ser rectificado por el posterior traslado del enfermo a Agua de Dios.

No fue el doctor Braulio de aquellos doctores mercenarios, no médicos, que se preguntan no qué tiene el enfermo, sino cuánto tiene el cliente; no por cierto. Cuando en aquella época y atendiendo clientela de la mejor posición económica, se ejercía la cirugía con jugosa remuneración; se daba el caso que él renunciara ayudar en una intervención urgente, cuyo diagnóstico había establecido, para correr con prontitud a cumplir un viejo compromiso de obstetricia, con alguno de sus pacientes. Su gran sentido de la responsabilidad lo llevó a inculcarlos la necesidad del diagnóstico precoz y por eso su cátedra puede decirse que fue además una avanzada en la lucha contra el cáncer, la tuberculosis, la sífilis, etc. Tampoco ignoró ni desestimó los factores psicosomáticos de la enfermedad y la importancia de la psicoterapia y de la terapéutica ocupacional etc.

Y para que apreciemos con justa medida la excelsitud de su estirpe moral, se refiere que en alguna ocasión entre sus dos jóvenes nietos de distinta filiación política, se jactaba el uno de su conservatismo y el otro de su liberalismo; el doctor Mejía, quien tenía sus ideas políticas bien definidas se limitó a amonestarlos diciendo: "No olviden que

lo esencial en la vida es ser hombres honrados y hacer honra a la familia y a la patria.

Como prototipo del médico poseyó una fuerte constitución física y dotes intelectuales superiores, condiciones precisas para resistir largas sesiones de anfiteatro o quirúrgicas; prolongadas actividades clínicas o de consultorio, coronadas las más de las veces por largas veladas en la biblioteca; porque esta es la vida habitual del médico, sustentado por aquella fuerza no por invisible menos operante, esa misma fuerza que nos hace aceptar por la razón y abrazar por la voluntad aquello que repugna a la naturaleza. Bien se comprende que el doctor Mejía no era un habitual del café ni de las tertulias y que su vida morigerada le permitiera apenas sólomente el necesario reposo, la honesta distracción y el obligado cambiar de vida que él prefería hacia la vida campestre, la cual el repartía entre el cultivo de la huerta y el cuidado de los animales.

Cuando en estos amargos tiempos solemos leer tantos decretos de honor, que bien pudiéramos llamar piadosamente como de complacencia, se inunda el alma de gozo disfrutando del gusto de hacer el elogio de un prócer como el doctor BRAULIO MEJIA, este sí elogio al mérito, porque, de cuál calificativo honroso no sería digno el doctor Mejía?

He dicho.

TRABAJOS ORIGINALES

PRIMER INFORME ANUAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA EN EL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL

El 9 de noviembre del pasado año de 1950 se inauguró en el Hospital de San Vicente el servicio de neurocirugía. Se iniciaron labores con 15 camas para hombres y mujeres las cuales fueron aumentadas hasta 28, cinco de ellas para niños, en el curso de los primeros meses.

Las actividades del Servicio durante el año transcurrido son las siguientes:

<i>Número de enfermos hospitalizados</i>	217
Hombres	128
Mujeres	46
Niños	43
<i>Enfermos operados</i>	119
<i>Muertos en el Servicio</i>	27
Operados	17
No operados	10
<i>Operaciones de cráneo</i>	80
<i>Operaciones columna y sistema nervioso periférico</i>	39
Muertos operados de cráneo	13
Muertos operados de columna y sist. nervioso perifér.	4

TIPOS DE AFECCIONES TRATADAS

Tumores cerebrales comprobados:

	Nº	Operados	Muertos
Gliomas	7	7	2
Meningiomas	3	2	0
Adenomas de hipófisis	1	1	0
Tuberculomas	1	1	1
Abscesos	1	1	0
Aneurismas	4	1	0
Metástasis	2	1	0
Cisticercosis	1	0	0
<i>Tumores cerebrales no comprobados</i>	4	0	0
<i>Hematomas intracraneanos:</i>			
Extradurales	4	3	1
Subdurales	2	2	1
<i>Tumores medulares y sist. n. p.</i>			
Meningiomas	5	5	0

Neurinomas	2	2	0
<i>Otras afecciones intracraneanas:</i>			
Epilepsia	23	1	0
Hidrocefalia	6	4	1
Aracnoiditis	2	2	0
Meningitis agudas	2	0	0
Tuberculosas	2	1	0
<i>Traumatismos craneanos</i>			
Cerrados	22	6	2
Abiertos	17	5	1
Heridas de bala	3	0	0
Secuelas	7	1	0
<i>Neuralgias del trigémino</i>	3	3	0
<i>Lesiones del acústico</i>	2	1	0
<i>Malformaciones congénitas</i>	2	0	0
Traumatismos cerrados de columna	6	2	1
Heridas de bala	7	4	2
Hernias del núcleo pulposo	11	9	0
Lesiones óseas deformantes de columna	2	2	0
Malformaciones congénitas	3	3	1
Mal de Pott	4	2	1
Nervios perif. lesiones traumáticas	4	2	1
Dolor intratable	14	14	2
Afecciones mentales	11	6	0
Afecciones neurológicas varias	17	1	0
Afecciones generales	8	0	0

Muchos de los casos enumerados fueron operados más de una vez. No todas las muertes anotadas son operatorias, algunos enfermos murieron varias semanas después por causas ajenas a la operación.

TIPO DE OPERACIONES EFECTUADAS	Nº	Muertos
Craniotomías supratentoriales	13	3
Craniotomías infratentoriales	5	2
Descompresivas y exploraciones supratent.	9	2
Esquirllectomías	8	0
Resección de los plexos coroideos	3	1
Tractotomías bulbares	1	1
Rizotomías retrogasericana (Frazier)	3	0
Lobotomías	14	1
Operación de Torkildsen	1	1
Ventriculotomías del 3º ventrículo	1	1
Plastias	3	0
Laminectomías	18	2
Operaciones para núcleo pulposo	9	0

Neurinomas	2	2	0
<i>Otras afecciones intracraneanas:</i>			
Epilepsia	23	1	0
Hidrocefalia	6	4	1
Aracnoiditis	2	2	0
Meningitis agudas	2	0	0
Tuberculosas	2	1	0
<i>Traumatismos craneanos</i>			
Cerrados	22	6	2
Abiertos	17	5	1
Heridas de bala	3	0	0
Secuelas	7	1	0
<i>Neuralgias del trigémino</i>	3	3	0
<i>Lesiones del acústico</i>	2	1	0
<i>Malformaciones congénitas</i>	2	0	0
Traumatismos cerrados de columna . .	6	2	1
Heridas de bala	7	4	2
Hernias del núcleo pulposo	11	9	0
Lesiones óseas deformantes de columna	2	2	0
Malformaciones congénitas	3	3	1
Mal de Pott	4	2	1
Nervios perif. lesiones traumáticas	4	2	1
Dolor intratable	14	14	2
Afecciones mentales	11	6	0
Afecciones neurológicas varias	17	1	0
Afecciones generales	8	0	0

Muchos de los casos enumerados fueron operados más de una vez. No todas las muertes anotadas son operatorias, algunos enfermos murieron varias semanas después por causas ajenas a la operación.

TIPO DE OPERACIONES EFECTUADAS	Nº	Muertos
Craniotomías supratentoriales	13	3
Craniotomías infratentoriales	5	2
Descompresivas y exploraciones supratent.	9	2
Esquirlectomías	8	0
Resección de los plexos coroideos	3	1
Tractotomías bulbares	1	1
Rizotomías retrogaseriana (Frazier)	3	0
Lobotomías	14	1
Operación de Torkildsen	1	1
Ventriculotomías del 3º ventrículo	1	1
Plastias	3	0
Laminectomías	18	2
Operaciones para núcleo pulposo	9	0

Cordotomías	4	0
Rizotomías	2	0
Suturas de nervios periféricos	3	1
Operaciones sobre meningo y mielocèle	3	1
Ventriculografías	15	1
Encefalografías	39	0
Arteriografías	4	0
Mielografías	13	0

Como puede verse los resultados no son del todo desalentadores. Esperamos que en los próximos años, con la mejoría del equipo con que contamos y la adquisición del que nos es necesario, los resultados mejoren. Para esto es indispensable también la colaboración de todos los médicos, no sólo los del Hospital sino también los de fuera de él, para que nos envíen los enfermos de la especialidad y sobre todo para que los pacientes sean enviados a tiempo. Varias veces tuvimos la dolorosa experiencia de ver llegar al Servicio enfermos ya en el estado final, especialmente pacientes con tumores cerebrales de los cuales, por este motivo, algunos de los que fueron salvados quedaron definitivamente ciegos o con lesiones neurológicas irreversibles.

Esperamos para dentro de pocos meses poder disponer del material indispensable para E. C. G. para un mejor estudio y tratamiento quirúrgico de muchas formas de epilepsia.

Agradecemos sinceramente a todo el personal del Hospital, especialmente a aquel que ha colaborado directamente con nosotros. A la H. Junta del Hospital, al Director del Hospital Dr. Antonio Osorio Isaza y al Sr. Decano de la Facultad Dr. Ignacio Vélez Escobar, pues sin la intervención de todos ellos el Servicio no existiría aún.

E. Bustamante Zuleta

Medellín, noviembre 12 de 1951.

MODIFICACIONES DE LA ALTURA DEL INIION EN TUMORES DE LA FOSA POSTERIOR EN NIÑOS

DR. E. BUSTAMANTE ZULETA
Profesor de Neurología y
DR. M. ALTAMIRANO O.

Un signo poco conocido y que según Dandy, (1) ayuda considerablemente al diagnóstico de los tumores infratentoriales de los niños, es el ascenso del iniion. Dicho ascenso sería debido al aumento de tamaño de la fosa posterior provocado por las neoformaciones de larga evolución, en cráneos dotados de mucha plasticidad. Dandy solo menciona el ascenso del iniion. En la literatura revisada, no se ha encontrado otro trabajo sobre este problema, por tal motivo se ha creído de interés verificar estadísticamente la observación de Dandy. Con este fin ha sido necesario, establecer los valores promedios de la distancia atlas-iniion en niños normales. Por otra parte, esta distancia, presenta variaciones individuales y debidas a las diferencias de edad, por lo cual se buscó además, un índice que obviara estos inconvenientes.

Métodos — La distancia atlas-iniion (A, I) se midió determinando el espacio que existe entre la parte más prominente del iniion en la tabla interna y el centro del tubérculo del atlas. En los casos de radiografías tomadas con la cabeza en hiper-flexión, la distancia es aumentada artificialmente; para que la radiografía sea útil, el arco del atlas debe ser paralelo al plano del agujero occipital. La longitud de la base del cráneo. (B) se midió entre los puntos siguientes: adelante, en el vértice del ángulo formado por el plano horizontal de la fosa anterior y la porción vertical del frontal en su tabla interna; atrás, en la parte más posterior del agujero occipital (opistión).

Todas las radiografías fueron tomadas con el aparato de Lysholm, que tiene una distancia focal invariable de 65 cm. Se desecharon las radiografías en las cuales no estaba claramente marcado cualquiera de los puntos usados, y aquellas en que, por desviación del foco o de la cabeza, los reparos anatómicos se proyectaban en un plano más extenso, lo cual hacía menos precisas las medidas.

Para las mediciones, se consideraron como normales todos aquellos casos en los cuales no existían procesos expansivos infra o supratentoriales, ni malformaciones óseas; se trataba de enfermos con traumatismos del cráneo, epilepsias criptogenéticas, encefalitis recientes etc.

El material patológico, comprendía pacientes con lesiones expansivas infra y supratentoriales.

Este material, fué tratado con los métodos estadísticos usuales (2).

TABLA No. I

Medidas de las distancias atlas-ini3n, base del cr3neo e 3ndice ini3n-base en 52 radiograf3as de ni3os normales, entre 6 meses y 11 a3os

No.	Edad	A-I	B	3ndice
1	6 ms.	5	11,5	0,435
2	6 ms.	3,7	9,5	0,39
3	7 ms.	4,7	10,8	0,435
4	1 a.	6	14	0,428
5	2 a.	4,7	12,3	0,382
6	2 a.	4,6	12	0,383
7	2½	5,6	13,5	0,415
8	3	5,2	12,7	0,41
9	3	5	11,5	0,435
10	3½	6	13,6	0,44
11	3½	6,1	14	0,435
12	4	5	12,6	0,396
13	4	5,2	13,2	0,394
14	4	5,5	12,5	0,44
15	5	5	13	0,384
16	5	5,9	13,2	0,446
17	5	5,2	13	0,40
18	5	5,5	13	0,422
19	5	5,7	13,7	0,416
20	5½	6	13,6	0,44
21	6	5,7	13,2	0,431
22	6	6,1	14	0,435
23	6	6,4	14	0,456
24	6	5,8	13,8	0,421
25	7	5,2	14	0,372
26	7	6,3	15	0,42
27	7	5,2	13,5	0,386
28	7	5,8	13,5	0,429
29	7	5,5	14	0,393
30	7	5,5	12,7	0,432
31	7	5,7	13,5	0,422
32	7	6	14	0,428
33	7	5,5	13,5	0,406
34	8	6	14	0,428
35	8	6	14,2	0,422
36	8	5,5	13,7	0,401
37	8	5,6	14	0,40

38	9	5,7	13,5	0,422
39	9	5,7	15	0,38
40	9	5,8	13,6	0,426
41	9	5,7	14	0,406
42	9	5,2	13,5	0,385
43	10	6	14,6	0,41
44	10	5,5	13,6	0,405
45	11	6	14,2	0,422
46	11	6	14	0,428
47	11	6	15	0,40
48	11	5,7	14,5	0,393
49	11	6	15,5	0,387
50	11	5,9	14,5	0,407
51	11	5,9	14	0,42
52	11	5,3	13,5	0,393
<hr/>				
Promedios		5,57	13,4	0,41
D. Standard		0,5	1,7	0,02

Resultados — 1o. Radiografías de cráneos normales: Se determinó la distancia A-I en 52 casos, cuyas edades variaban entre 6 meses y 11 años (tabla 1). Se hicieron las mismas mediciones en 16 radiografías de niños entre los 12 y 14 años (tabla 2). El motivo por el cual, se han considerado separadamente los casos hasta 11 años y los de 12 a 14, será discutido más adelante.

Los promedios de las distancias A-I, son de $5,57 \pm 1$ y $5,91 \pm 1,4$ respectivamente.

Es posible observar, que existen grandes variaciones debidas a las diferencias de edades o individuales. Con el objeto de hacer menos significativas tales variaciones, se determinó la razón entre la altura del inión y la longitud de la base (índice I-B). Por ejemplo en el caso 1 de la tabla 1, la distancia A-I (5cm.), dividida por la longitud de la base (11,5 cm.), dá un índice de 0,435.

Se usó la longitud de la base del cráneo, considerándola por su temprana osificación como una estructura cuyas dimensiones son poco variables en condiciones patológicas adquiridas. Por otra parte, con el desarrollo normal del cráneo, dicha longitud debería crecer proporcionalmente a la altura del inión. Si esta última consideración fuese exacta, el valor numérico de dicho índice, sería el mismo en individuos de diferentes edades. Se puede ver en las tablas 1 y 2, que ésto ocurre realmente; por ejemplo, los cuatro niños menores de 1 año en la tabla 1, tienen índices comparables a los de los niños de 14 en la tabla 2.

El valor promedio de este índice, en niños menores de 11 años, es de $0,41 \pm 0,04$; en niños mayores de 11 años, es de $0,405 \pm 0,054$; es decir, son prácticamente iguales.

20. Radiografías de cráneos con lesiones expansivas infratentoriales: La primera parte de este material patológico, consta de 24 casos de niños cuyas edades fluctúan entre 2 y 11 años, con lesiones expansivas de la fosa posterior. Este grupo comprendía 13 tumores y 6 tuberculomas, comprobados en la operación o autopsia; además se incluyen 5 casos en los cuales las historias clínicas y exámenes complementarios (ventriculografía, etc.), fueron considerados suficientemente demostrativos, si bien no hubo comprobación como en los casos anteriores. En estos enfermos se hicieron las mismas mediciones que en los casos normales.

El promedio de la distancia A-I en este grupo de enfermos es de $6,14 \pm 0,88$. Se puede observar que existe una diferencia notoria entre este promedio y el de los controles. El análisis estadístico de estas cifras nos demuestra que tal diferencia es real (Nota 1).

El índice I-B, en estos casos es de $0,45 \pm 0,06$. Si se le compara estadísticamente con el índice normal, se observa que entre ambos existe una diferencia real (Nota 1).

El mayor valor del índice en los casos con tumores se debería a que la longitud de la base del cráneo no se modifica por la enfermedad (tabla 1 y 3) en cambio el numerador de la fracción (A-I) aumenta en los casos patológicos. El 50% de estos casos presentó un índice mayor que 0,45 no sobrepasando este valor sino 1 de los normales.

En la tabla 4, se analizan con los mismos procedimientos, 10 enfermos con lesiones expansivas de fosa posterior cuyas edades fluctúan entre 12 y 14 años. Del análisis de las cifras presentadas en esta tabla se desprende que las modificaciones de la altura del inión son prácticamente nulas, por encima de los 11 años. El índice tampoco presenta diferencia significativa con respecto al normal.

30. Radiografías de cráneos con tumores supratentoriales: Se determinaron las mismas medidas que en los grupos anteriores en 12

NOTA: La desviación standard de la diferencia entre los dos promedios fue

calculada por medio de la fórmula: $\sigma_{dif} = \sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n} + \frac{\sigma_2^2}{N}}$

La desviación standard de la diferencia de los diámetros A-I es de 0,17 ,

$$\frac{\bar{x}}{\sigma} = 3$$

La desviación standard de la diferencia de los índices I-B es de 0,006 ,

$$\frac{\bar{x}}{\sigma} = 6$$

Por lo tanto, siendo en ambos casos $\frac{\bar{x}}{\sigma}$ mayor que 2 (dos desviaciones standard) , existe una diferencia estadísticamente significativa en los dos.

TABLA No. 2

Medidas de las distancias atlas-ini3n, base del cr3neo e 3ndice ini3n-base, en 16 radiograf3as de ni3os normales entre 12 y 14 a3os.

No.	Edad	A-I	B	Indice
1	12	5,5	14	0,393
2	12	6	14,3	0,42
3	13	5,8	14,2	0,409
4	13	6,5	14,5	0,448
5	13	6	14	0,428
6	13	5,6	15	0,374
8	13	6	16	0,376
7	13	6	14,5	0,414
9	13	5,7	15	0,38
10	13	6	14,5	0,414
11	14	6	15	0,40
12	14	6,8	15	0,453
13	14	6	14,5	0,412
14	14	6	14,3	0,42
15	14	5	14	0,358
16	14	5,8	15	0,386
Promedios		5,91	14,6	0,405
D. Standard		0,5	0,7	0,027

casos con lesiones expansivas supratentoriales cuyas edades fluctúan entre 1 y 10 a3os. En la clasificaci3n de estos casos se sigui3 el mismo criterio que el utilizado con los enfermos de tumores infratentoriales (tablas 5). Es posible observar que el promedio de las distancias A-I y de los 3ndices expuestos en la tabla 5, son de la misma magnitud que los valores normales. En ning3n caso se encontr3 un 3ndice superior a 0,45.

Discusi3n — En necesario aceptar que los tumores infratentoriales hacen crecer la fosa posterior desproporcionadamente al resto del cr3neo. Dicho crecimiento no ser3a originado por la hipertensi3n intracraneana, a que dan origen tales tumores, ya que las neoformaciones supratentoriales que pueden provocar hipertensiones comparables, no producen tal aumento.

Se ha dicho anteriormente que el 50% de los tumores infratentoriales tienen un 3ndice mayor que 0,45 y s3lo el 2% en los casos normales (1 caso). Ninguno de los tumores supratentoriales present3 tal

valor. Por consiguiente, un índice de esta magnitud, indicaría la existencia de un tumor de la fosa posterior en el 98% de los casos, siempre que se trate de niños menores de 11 años.

Es interesante insistir que las variaciones de la distancia A-I y el índice sólo tienen valor hasta los 11 años. Por encima de dicha edad, los tumores de la fosa posterior no modifican la altura del inión en los casos presentados. El cráneo ha perdido su plasticidad y no se adapta a la presencia de la neoformación.

En los casos presentados, no se puede establecer una relación entre el aumento del índice, el diagnóstico histológico y de localización y la evolución de la enfermedad.

TABLA No. 3

Medidas de las distancias atlas-inión, base del cráneo e índice inión-base en 24 radiografías de niños con lesiones expansivas infratentoriales entre 2 y 11 años.

No.	Edad	Diagnóstico	T. de Evolución	A-I	B	Índice
1	2	T. Cerebelo?	1½ a.	6	13	0,46
2	2	Tuberculoma Cereb.	6 ms.	5,6	14	0,40
3	2½	Glioblastoma cereb.	3 ms.	6,2	12,6	0,498
4	3	Tuberc. Protuberancia	3 ms.	5,8	13,2	0,44
5	3	Tuberc. Cerebelo	2 ms.	6	13	0,46
6	3	Coroideoepitelioma No. V	5 ms.	5,2	14	0,372
7	4	T. Cerebelo?	3 ms.	5,7	13	0,438
8	4	Astrocitoma Cerebelo	1 a.	6,2	13	0,476
9	4	Ependimoma 4o. V	5 ms.	6,5	13,8	0,47
10	4	Tuberc. Cerebelo	2 ms.	6,2	12	0,515
11	5	Tuberc. Cerebelo?	6 ms.	6	13,5	0,445
12	6	T. Cerebelo?	1 a.	5,5	13	0,423
13	6	Astrocitoma cerebelo	7 ms.	6	13,5	0,445
14	7	Ependimoma 4o. V	2 ms.	6,2	13,6	0,455
15	8	Tuberc. Cerebelo	1 a.	6,2	13,5	0,46
16	8	Glioblastoma Cerebelo	5 ms.	6,2	14,5	0,426
17	8	Glioblastoma cerebelo	4 ms.	6,7	15,2	0,44
18	9	" "	3 a.	7	14,5	0,482
19	10	" "	4 ms.	7	13,7	0,51
20	10	" "	4 ms.	6,5	15,7	0,414
21	10	T. Cerebelo sin ex. hist.	2 ms.	6,2	13,5	0,46
22	11	Tuberc. cerebelo	2 ms.	6,5	14,2	0,458
23	11	Glioblastoma cerebelo	10 ms.	6	13,5	0,445
24	11	T. Cerebelo?	2 ms.	6	14,5	0,414
Desviación Standard				6,14	13,66	0,45
Promedios				0,44	0,9	0,03

TABLA No. 4

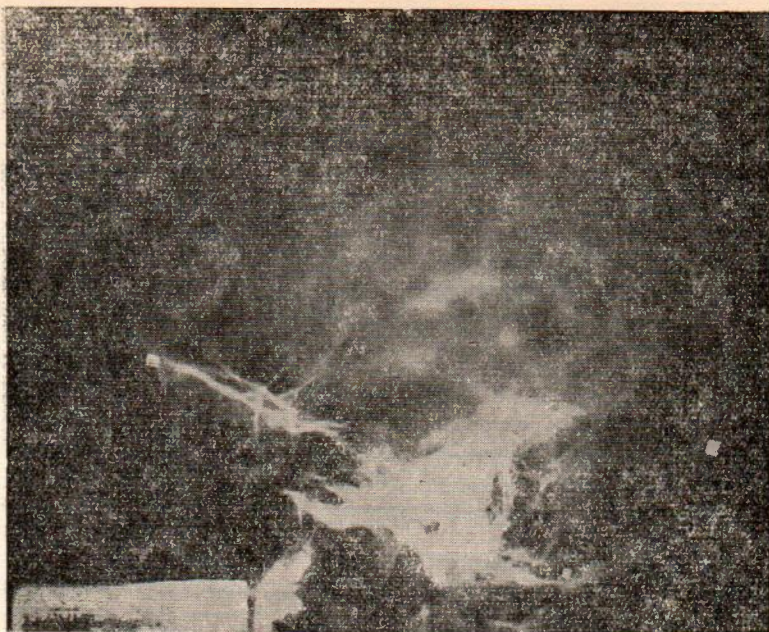
Medidas de las distancias atlas-ini6n, base del cr6neo e 6ndice ini6n-base en 10 radiografias de ni6os con lesiones expansivas infratentoriales entre 12 y 14 a6os.

No.	Edad	Diagn6stico	T. de Evoluci6n	A-I	B	6ndice
1	12	Glioblast. cerebelo	3 ms.	5,7	14,5	0,394
2	12	Tuberc. protuberancia	3 ms.	5	13,5	0,37
3	12	Tuberc. cerebelo	7 ms.	6,2	14,5	0,426
4	12	Astrocitoma cerebelo	1 a.	6	14,5	0,414
5	13	Glioblast. bulbo y protub	4 ms.	5,5	13,7	0,401
6	13	Corioepitelioma 4o. V.	7 ms.	6,2	15	0,413
7	14	T. Cerebelo?	1 a.	6,6	15,5	0,425
8	14	Astrocitoma cerebelo	3 ms.	6	15	0,40
9	14	Tuberc. Protuberancia	7 ms.	6	15	0,40
10	14	T. Cerebelo?	2 a.	6	15	0,40
Promedios				5,92	14,62	0,404
Desviaci6n Standard				0,4	0,59	0,02

TABLA No 5

Medidas de las distancias atlas-ini6n, base del cr6neo e 6ndice ini6n-base en 12 radiografias de ni6os con lesiones expansivas supratentoriales entre uno y medio y 10 a6os.

No.	Edad	Diagn6stico	T. de Evoluci6n	A-I	B	6ndice
1	1½	T.? hemisferio	8 ms.	5,5	13	0,423
2	3	Meningioma 3o. V	1 a.	5,5	12,4	0,444
3	3½	T. Cerbr. no comprobado	5 ms.	5	12,5	0,40
4	4	Glioblast. mesenc6falo	1 ms.	5,2	13,7	0,38
5	5	T.? hemisferio	2 ms.	5,5	14,5	0,38
6	6	T.? hemisferio	6 ms.	5,4	13,1	0,412
7	7	T. Cerebral?	6 ms.	5,9	13,5	0,437
8	8	T. Cerebral?	6 ms.	6	14	0,428
9	8	Glioblast. hemisferio	1 a.	5,5	13,3	0,414
10	9	Tuberc.? n6cleos centr.	5 ms.	5,5	13,6	0,407
11	10	Tuberc.? hemisferio	1 ms.	6,2	14,5	0,427
12	10	Tuberc. hemisferio	7 ms.	4,7	13,2	0,356
Promedios				5,49	13,43	0,404
Desviaci6n Standard				0,4	0,7	0,02



Localización de los puntos de medición.

Resumen — 1o. - Se determinó en 52 casos normales, 24 con tumores infratentoriales y 12 con tumores supratentoriales la distancia A-I.

2o. - En los mismos casos se calculó un índice (I-B) obtenido determinando la razón existente entre la distancia A-I y la longitud de la base del cráneo. Los índices medios son respectivamente 0,41, 0,40 en cada grupo de casos.

3o. - La distancia A-I y el índice I-B, aumentan significativamente en los niños menores de 11 años, con lesiones expansivas de la fosa posterior.

4o. - En los casos con lesiones expansivas supratentoriales las medidas obtenidas fueron de la misma magnitud que las normales.

5o. - En el 50% de los casos con lesiones expansivas infratentoriales, el índice I-B es mayor que 0,45 sólo 1 de los controles y de los casos con lesiones expansivas supratentoriales sobrepasó esta cifra.

Bibliografía.

- I DANDY W. Lewis' Practice of Surgery — Hagerstown, Maryland. W. F. Prior Company, I.N.C. 1945.
- II PIZZI M. Los Métodos Estadísticos y su aplicación a la Medicina, Santiago de Chile. Imprenta Universitaria, 1947.

HIPOTENSION INTRACRANEANA

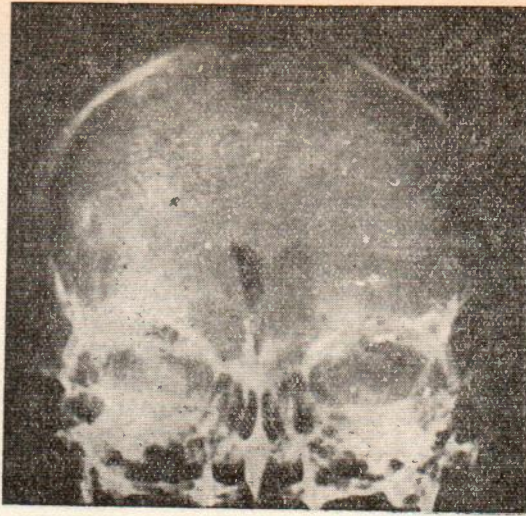
DR. E. BUSTAMANTE ZULETA
Profesor de Neurología.

A pesar de su relativa frecuencia en la práctica diaria, en la literatura neurológica se mencionan rara vez casos de hipotensión intracraneana. Sólo los autores franceses se han venido ocupando de este tema desde los primeros trabajos de Leriche en 1915 sobre la hipotensión intracraneana postraumática, hasta llegar a la descripción de un síndrome bien definido en los trabajos de P. Puech y colaboradores. En la literatura suramericana no conocemos ningún trabajo a este respecto. Por tal motivo nos parece de interés la presentación de dos casos de hipotensión intracraneana espontánea observados en nuestro servicio. Sólo mencionaremos otros dos por estar todavía en observación.

* * *

2-VIII-49. D. M. 62 años. Como antecedentes de importancia sólo refiere afección hepática indeterminada desde hace dos años. La enfermedad actual se inicia hace tres meses con pérdida notoria y progresiva de la memoria de fijación. Un mes después comenzó a sentir cefalea occipital continua, intensa y acompañada desde los primeros días de vómitos alimenticios frecuentes. A los ocho días de iniciada la cefalea, aparecieron trastornos de la marcha, marcha en zig-zag, tambaleante y con ligera tendencia a caer hacia la derecha. Durante las dos últimas semanas el cuadro se agravó, apareció hipo frecuente, sordera y zumbidos por el oído derecho; disartria y dificultad para la deglución de los sólidos. Por fin desde hace once días hay trastornos acentuados de la conciencia, estupor, somnolencia e incontinencia esfinteriana.

Al examen se encuentra una enferma enflaquecida, deshidratada, con movimientos continuos de la cabeza y de los miembros superiores lentos y poco amplios. Pulso 80 P. A. 120 y 80. Papilas rojas de bordes



Sistema ventricular de posición y tamaño normales.
Ligera dilatación del polo frontal izquierdo.

borrosos. Somnolienta, desorientada en el tiempo. Memoria deficiente. No es capaz de mantener la atención y se fatiga rápidamente con las preguntas y las órdenes que obedece más o menos correctamente al principio. Adopta actitudes catatónicas, las que mantiene largo tiempo y se encuentra cierta rigidez de oposición a los movimientos pasivos de los cuatro miembros. Los reflejos osteotendinosos están exagerados y se encuentra un signo de Babinski bilateral.

Sospechando la existencia de metastasis cerebrales múltiples, se hizo una ventriculografía por trepanopunción de los cuernos occipitales. Desde la apertura de la duramadre se notó la existencia de una gran hipotensión intracraneana, el cerebro se encontró separado de la meninge por lo menos $\frac{1}{2}$ cm. La punción ventricular dio salida a pocas gotas de L. C. R. y sólo aspirando se pudieron sacar 5 cc. Se inyectó aire en ambos ventrículos en cantidad de 30 cc., mucha parte del cual fue expulsado. Las radiografías (Fig. 1) muestran un sistema ventricular pequeño, pero de forma y posición normales.

El L. C. R. retirado de los ventrículos era xantocrómico con 0.88 gr. de albúmina, 12 células, globulinas positivas, Wasserman negativo.

Después de la ventriculografía la paciente comenzó a mejorar lentamente, el estado confusional fue desapareciendo lo mismo que la cefalea y los vómitos. Al cabo de un mes su estado era muy satisfactorio y un año y medio después se encuentra en perfectas condiciones.

10-VIII-50. J. H. 40 años. Sin antecedentes de importancia. Desde hace 4½ meses se queja de cefaleas frecuentes, intensas, de localización occipital con irradiación frontal, matinales, exageradas por los esfuerzos y la tos, acompañadas cuando son muy frecuentes de náuseas. 1½ meses después comenzó a notar disminución progresiva de la visión, especialmente por O. D., ambliopias y diplopias pasajeras.

Al examen se encuentra: edema papilar bilateral, mayor en O. D. Visión O. D. 20/25, O. I. 20/25. Gran estrechamiento del campo visual y aumento de la mancha ciega. Discreto temblor intencional en el miembro superior derecho.

Al hacer la ventriculografía se encontró una acentuada hipotensión con aspiración espontánea de aire hacia los ventrículos. Las radiografías muestran una dilatación de todo el sistema ventricular sin deformaciones ni indicios de obstrucción a ningún nivel.

En este caso también, se produjo una notable mejoría después de la ventriculografía y actualmente se encuentra trabajando en buenas condiciones.

* * *

La etiología de este síndrome es múltiple, las causas más frecuentes y más importantes son, en primer lugar los traumatismos del cráneo los cuales en un cierto porcentaje de casos provocan hipotensión, unas veces por pérdida abundante de L. C. R. y otras posiblemente por un trastorno del metabolismo hídrico después de una lesión hipotalámica producida por el mismo trauma. Desde hace tiempo se conoce el papel del hipotálamo e hipófisis en la regulación de este metabolismo y aún más, en las modificaciones de la imbibición cerebral, habiéndose logrado obtener un brusco edema cerebral después de una ligera lesión de la región hipotalámica. Es lógico que el fenómeno opuesto que trae como consecuencia la hipotensión, pueda tener lugar por lesiones a este nivel.

Creemos que en las hipotensiones no traumáticas y especialmente las espontáneas, el papel del hipotálamo debe ser también importante.

En segundo lugar están las hipotensiones consecutivas a una operación intracraneana, a la extirpación de un tumor, evacuación de un hematoma, a un drenaje ventricular y aun los casos bien conocidos y frecuentes que siguen a una punción lumbar o a una anestesia raquídea. La patogenia de estos casos debe ser semejante a la de los postraumáticos, sea una pérdida grande de L. C. R. después de una punción lumbar o trastornos vasomotores de cualquier origen en los casos que siguen a una intervención intracraneana.

Múltiples afecciones neurológicas, que corrientemente dan lugar a cuadros de hipertensión intracraneana, como meningitis tuberculosas, meningitis agudas, meningoencefalitis, etc.; pueden traer una hipoten-

sión secundaria que si no es tratada correctamente conduce por sí misma, en muchos casos, a la muerte del paciente.

Por fin las hipotensiones primitivas o espontáneas, en las cuales, como en los casos que presentamos, no se encuentra ninguna etiología ni se descubre ninguna causa que explique la aparición del cuadro. Posiblemente aquí también hay alguna acción vascular, inflamatoria o tóxica que obra sobre el hipotálamo provocando un trastorno en el equilibrio hídrico del cerebro. Otros casos son debidos a una atrofia de los plexos coroideos. Puech refiere un caso en el cual la autopsia permitió comprobar una atrofia acentuada de los plexos coroideos; en estos pacientes como lo demuestra el caso citado, la respuesta al tratamiento es muy pequeña o ninguna lo que los distingue de aquellos con otra etiología en los cuales la respuesta terapéutica es generalmente espectacular y duradera.

Los síntomas que caracterizan este síndrome son múltiples y se han descrito formas clínicas variadas; sin embargo los síntomas predominantes son generalmente cefaleas, que tienen muchas veces la característica de aumentar cuando el paciente eleva la cabeza, trastornos de la conciencia, que pueden llegar hasta el coma en los casos graves, trastornos psíquicos polimorfos y síntomas neurológicos diversos: parálisis, convulsiones, trastornos vegetativos, de la temperatura, vasomotores y deshidratación general. El edema papilar se presenta en un buen porcentaje de casos haciendo más posible la confusión con una hipertensión intracraneana. El diagnóstico es más sencillo en los casos postraumáticos benignos en los cuales el paciente se queja especialmente de cefalea intensa, mareos y estado sincopal cuando intenta levantar la cabeza.

La mayoría de las veces, sin embargo, el diagnóstico se hace al intentar una ventriculografía en un paciente con una presunta hipertensión intracraneana. Desde la apertura de la meninge se puede encontrar entonces el cerebro colapsado, separado de la duramadre y al hacer la punción ventricular el L. C. R. sale con dificultad y aun puede haber una aspiración espontánea de aire a los ventrículos.

El restablecimiento del equilibrio tensional intracraneano, que es el objetivo del tratamiento, puede hacerse durante la misma ventriculografía por la inyección de aire o suero fisiológico dentro de los ventrículos. En muchos casos esto solo es suficiente; otros necesitan una rehidratación general intensa por medio de inyecciones repetidas de sueros por las vías acostumbradas, con mayor razón si el paciente está en coma y con temperatura alta, entonces la hidratación debe ser masiva, hasta seis litros en las veinticuatro horas. Las inyecciones de agua destilada son útiles especialmente en los casos postraumáticos y en los otros para ayudar a la acción del tratamiento general.

Es importante tener en cuenta este síndrome que debe presentarse con alguna frecuencia en todo servicio de neurocirugía, para en

los casos de duda hacer una punción ventricular que permita aclarar el caso e instalar el tratamiento adecuado que la mayoría de las veces salva la vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. LERICHE, R. De l'hypotension post-traumatique du liquide cephalo-rachidien. *Revue Neurologique*, 1943, 80: 448-458.
2. MAHOUDEAU, D. Le syndrome d'hypotension intracranienne. *Presse Medical*, 1943, 10: 118-119.
3. MORICE, J. L'hypotension intracranienne. *Paris: Gaston Doin*, 1945.
4. PETITE-DUTAILLIS, D., et GUIOT, G. Hypotension intracranienne. Indications therapeutiques. *Revue Neurologique*, 1948, 80: 474-479.
5. PUECH, P., LHERMITTE, J., BUVAT, J. F., LERIQUE-KOECHELIN, A., et PERRIN, J. Un cas d'hypotension intracranienne spontanee, avec constatations anatomiques. *Revue Neurologique*, 1942, 74: 316-317.
6. PUECH, P., PERRIN, J., et KOECHELIN, A. L'hypotension intracranienne. Etude clinique. *Presse Medical*, 1942, 38: 522-523.
7. PUECH, P., GUILLY, P., MORICE, J., et BRUN, M. Les principales formes de l'hypotension intracranienne. *Revue Neurologique*, 1948, 80: 458-473.

HIDROCEFALIA

DR. E. BUSTAMANTE ZULETA
Profesor de Neurología.
DR. ALFONSO ASENJO

Con el término hidrocefalia se designan diversas entidades de patogenia y causas distintas (macrocefalia, hematoma subdural, tumor cerebral, meningitis, etc.) Sin embargo, sólo debe entenderse como hidrocefalia la que resulta de un aumento de la presión del L. C. R., dentro de los ventriculos cerebrales con el consiguiente aumento de tamaño de los mismos (Putnam) (12).

Según Murphy (11) la hidrocefalia se presenta en los recién nacidos en una proporción del 0,67 por mil, basado este porcentaje en el control de 130.000 nacimientos. Pero la hidrocefalia puede presentarse también en cualquiera otra época de la vida sólo diferenciándose por las distintas causas de obstrucción en cada edad y por las manifestaciones clínicas que varían con la soldadura de los huesos del cráneo.

En los primeros meses de la vida las causas más frecuentes son las malformaciones congénitas (atresia del acueducto, falta de desarrollo de los agujeros de Luschka y Magendie, ausencia congénita de

las cisternas y obstrucción congénita de las mismas a nivel del tronco cerebral) y por eso con gran frecuencia este tipo de hidrocefalia se presenta asociado a espina bífida, meningo o encefalocele, malformación de Arnold Chiari, etc. Sin embargo puede ser debido también, aunque con menor frecuencia, a procesos tumorales o inflamatorios del tipo de la aracnoiditis adhesivas producidas durante el parto. Más adelante las causas son principalmente inflamatorias y tumorales; ésta última etiología se va haciendo cada vez más frecuente a medida que se avanza en edad.

Marburg (10) menciona la herencia como factor importante en la producción de las hidrocefalias congénitas y cita algunos autores quienes presentan casos demostrativos. Las trombosis de las yugulares, de los senos venosos y las obstrucciones de la vena de Galeno se citan también como causas de hidrocefalias.

Para comprender la patogenia de las hidrocefalias, es necesario conocer la fisiología del líquido cefalo-raquídeo. Este se forma normalmente en los plexos coroideos, pero en condiciones especiales, como en procesos inflamatorios, traumatismos e hipertensión vascular, el líquido se deriva de los vasos cerebrales de la misma manera como se forman los derrames líquidos en cualquier parte del organismo.

El líquido formado en los plexos coroideos circula por todo el sistema ventricular hasta salir por los agujeros de Magendie y Luschka a la cisterna magna, de donde se reparte al canal raquídeo y a las cisternas de la base y sus ramas hasta los espacios subaracnoideos de la convexidad, en donde es absorbido a través de las paredes capilares; alguna parte se absorbe también en los espacios subaracnoideos espinales pero, como lo demuestran los hechos, ésta es una cantidad despreciable. En las paredes ventriculares y el espacio subdural el líquido no es absorbido o sólo lo es en cantidad mínima.

División.

Las hidrocefalias se han dividido en hidrocefalias internas y externas. Las últimas se pueden encontrar en dos circunstancias: 1o. como una modificación de la interna cuando hay una obstrucción entre las cisternas y los espacios subaracnoideos, lo que trae como consecuencia la dilatación de aquellas que crecen lateralmente formando bolsas líquidas de variado tamaño sobre uno o ambos hemisferios y 2o. cuando por cualquiera circunstancia (rotura de las paredes de las cisternas) el líquido pasa del espacio subaracnoideo al espacio subdural en donde no puede ser absorbido. La acumulación del líquido en este espacio va lentamente empujando al cerebro hacia la base en donde está firmemente sujeto por los nervios craneanos y el tronco cerebral hasta quedar reducido a su mínimo volumen. Cuando el cerebro está

firmemente adherido al seno longitudinal, la presión del líquido por fuera de él lo rechaza hacia la línea media aplastándolo completamente.

La hidrocefalia interna a su vez se ha dividido en **hidrocefalia comunicante** e **hidrocefalia no comunicante**, división basada en la presencia o ausencia de comunicaciones entre los ventrículos y el espacio subaracnoideo espinal.

Estos dos tipos de hidrocefalia aparentemente tienen dos patogenias distintas: en la no comunicante la hipertensión se debe a un bloqueo de la circulación del líquido cefalo-raquídeo de cualquier naturaleza en el 3er. ventrículo, acueducto de Sylvio o 4o. ventrículo. En cambio en las comunicantes hay un defecto de absorción del líquido o una hipersecreción del mismo (Sachs) (13). Este mecanismo es negado por muchos autores (Putnan 12) Greenwood, (6) Dandy (13).

Sin embargo Ford (5) menciona un caso de hidrocefalia comunicante en el cual la única lesión en la autopsia fué una hipertrofia de los plexos coroideos.

En realidad todas las hidrocefalias son obstructivas, pues en todas hay una obstrucción sea en el sistema ventricular (acueducto, 4o. ventrículo) o en los espacios subaracnoideos (cisternas de la base, espacios subaracnoideos de la convexidad) impidiendo cualquiera de los dos tipos de obstrucción la llegada del líquido cefalo-raquídeo a su lugar de absorción.

En algunos tipos de hidrocefalia ésta puede ser agravada por el desarrollo de una obstrucción secundaria de los espacios subaracnoideos a nivel del foramen de Pacchioni, producida por la hernia del cerebro a este nivel. Es necesario tener en cuenta esta posibilidad para la elección del tratamiento.

Distintas causas de hidrocefalia

Todas las siguientes con causas de hidrocefalia:

- 1o Obstrucción de los agujeros de Monro, generalmente de origen tumoral, pero también en muchos casos de origen inflamatorio.
- 2o Obstrucciones del acueducto de Sylvio debidas, en las hidrocefalias congénitas, a una atresia del acueducto. Pueden ser también producidas por procesos tumorales o inflamatorios; como secuela de las meningitis neumocócicas en las que el grumo de pus se enclava en el acueducto para organizarse luego; provocando una estenosis cicatricial.
- 3o Obstrucciones de los agujeros de Luschka y Magendie. También como las anteriores son de origen congénito, tumoral o inflamatorio, siendo la causa de obstrucción más común a este nivel los tumores del 4o. ventrículo. Cuando hay una ausencia congénita de los agujeros de Luschka y Magendie, las paredes del 4o. ventrículo pueden encontrarse distendidas formando un gran quiste que

ocupa gran parte de la fosa posterior provocando una gran atrofia del cerebelo que se encuentra completamente aplastado (fig. 1).

4o Obstrucciones de las cisternas. En algunos casos la hidrocefalia es debida a una ausencia congénita de las cisternas, encontrándose las meninges adheridas a la base del cerebro. En otros casos la malformación es menor, existiendo únicamente la cisterna magna, o todas las cisternas abiertas hasta el quiasma, con ausencia entonces de las ramas de los espacios subaracnoideos.

En otros casos las cisternas son separadas del resto de los espacios subaracnoideos por tejido cicatricial, generalmente consecutivo a la organización de los exudados de una meningitis purulenta curada o una meningitis basal tuberculosa o sifilítica.

Sintetomatología.

La sintomatología de las hidrocefalias depende exclusivamente de la hipertensión intracraneana, excepto en los casos de origen tumoral en los cuales se asocian los síntomas del mismo; por consiguiente los síntomas que se encuentran son los de una hipertensión y en los casos más avanzados los provocados indirectamente por ella o por complicaciones de la misma.

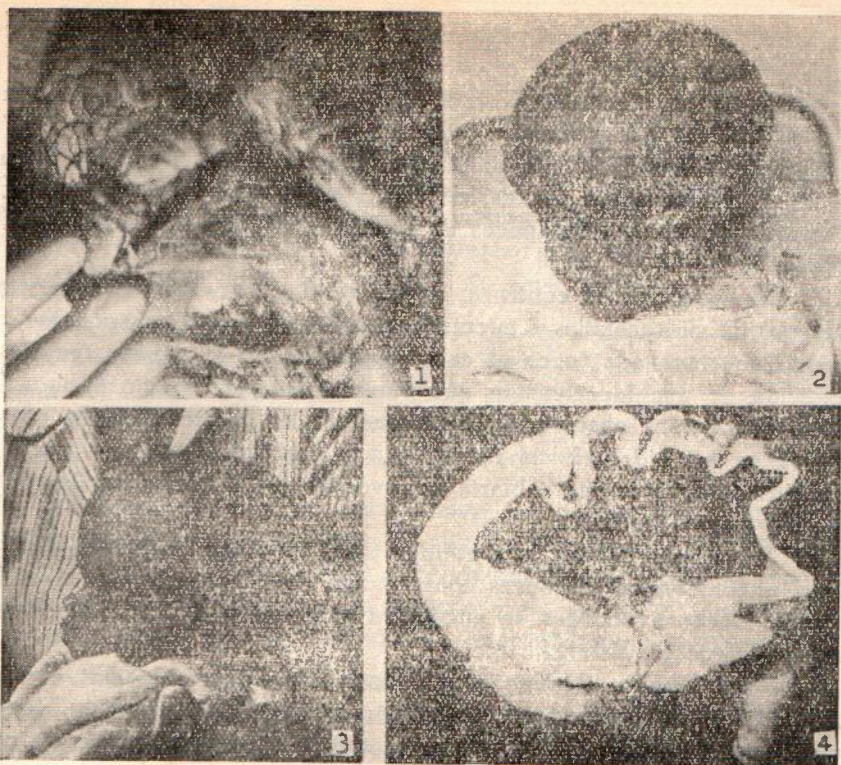
La sintomatología, especialmente los síntomas objetivos, varían fundamentalmente con la edad, debido a la ausencia de soldadura de los huesos del cráneo en los niños. Sólo describiremos someramente los síntomas en éstos en quienes la hidrocefalia constituye un problema especial, el cual hay que considerar desde un punto de vista distinto al de las hidrocefalias de los adolescentes y los adultos.

En los primeros periodos de la hidrocefalia el único síntoma es el aumento de tamaño del cráneo debido a la separación de las suturas y al ensanchamiento de las fontanelas que al mismo tiempo se ponen tensas. Generalmente esto es notado, en las hidrocefalias congénitas a la edad de 3 meses.

Debido a la facilidad con la cual el cráneo cede al aumento de presión del liquido cefalo raquídeo, los síntomas clásicos de la hipertensión intracraneana faltan, encontrándose únicamente los vómitos con alguna frecuencia.

El aumento de tamaño de la cabeza puede observarse hasta los 8 años cuando los huesos del cráneo aún no están firmemente soldados, sin embargo a esta edad la cabeza no alcanza grados exagerados de ensanchamiento. Un pequeño aumento de la circunstancia craneana puede encontrarse hasta los 13 y aún hasta los 15 años. En algunas ocasiones se puede observar una separación de la sutura bregmática todavía más tarde. (3).

El aspecto del niño hidrocefálico es característico. Se encuentra una cabeza muchas veces enorme (fig. 2) agrandada a expensas de todos sus diámetros, la frente prominente, los ojos hundidos y re-



- Fig. 1.—Gran quiste del 4º ventrículo. Cerebelo escabado y atrófico.
 Fig. 2.—Gran hidrocefalia. Cráneo de 64 cms. de circunferencia; sin embargo el niño puede mantenerse todavía sentado y aun de pie.
 Fig. 3.—Cráneo y facies hidrocefálicas típicas. Venas muy dilatadas.
 Fig. 4.—Hidrocefalia. Gran destrucción cerebral predominante en un hemisferio.

chazados hacia abajo de tal manera que el párpado inferior cubre las pupilas. El párpado superior traccionado por el gran desarrollo de la frente no alcanza a cerrar los ojos. El estrabismo convergente es frecuente. La fontanela bregmática ampliamente abierta, abombada, tensa y sin latidos. Las suturas separadas; en un caso (4 meses de edad) de evolución muy rápida, hemos visto el frontal abierto hasta el nacimiento y todas las suturas, aún las temporales ampliamente abiertas. Las venas del cuero cabelludo están siempre dilatadas y muy visibles (fig. 3).

A medida que la hidrocefalia va progresando van apareciendo nuevos síntomas que no son ya síntomas de hipertensión, si no que dependen de la acción de ésta sobre el encéfalo.

Como consecuencia de la dilatación ventricular la sustancia cerebral se hace cada vez más escasa, llegándose a encontrar en casos

avanzados el cerebro reducido a una simple membrana transparente que sirve de límite a los ventrículos enormemente dilatados. Los núcleos centrales resisten en mucho mayor grado y en general se encuentran menos afectados (fig. 4). Esta progresiva destrucción cerebral se traduce por síntomas psíquicos y motores. El niño se vuelve indiferente, somnoliento, no presta atención al medio ambiente, ni juega, no reconoce a sus padres, etc. Es notorio también el atraso en el desarrollo motor, son incapaces de pararse, sentarse o aún sostener la cabeza.

En los niños, al contrario de los adultos, la visión es poco afectada por la hidrocefalia y mientras la cabeza puede ensancharse la visión es preservada, pues el ensanchamiento de la cabeza impide al aparición de una hipertensión que pueda afectar el nervio óptico. Un hecho que hemos observado con frecuencia es la presencia de edema papilar en las hidrocefalias tumorales, en contradicción con lo que acabamos de decir lo que hablaría en favor de que el edema papilar no es sólo de origen mecánico.

Los trastornos de la motilidad sólo aparecen en los estados finales, encontrándose entonces contracturas de los cuatro miembros. En estados menos avanzados se encuentra exagración de los reflejos tendinosos, signo de Babinski, etc.

Para Dandy (3) una pronta aparición de los síntomas motores sugiere la existencia de una obstrucción en los agujeros del 4o. ventrículo. También puede observarse en aquellos casos en los cuales el proceso que provoca la obstrucción en el acueducto de Sylvio se extiende hacia adelante comprometiendo la vía piramidal.

Según Aubry y Thurel (1) en los casos de obstrucción de Magendie y Luschka, existen siempre francos síntomas cerebelosos.

La hidrocefalia puede evolucionar durante años, sin embargo la mayoría de los niños afectados mueren antes de los cinco años, generalmente por afección intercurrente. Una meningitis puede ser el término, aparecida a consecuencia de las escaras del cuero cabelludo provocadas por la inmovilidad de la cabeza.

En algunos casos se observa una detención espontánea de la hidrocefalia con sobrevida del paciente hasta la edad adulta. Muchas de estas curaciones, creemos, pueden ser debidas a una ruptura espontánea de las paredes del 3er. ventrículo, lo que abre una nueva vía a la circulación del líquido.

Diagnóstico.

Debe pensarse en la hidrocefalia en todo niño en quien se comprueba un aumento rápido de la circunferencia del cráneo (la circunferencia normal del cráneo al nacer es de 34 a 35 cms., a los 6 meses 42 a 43, al año 44 a 45, al año y medio 47, a los dos años 48,5 y a los 3 años 50 cms.) con tensión y agrandamiento de las fontanelas,

que no pulsán ni se deprimen normalmente en la posición erecta, acompañado de vómitos fáciles, apatía, indiferencia o inquietud, y proponer el tratamiento adecuado, lo más rápidamente posible, antes de que el estado mental esté demasiado afectado. En otros casos es necesario hacer el diagnóstico diferencial con una macrocefalia congénita sin hipertensión, para lo cual lo más sencillo es medir la presión ventricular. Si el niño está tranquilo y no grita, no es necesario el uso de anestésicos; en el caso contrario se pueden usar pequeñas dosis de Evipan o Pentotal por vía intramuscular o subcutánea. En los niños normales la presión es de 50 a 80 mm. de agua (Putnam).

Las meningitis pueden presentarse en los recién nacidos con pocas modificaciones del estado general y simulando una hidrocefalia; el examen del líquido ventricular revela la causa y conduce a un tratamiento racional. Muchas de estas meningitis después de curadas dejan como secuela una hidrocefalia verdadera.

El diagnóstico de las hidrocefalias de origen tumoral es generalmente difícil; ésta sin embargo es rara en los lactantes. En los niños mayores se debe pensar primero en el tumor especialmente cuando va acompañada de síntomas focales francos y de aparición temprana; en los casos dudosos la ventriculografía puede aclarar el diagnóstico.

Los hematomas subdurales pueden también simular una hidrocefalia, pero en aquellos el tamaño de la cabeza aumenta menos rápidamente y no alcanza grados avanzados (3). Muchas veces al intentar la punción ventricular se cae sobre el hematoma, como en un caso maestro en el que una ventriculografía hecha posteriormente mostró el rechazo del sistema ventricular.

Diagnóstico del tipo de hidrocefalia.

Las radiografías del cráneo muestran un adalgamiento considerable de todos los huesos del cráneo, las suturas separadas y las fontanelas abiertas. Un signo útil para diferenciar algunos tipos de hidrocefalia es las modificaciones de la distancia entre el inión y el tubérculo del atlas, en las radiografías laterales. En los casos de hidrocefalias comunicantes o por obstrucción alta del acueducto esta distancia está proporcionalmente disminuída; en cambio en las debidas a una obstrucción a nivel del 4o. ventrículo o la cisterna magna, la fosa posterior está agrandada y por consiguiente la distancia entre el atlas y el inión aumentada.

La ventriculografía sirve para señalar el sitio de la obstrucción, pero por la gran mortalidad que tiene en los niños no debe ser usada más que en casos excepcionales, bastando en general saber si la hidrocefalia es comunicante o no. Como siempre es útil conocer el grado de la atrofia cerebral, se puede sin peligro inyectar unos 30 o

40 c.c. de aire, mientras se hacen las pruebas de permeabilidad, lo que nos da una idea del tamaño de los ventrículos.

En algunos casos se ha usado la inyección intraventricular de lipiodol (1 a 2 cms. cúbicos) que muestra el lugar de la obstrucción o la libre comunicación del sistema ventricular con los espacios subaracnoideos espinales.

Otro método para diferenciar el tipo de hidrocefalia es el ideado por Dandy inyectando por vía lumbar 1 c.c. de una solución neutra de fenolsulfontaleina y puncionando 20 minutos después un ventrículo lateral. Si al cabo de este tiempo el líquido está coloreado, se trata de un hidrocefalia comunicante, en el caso contrario se puede asegurar que haya una obstrucción a cualquier nivel en el sistema ventricular.

La prueba con la técnica de Dandy tiene otra ventaja y es que permite la comprobación de aquellos casos en que existen dos obstrucciones, una en el sistema ventricular y otra en las cisternas de la base. Para esto se controla la presencia del colorante en la orina, el cual a las dos horas, de haber sido inyectado se ha eliminado en un 40% en los casos en los cuales no hay defecto de absorción. Cuando existe un bloqueo de las cisternas, la cantidad excretada por la orina en este período es menor del 10%. Cuando no se dispone de sulfofenoltaleina, se puede usar sin inconvenientes azul de metileno 1/2 c.c.

Sachs (13) para evitar las alzas térmicas que provee en ocasiones el colorante, usa otro método que consiste en colocar un manómetro o tubo calibrado conectado con una aguja intraventricular y otro a una aguja intraraquídea. Colocado el niño en posición horizontal, el líquido sube a igual altura en ambos tubos, en los casos de hidrocefalia comunicante. Cambiando la posición del niño, el nivel en el tubo ventricular sube cuando baja la cabeza y baja cuando sube ésta, a la inversa en el tubo raquídeo. En los casos de hidrocefalia obstructiva los niveles son distintos y no hay relación entre las modificaciones provocadas con los cambios de posición. Para que esta prueba tenga valor es necesario que el niño permanezca tranquilo; en caso contrario se pueden usar pequeñas dosis de barbitúricos solubles.

Tratamiento.

Para el tratamiento de las hidrocefalias no tumorales se han usado desde hace mucho tiempo una gran cantidad de métodos y se han ideados innumerables técnicas y procedimientos. Pasaremos por alto todos estos procedimientos, muchos de los cuales se han abandonado definitivamente. Sólo tomaremos en consideración los métodos actualmente más usados y efectivos que pueden reducirse a tres, aunque cada uno presenta según los distintos autores algunas variaciones técnicas que no nos parecen esenciales.

Aún las obstrucciones de los agujeros de Luschka y Magendie, que parecen fácilmente tratables por la apertura quirúrgica de los mismos se benefician más de los métodos que describiremos a continuación, debido a la alta mortalidad que tiene el ataque directo al lugar de la obstrucción en los niños (Dandy); más adelante es utilizable y los riesgos son los de cualquiera operación de fosa posterior. Como dijimos al hablar del diagnóstico, es esencial conocer el tipo de hidrocefalia para poder llevar a cabo el tratamiento adecuado, distinto en cada caso. Señalaremos primero los métodos para el tratamiento de las hidrocefalias no comunicantes.

Hidrocefalias por obstrucción en el sistema ventricular (no comunicantes).

En este tipo de hidrocefalia el camino lógico es el de abrir una vía de derivación al L. C. R. acumulado en los ventrículos.

Además de los métodos anteriormente usados de cateterizar el acueducto de Sylvio en los casos de obstrucción de éste, de puncionar el cuerpo caloso o la sustancia cerebral hasta el ventrículo lateral para derivar la corriente del líquido cerebro-espinal, métodos abandonados porque en todos estos casos la vía nueva se cierra rápidamente por la proliferación de la neuroglia y además porque los dos últimos conducen siempre a la formación de una hidrocefalia externa. Buscando como remediar el primer inconveniente se llegó, primero por Stookey y Scarff (15), de Martel y Guillaume en 1936, a practicar la apertura de la lámina supra-óptica del tercer ventrículo, vía esta que no se cierra por la escasa cantidad de neuroglia que existe en las paredes del tercer ventrículo. Sin embargo con esta técnica no se salva siempre el segundo inconveniente y es frecuente la aparición posterior de una hidrocefalia externa por ruptura inevitable de la cisterna quiasmática.

Dandy modificó la técnica haciendo la apertura del piso del 3er. ventrículo siguiendo una vía lateral, la que presenta las siguientes ventajas: el ventrículo es abierto sobre la cisterna interpeduncular, mucho más amplia y separada del lóbulo temporal por un repliegue de la dura, la que previene la aparición de una hidrocefalia externa. Por esta vía se evita la lesión de los nervios ópticos y del tallo pituitario, lo que provoca la aparición de diabetes insípida con alguna frecuencia. Sin embargo tiene el inconveniente de que es una operación técnicamente difícil.

Para que esta técnica de resultado es necesario que no exista una obstrucción secundaria de las cisternas de la base o de los espacios subaracnoideos, frecuentemente en las hidrocefalias congénitas; para descartarlas es necesario que el promedio de absorción del colorante inyectado por vía espinal sea normal, 40% más o menos.

El segundo método usado también para las hidrocefalias no comunicantes fue ideado por Torkildsen en 1930 y casi simultáneamente por Babbini (2) en Argentina. Ambos métodos, que presentan algunas diferencias técnicas, pretenden derivar el líquido cefalo-raquídeo desde uno de los ventrículos laterales por intermedio de una sonda de caucho (Nelaton) a través de un orificio occipital hasta la cisterna magna.

Este método sólo sería aceptable para las hidrocefalias por tumores inoperables de la fosa posterior o de la pineal, encontrados en una exploración de dicha fosa. En otros casos, en los cuales no se llega a esta operación, nos parece preferible la derivación a nivel del 3er. ventrículo, que en estos casos da muy buenos resultados.

Hidrocefalias comunicantes.

Para Sachs (13) la mayoría de las hidrocefalias comunicantes son debidas a hipertrofia e hiperproducción de los plexos coroideos; por consiguiente el tratamiento adecuado debe ser la resección de dichos órganos dentro de los ventrículos. En cambio, según Dandy, Putnan, Greenwood, etc., todas estas hidrocefalias se deben a un defecto de absorción por lo cual con la resección de los plexos se pretende reducir la producción del líquido cefalo-raquídeo hasta un nivel equivalente a la escasa absorción que pueda haber por los espacios subaracnoideos espinales y cerebelosos.

Según Dandy (3), es necesario resecar no sólo los plexos en los ventrículos laterales, sino en los agujeros de Magendie y Luschka; sin embargo parece en la práctica suficiente hacer la resección en los ventrículos laterales. En ocasiones la hidrocefalia se detiene con la resección de un solo plexo; cuando esto no ocurre se hace la resección bilateral.

La técnica seguida por Dandy, Putnan y muchos otros autores consiste en hacer la resección bilateral simultánea endoscópica, usando cistoscopios o ventriculoscopios construídos especialmente para el caso, que se introducen por un par de agujeros de trépano occipitales hasta el polo posterior de cada ventrículo en donde los plexos son coagulados en la mayor extensión posible.

Entre nosotros se sigue actualmente la técnica de Sachs, en la cual se hace la resección a cielo abierto a través de una craniotomía temporal (fig. 5) con incisión luego de la corteza temporal a nivel de la 2a. circunvolución hasta llegar al "carrefour" ventricular en donde se procede a coagular y si es posible extirpar la mayor cantidad del plexo. Como dijimos anteriormente, en muchos casos esta intervención es suficiente: si la hidrocefalia continúa progresando es necesario entonces repetir la operación en el lado opuesto. Si a pesar de todo no hay mejoría y las fontanelas siguen tensas, se puede continuar

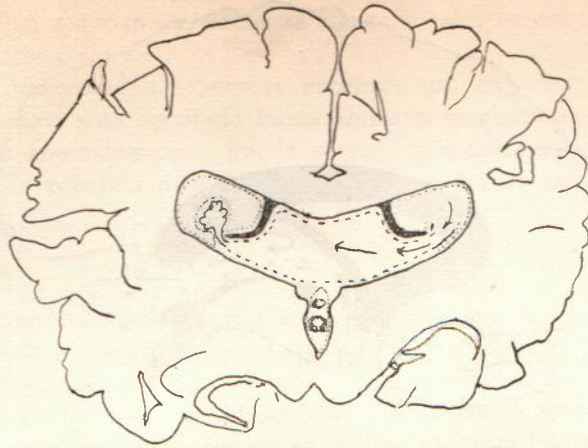


Fig. 6.—Esquema de un corte transversal del cerebro mostrando las relaciones de los plexos coroideos (Tomado de Hydman).

con la resección de los plexos en el 4o. ventrículo según la técnica de Dandy.

Se ha dicho que la técnica a cielo abierto tiene el inconveniente de que produce un severo shock por el colapso del cerebro. Para Sachs este peligro es remoto y en su experiencia de 62 operaciones de este tipo, sólo aparecen 2 muertes atribuibles a shock. En los casos vistos por nosotros en ninguno se ha presentado esta complicación.

Es factor importante en el manejo de tales pacientes el llevarlos a la operación preparados para soportar una brusca descompresión al retirar el líquido cefalo-raquídeo. Estos niños reaccionan a cualquier descenso de la presión intracraneana con alzas térmicas considerables. Es necesario entonces recurrir a punciones ventriculares repetidas diariamente, retirando cada día cantidades progresivas de líquido hasta que no ocurra ninguna reacción.

La reposición de líquido cefalo-raquídeo retirado durante la operación o su reemplazo por suero fisiológico frecuentemente produce hipertermia, por lo cual se han llegado a usar soluciones especiales como el líquido de Harman recomendado por Sachs. (13).

Nuestra experiencia, sin embargo, es que los niños toleran bastante bien la reposición del líquido cefalo-raquídeo y aún su reemplazo por suero.

Después de la operación es necesario a veces continuar con las punciones ventriculares hasta normalizar la tensión del líquido ventricular, muchas veces pasajera y aumentada por la irritación que provoca la sangre dentro de los ventrículos.

Como hemos dicho antes, con frecuencia la resección de un solo plexo conduce a la curación de la hidrocefalia. Este hecho llamó la



Fig. 7.—Corte sagital del encéfalo mostrando las vías que sigue el L.C.R. después de llegar al espacio de la tela coroidea. (Tomado de Hydman).

atención a Hyndman (9), quien llega a la conclusión de que al extirpar el plexo su base, formada por una doble hoja, prolongación de la tela coroidea, se rompe poniendo en comunicación el espacio limitado por ambas hojas con el ventrículo lateral (figs. 6 y 7). Por este camino el líquido formado en los ventrículos sale a través del espacio, ahora abierto, entre el fornix y el tálamo, pasa a la cavidad entre las dos hojas de la tela coroidea y de allí a la cisterna Ambiens, de donde se reparte a las otras cisternas y a los espacios subaracnoideos en donde es absorbido. Esta interpretación es confirmada experimental y clínicamente por el autor.

En un caso pudimos confirmar los resultados de Hyndman al comprobar la desaparición de la hipertensión después de la resección de un plexo en un paciente con una hidrocefalia por tumor de la pineal.

"E. M. C. —Ingreso: 8-III-48. 26 años de edad.

Antecedentes sin importancia. Un año antes de su ingreso aparece diplopia permanente; 9 meses después tiene cefalea de tipo hipertensivo seguidos de vértigos y zumbidos de oídos ocasionales. En el último mes se encuentra somnoliento.

Al examen se encuentra: edema papilar bilateral con exudados y hemorragias; paresia del recto externo derecho, signo de Argyll-Robertson, paresia facial central izquierda y discretos trastornos mentales con desorientación en el tiempo.

La ventriculografía mostró un tumor de la región pineal que llenaba toda la parte posterior del 3er. ventrículo con invasión del ventrículo lateral izquierdo (fig. 8).

El 13 de abril de 1948 se opera haciéndose una resección par-

cial del plexo coroideo izquierdo. Días después de la intervención se pudo comprobar la desaparición del síndrome de hipertensión y la regresión del edema papilar encontrándose la descompresiva blanda y depresible”.

Este procedimiento permite entonces unificar el tratamiento de las hidrocefalias; sólo aceptado hasta ahora para el tratamiento de las hidrocefalias comunicantes, puede servir teóricamente y al parecer también en la práctica para el tratamiento de las no comunicantes u obstructivas.

Radioterapia.

Este método poco usado especialmente por los autores americanos ha dado buenos resultados en manos de Marburg (10) y otros muchos autores alemanes e italianos. Los resultados de Marburg son alentadores, en 8 casos de hidrocefalia y epilepsia 6 fueron curados y 2 mejorados con este sólo tratamiento. Fueron tratados 30 casos que comprendían edades y etiologías muy diferentes; sólo 5 eran niños mayores, los otros eran adolescentes o adultos, 18 curaron completamente y 8 mejoraron considerablemente.

Sin embargo Marburg contraindica este tratamiento en niños menores de un año en los cuales se presentan precisamente las hidrocefalias de que hemos tratado.

Resultados.

Los resultados son buenos en los casos operados precozmente. Cuando la evolución ha sido larga y hay gran destrucción cerebral, lo que se traduce en el estado mental, la mortalidad es alta; en caso de curación el desarrollo mental no se recupera conduciendo a la idiocia o imbecilidad. La mortalidad global es un poco inferior al 50% en las series de Putnam (12) y Scarff (14).

En le último año se han operado en el Instituto 5 niños con hidrocefalia, uno de los cuales murió al día siguiente de la operación. Los otros 4 fueron dados de alta. Unicamente conocemos el estado actual de uno de ellos, quien 4 días después de la operación se encuentra psíquica y físicamente normal.

“G. A. F. — Ingreso; 30-IX-1947 Edad: 4 meses. Padres sanos. Primogénito. Parto difícil de una hora de duración. Desde los primeros días después del nacimiento presentó vómitos frecuentes, alimenticios, poco abundantes que no cedieron a los diversos tratamientos efectuados.

A la edad de 3 meses se notó aumento de tamaño de la cabeza, la que midió entonces 47 cms. de circunferencia. Al examen se encontró circunferencia del cráneo, 49 cms. separación de las sutu-



Fig. 5.—Localización de la incisión en la región temporo-parietal.
 Fig. 6.—Tumor de la región pineal con invasión del ventrículo lateral izquierdo.
 Fig. 9.—Después de la operación. Se nota la fontanela deprimida por desaparición de la hipertensión.
 Fig. 10.—Dos años después de la intervención.

ras, fontanela bregmática considerablemente aumentada de tamaño y tensa. Los globos oculares se encuentran rechazados hacia abajo, de tal manera que el párpado inferior llega hasta el límite de la pupila. La oclusión de los párpados es incompleta. Existe ligero estrabismo convergente. Se nota un evidente retraso mental, con apatía e indiferencia. No existe ningún trastorno motor o de otra categoría.

El 3 de octubre de 1947 se hace una punción ventricular a tra-

vés de la fontanela bregmática y se inyecta 1/2 c.c. de azul de metileno; una punción lumbar hecha simultáneamente da líquido teñido a los 3 minutos. Al día siguiente se hace una neumoventriculografía, extrayéndose 120 c.c. de líquido cefalo-raquídeo, que muestra una gran hidrocefalia bilateral y simétrica con presencia de aire en el acueducto y 4o. ventrículo.

El 7 de octubre de 1947 se extirpa con la técnica de Sachs el plexo coroideo derecho. En los días siguientes a la operación se comprobó un gran abombamiento de la zona operatoria apareciendo posteriormente una fístula de líquido cefalo raquídeo por la parte superior de la herida, que hubo necesidad de cerrar con nuevo plano de sutura. Durante todos estos días se hicieron diariamente extracciones de 60 a 80 c.c. de líquido cefalo-raquídeo.

En estas circunstancias se indica la resección del plexo izquierdo, la que se efectúa el 26 de octubre de 1947. El post-operatorio se hizo ahora en buenas condiciones, tan solo con hipertermia (hasta 39o) durante los cinco primeros días. Esta vez solo se hizo una punción ventricular de 30 c.c. que mostró líquido claro sensiblemente normal. La fontanela quedó deprimida como en el caso de la fig. 9.

El 8 de noviembre de 1947 se da de alta en muy buenas condiciones con 48 1/2 cms. de circunferencia craneana, 8 meses después la circunferencia del cráneo es de 49 1/2 cms. está caminando y el comportamiento psíquico es el correspondiente a su edad (fig. 10).

BIBLIOGRAFIA

1. AUBRY, GUILLAUME et THUREL. Hydrocephalie chronique chez un adulte par obliteration des trous de Luschka et Magendie. *Revue Neurologique*, 41, II: 86, 1934.
2. BARBINI, RAFAEL J. Anastomosis ventriculo-cisternal. *Actas del Primer Congreso Sudamericano de Neurocirugia*. 1: 112-139, 1945.
3. DANDY, W. Lewis' Practice of Surgery. Hagerstown, Maryland. W. F. Prior Company, Inc. 1945.
4. DOWMAN, C. F. and FINCHER, E. F. Hydrocephalus following birth injury. *Fulton County Medical Society Bulletin*. 5: 1931.
5. FORD, F. R. Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence. Springfield-Illinois. Charles C. Thomas. 1946.
6. GREENWOOD, J. Hydrocephalus: Classification and diagnosis. *Diseases of the Nervous System* 7: 1946.
7. GUILLAUME, J. L'ouverture de la lame sus-optique. Traitement de certaines dilatations ventriculaires. Extrait de la *Presse Medical* N° 40-41, 7-10, 1941.
8. GUILLAUME, J. et RIBADEAU-DUMAS, CH. Traitement de l'hydrocephalie ventriculaire obstructive du nourrisson par ouverture de la lame sus-optique. *Revue Neurologique*, 77: 173-178, 1945.
9. HYNDMAN, O. R. Hydrocephalus: a contribution related to traitement. *Journal of Neurosurgery*, 3: 426-443, 1946.
10. MARBURG, O. Hydrocephalus. New York. Oskar Piest. 1940.

11. MURPHY. Citado por Putnam.
12. PUTNAM, T. J. The surgical treatment of infantile hydrocephalus. *Surg. Gynecol. & Obst.* 76: 171-182. 1943.
13. SACHS, E. Hydrocephalus. *Journal of the Mount Sinai Hospital*, 9: 767-791, 1942.
14. SCARFF, J. Non obstructive hydrocephalus. *American Journal of diseases of children*, 63: 297-334, 1942.
15. STOOKEY, B. and SCARFF, J. Occlusion of the aqueduct of Sylvius by neoplastic processes with a rational surgical treatment for relief of the resultant obstructive hydrocephalus. *Bulletin of the Neurological Institute of New York*, 5: 348-377, 1936.

LA PRUEBA DE THORN

DR. LUIS CARLOS POSADA
 Profesor Auxiliar de Neurología.
 DR. JAIME BETANCOURT O.

Interesados en el problema etiopatogénico de la esclerosis en placas (esclerosis múltiple) pusimos en práctica la idea del "Factor inespecífico". Hasta el momento actual es desconocida la causa única de la esclerosis múltiple; numerosos son los factores etiológicos que, con poderosas razones en ocasiones, encuentran los diversos autores como determinantes de tal enfermedad. Entre tales factores podemos enumerar el tóxico (endógeno o exógeno), el inflamatorio y microbiano (virus y espiroquetas), el angioespástico, el hematógeno (trombosis), la alergia, trastornos metabólicos, factor emocional, etc., etc . . . Vemos pues muchas causas aducidas y, como resultante final, la misma enfermedad; enfermedad con remisiones y exacerbaciones espontáneas, con tendencia a la cronicidad y que afecta o puede afectar todo el eje cerebroespinal y el origen de las raíces provocando característicamente una reacción mesenquimatosas (esclerosis y degeneración del tejido conjuntivo nervioso o macroglía). En vista de esto nos interesó averiguar una causa o factor etiológico común denominador de todos los enumerados y al efecto consideramos que tal común denominador podría ser la "acción inespecífica del estímulo" cualquiera que este fué.

Considerando nosotros la posibilidad de que la esclerosis en placas sea una enfermedad de adaptación en su forma de **desadaptación** se investigó el resultado del Test de Thorn; no existiendo en la actualidad una prueba que demuestre el funcionamiento del complejo Hipófiso-cortical en sentido global es decir hipófisis. —Sistema neuro-

vegetativo - corteza suprarrenal, hubimos de recurrir al test de Thorn que, aunque insuficiente para nuestro estudio, es en la actualidad la única prueba que existe en cuanto a funcionamiento hipofiso-cortical se refiere.

Se estudiaron siete enfermos, cinco hombres y dos mujeres, en quienes además se investigó el grupo sanguíneo y clasificación del RH del enfermo y de los padres: en los cuadros Nos. 1 y No. se anotan las principales caacterísticas:

CUADRO No. 1

Nombre	Edad Años	Sexo	Raza	Estado	Profesión	Proced.	Temp.	Tiemp	Evol.
							Media	|	Meses
F. A.	45	M.	Bl.	C.	Obrero	Med. (ant.)	21.5c.	192	
A. M.	50	M.	Bl.	C.	Obrero	Sonsón (ant.)	15.5c.	48	
R. M.	40	M.	Bl.	C.	Obrero	Med. (ant.)	21.5c.	3 y 1/2	
C. G.	53	M.	Bl.	C.	Obrero	Med. (ant.)	21.5c.	6	
R. M.	44	M.	Bl.	C.	Comer- ciante	Sonsón (ant.)	15.5c.	65	
I. F.	18	F.	Mest.	S.	Ofs. Ds.	Urrao (ant.)	19.5c.	12	
E. V.	34	F.	Mest.	S.	Ofs. Ds.	Cartg. (Bolív.)		Nivel del Mar.	144

CUADRO No. 2

Nombre	Prot %	Cels/mm3	Benjui	Localizac.	Clinica	Enfermo	Padre	Madre
F. A.	0.068 grs.	2	Linfoc.	Normal	Encefalomedular	ARH	Muerto	ARH
A. M.	0.060 grs.		Hemát.	—	Bulbomedular	ORH	Muerto	Muerta
R. M:	0.035 grs.	20	Mono.	Med. e izq.	Encefalomedular	ARH	Muerto	Muerta
C. G.	0.030 grs.	2	Linfoc.	Normal	Bulbomedular	ORH	Muerto	Muerta
R. M.	0.030 grs.	18	Linfoc.	Normal	Encefalomedular	ARH	Muerto	Muerta
I. F.	0.023 grs.	11	Linfoc.	Med. y derech,	Bulbomedular	ORH	Muerto	Muerta
E. V.	0.046 grs.	2	Linfoc.	Central	Encefalomedular	ORH		

En todos los enfermos se estableció el diagnóstico de esclerosis múltiple por medios clínicos y de laboratorio y se observaron clínicamente durante un período que varió entre 2 y 4 meses.

En todos los casos se practicó la "prueba de Thorn de las cuatro horas" con una dosis intramuscular de 25 mgs., de A. C. T. H. (Armour) con el siguiente resultado:

CUADRO No. 3

NOMBRE	EOSENOFILOS EN AYUNAS X mm ³	EOSINOFILOS Xmm ³ A LAS 4 HORAS DE LA INYECCION
F. A.	350	100
A. M.	350	50
R. M.	250	0
C. G.	500	150
R. M.	350	0
I. F.	200	0
E. V.	250	0

De este cuadro se deduce que el test es positivo en cuanto a suficiencia suprarrenal se refiere; sin embargo se observa que en el sexo femenino, de nuestra pequeña casuística, el número de eosinófilos es menor en ayunas que en el sexo masculino y que en ellas, luego de la aplicación del A.C.T.H., desaparecen totalmente de la sangre circulante; en cuanto al factor RH se observa que está presente en todos los casos a lo cual no damos, actualmente, ningún valor debido a lo escaso de nuestra casuística notando sinembargo un predominio de grupo 0 en 4 de los siete casos. Es de anotar que en seis de los siete enfermos se observó mejoría subjetiva con la sola inyección de los 25 mgs, de A.C.T.H.

Del presente trabajo no podemos deducir ningún hecho definitivo. Continuaremos la investigación en tal sentido con los enfermos de esclerosis en placas que se presenten en el servicio de neurología de la Clínica de Neurocirugía y del Hospital de San Vicente de Paul de esta localidad.

DR. E. BUSTAMANTE ZULETA
Profesor de Neurología.

DR. LUIS CARLOS POSADA
Profesor Auxiliar de Neurología.

DR. ROBERTO CARMONA

La hemorragia subaracnoidea es un síndrome de aparición relativamente frecuente y que reviste especial importancia por la gravedad del pronóstico y por las posibilidades terapéuticas que existen cuando se puede hacer el diagnóstico etiológico correcto.

Se debe entender por hemorragia subaracnoidea toda extravasación sanguínea en los espacio subaracnoideos por ruptura, generalmente, de uno de los grandes vasos de la base o de la convexidad del cerebro, o toda extravasación de sangre a nivel de una malformación o anomalía vascular. Por este motivo quedan por fuera las hemorragias subaracnoideas de origen traumático o las consecutivas a la propagación de una hemorragia cerebral hasta los espacios subaracnoideos o a los ventrículos.

La etiología de este síndrome es múltiple; sin embargo, la causa más frecuente es en definitiva, como lo demuestran todas las estadísticas, la ruptura vascular a nivel de un aneurisma intracraneano, un angioma o una malformación vascular. Otras causas frecuentes son la arterioesclerosis cerebral, la hipertensión arterial, las discrasias sanguíneas, etc.

La edad es un factor decisivo en el diagnóstico etiológico; en los jóvenes por debajo de los 35 años (9) es rara otra causa distinta del aneurisma; por encima de dicha edad, se encuentran la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, etc., jugando un papel más importante.

La hipertensión y la arterioesclerosis coinciden en un buen porcentaje de enfermos con aneurismas intracraneanos. La hipertensión arterial favoreciendo seguramente la ruptura (1) y la arterioesclerosis como causa de un buen número de aneurismas (7). Otros tienen su origen en defectos congénitos de las paredes de la arteria, en la túnica media, como ocurre en la bifurcación de los vasos en donde esta túnica falta. El resto tiene su origen en vasos embrionarios que pueden persistir hasta la edad adulta, o en remanentes embrionarios periféricos en la red que conecta las dos cerebrales anteriores, por ejemplo (8).

En nuestra casuística, la etiología se distribuye así:

—Aneurismas saculares	9
—Angiomas	1
—Arterioesclerosis	4
—Hipertensión arterial	2
—Sin comprobación etiológica . . .	8

Total 24

SINTOMATOLOGÍA

Según Ayer (2) un 2% de las muertes súbitas son producidas por hemorragias subaracnoideas.

El cuadro clínico de los pacientes que logran sobrevivir al derrame sanguíneo es bastante característico y según nuestra experiencia uno de los más constantes.

Generalmente los síntomas se inician bruscamente con una cefalea intensísima, seguida de un estado sincopal o de shock con pulso filiforme, hipotensión arterial acentuada, palidez de la piel y mucosas, sudoración fría, seguidos, no constantemente, de coma superficial de corta duración, o de solo un estado confusional o estuporoso. La profundidad del coma parece depender de la existencia de lesión cerebral concomitante, como en el caso de aneurismas que se rompen hacia la sustancia cerebral (4).

Posteriormente se establece, constantemente en nuestra casuística, un síndrome meníngeo, producido por los productos de desintegración de la hemoglobina, con sus síntomas característicos: cefalea, vómitos, fotofobia, rigidez de la nuca, signos de Kernig, Brudzinski, etc.

Tal es el cuadro que hemos observado en la mayoría de nuestros pacientes; sólo uno (caso N^o 23) presentaba con anterioridad a la hemorragia una hemicránea del lado del aneurisma. Otros se quejaban desde un tiempo anterior de cefaleas frecuentes sin caracteres especiales.

En algunos casos y según la localización del aneurisma o lesión vascular aparecen signos neurológicos de foco, como parálisis oculomotoras, hemiplejías, parálisis de otros pares craneanos, etc., unas veces por acción directa del aneurisma sobre determinada estructura, otras por la lesión cerebral provocada por la ruptura. En uno de los casos, la sintomatología fue exclusivamente de parálisis de III par (caso 21); se comprobó aneurisma del sifón carotideo y, ligada la carótida correspondiente, la sintomatología regresó sin que se presentara el cuadro de hemorragia subaracnoidea.

Como lo demuestra la tabla siguiente, el 50% de los pacientes presentó signos neurológicos de localización (Tabla I).

TABLA 1

No.	Edad	Sexo	Lado	Hem. prev. subita	Cefalea	Shock	Coma	Sindr. Mening. localización	Síntomas de localización	L.C.R.	Hipert. Arter.	Arteriogr. cerebral	Operación	Evolución
1	26	F	izo	1	sf	no	no	sf	Pares III y IV	Hemorr.	no	Aneurisma c. primit	Ligadura c. primit	Bien
2	34	F	der	2	sf	no	sf	sf	III par. hemiplegia izq.	Hemorr.	no	Aneurisma	Craniot. y lig. c. primit.	Bien
3	29	M	izq	1	sf	sf	sf	sf	Pares III y VI hemipar. der.	Hemorr.	no	Aneurisma	Craniot. y lig. primit.	Bien
4	30	F	der	1	sf	sf	no	sf	III par.	Xantocr.	no	Aneurisma	Trep. Hemat. y lig. prim.	Bien
5	42	M	izq	1	sf	sf	no	sf	Afasia paral. siemb. sup. der.	Hemorr.	no	Angioma	Craniotomía	Bien
6	46	M	?	2	sf	sf	sf	sf	Ninguno	Xantocr.	no	No se hizo	-----	Muerte en coma
7	38	F	der	1	sf	sf	no	sf	Hemiplegia izquierda	Hemorr.	no	Aneurisma?	Craniotom.	Bien
8	45	M	der	1	sf	sf	no	sf	Ningún síntoma	Hemorr.	no	Aneurisma?	Ligadura c. primit.	Bien
9	45	M	der	1	sf	sf	no	sf	Paresia III par derecho	Xantocr.	no	No se hizo	-----	Muerte
10	50	F	izq	2	sf	sf	no	sf	Hemipl. der. y afasia	Hemorr.	no	No se hizo	-----	Muerte
11	70	F	izq	0	sf	sf	no	sf	III par izq	Xantocr	no	Arterioesc.	-----	No se conoce
12	45	F	??	0	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Negativa unilateral	-----	Muerte en 2a. hemorr.
13	17	M	izq	1	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Aneurisma	Ligadura c interna	Bien
14	25	M	der	1	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Aneurisma	Ligadura c. interna	Bien
15	56	F	??	1	sf	sf	no	no	Ninguno	Hemorr.	no	Negativa bilateral	-----	Bien
16	34	F	der	1	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Aneurisma	Ligadura carót. prim.	Bien
17	65	F	??	0	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Arterioesc.	----	No se conoce
18	50	M	der	0	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	si	Aneurisma?	-----	Murio-en 2a hemorragia
19	42	M	izq	0	sf	sf	no	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Arterioesclerosis	-----	No se conoce
20	24	M	der	2	sf	sf	sf	sf	Ninguno	Hemorr.	no	Aneurisma	Lig. cerebral ant.	Bien
21	60	M	ize	0	no	no	no	no	III par. izq.	---	no	Aneurisma sifón carot.	Lig. prim.	Bien
22	35	M	Fosa post.	0	sf	sf	no	sf	V, VI y VII izq.	Hemorr.	no	No se hizo	----	Muerte
23	53	M	izo	0	sf	sf	no	sf	Biperreflex. derecha	Hemorr.	no	Aneurisma?	Lig. cdro. unilateral prim.	Bien
24	58	F	??	0	sf	sf	sf	sf	Hemipl. izq.	Hemorr.	si	Arterioesc. eclerosis.	-----	Muerte.

El signo que confirma el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea es el hallazgo de L. C. R. hemorrágico o xantocrómico, esto último cuando el paciente es visto algunos días después de la ruptura; estas modificaciones del L. C. R. fueron constantes en todos nuestros pacientes. Como es natural, hay necesidad de eliminar las causas de error debidas a la punción de un vaso dentro del canal raquídeo, lo que ocurre con alguna frecuencia cuando la punción lumbar no es hecha con la técnica correcta.

Toda esta sintomatología puede desaparecer espontáneamente

quedando el paciente en perfectas condiciones, salvo los casos con lesión cerebral, hasta la aparición de una segunda hemorragia y hasta de una tercera; la mortalidad aumenta con cada nueva crisis. En la estadística de Magee (5) de 150 casos, 52 pacientes murieron durante la primera hemorragia; de los 98 sobrevivientes, 50 tuvieron una segunda hemorragia y de éstos murieron otros 32.

En nuestra serie, dos de los pacientes (casos 6 y 10) murieron durante la tercera hemorragia; otros dos casos sufrieron dos hemorragias y murieron en este segundo ataque sin haber permitido la intervención (casos 12 y 18); otros dos pacientes murieron en la primera hemorragia (casos 22 y 24); todos los demás fueron operados con éxito.

La estadística de Hamby (3) sobre 130 pacientes muestra que del primer ataque sobrevivió el 55% de los pacientes. Posteriormente, 61 pacientes sufrieron múltiples ataques con una supervivencia de sólo el 34.5%; de los primitivos 130 pacientes, sólo sobrevivieron 48.

Las siguientes historias nos servirán para ilustrar la sintomatología típica de la hemorragia subaracnoidea por ruptura de un aneurisma intracraneano:

Caso N° 8.—G. C., 45 años, en 8-VIII-50 presentó bruscamente cefalea intensa con estado lipotímico, náuseas, vómitos, etc. Posteriormente presentó síndrome meníngeo; la punción lumbar mostró L. C. R. francamente hemorrágico; no presentó signos neurológicos de localización; como tratamiento se instituyó las punciones lumbares repetidas hasta obtener L. C. R. claro; las reacciones de especificidad resultaron negativas en L. C. R. y en sangre.

El 23-VIII-50 se practicó arteriografía derecha, que mostró dilatación anormal del sifón carotideo y posible aneurisma a nivel de porción horizontal de cerebral anterior derecha.

Para descartar otra lesión vascular en el territorio de carótida izquierda, se hizo nueva arteriografía en 29-VIII-50, la cual no reveló ninguna lesión en el territorio correspondiente.

Durante esta última intervención se procedió a practicar la ligadura de la carótida primitiva derecha; el post-operatorio se hizo en buenas condiciones y no se presentó, en ningún momento, trastorno motor en los miembros izquierdos; a los 8 días, fue dado de alta en buenas condiciones.

Caso N° 2.—L. V. de V. 34 años. Antecedentes de crisis dolorosas en el territorio del trigémino derecho. Bruscamente presentó cefalea intensa de predominio derecho, síndrome meníngeo, L. C. R. hemorrágico y parálisis del III par der. En los días siguientes se notó hemiparesia izquierda. Se hizo arteriografía de carótida der. la que mostró un aneurisma vestigial del sifón carotideo y un gran rechazo del grupo silviano hacia arriba por un hematoma intracerebral temporal

derecho (Fig. 1). Al día siguiente tuvo otra hemorragia y la hemiplejia izquierda se hizo total. Se intervino haciéndose una craneotomía fronto-temporal derecha; se evacuó un gran hematoma temporal y se hizo ligadura de la carótida primitiva derecha por imposibilidad de ligar el cuello del aneurisma, debido a la gran hemorragia, a nivel de éste, aparecida durante la intervención. Actualmente, dos meses después, se encuentra en buenas condiciones. Persiste una hemiparesia izquierda.

DIAGNÓSTICO

Es indispensable en todo paciente que sufre una hemorragia subaracnoidea hacer una arteriografía para precisar la naturaleza y localización de la lesión. Siempre es necesario hacer la arteriografía bilateral por la relativa frecuencia de la existencia de aneurismas bilaterales. Sin embargo, la arteriografía sólo alcanza a localizar, según Walker y Culbreth (10) un 50% de aneurismas, en enfermos con hemorragia subaracnoidea. Hay que tener en cuenta naturalmente la existencia de aneurismas con trombosis dentro de su cavidad, la cual no podrá ser llenada por el medio de contraste, y las otras causas que producen hemorragia subaracnoidea distintas del aneurisma. También debemos tener en cuenta los aneurismas del territorio de las vertebrales y sus ramas, los cuales no se descubren en una arteriografía de carótida, que es la generalmente usada.

En nuestra serie se hizo arteriografía en 20 casos, y se demostró aneurisma en 9 de ellos; en el resto no se demostró aneurisma, en varios de ellos posiblemente porque, por distintas causas, no se hizo arteriografía bilateral.

Nosotros practicamos la arteriografía por vía percutánea; sólo se recurre a la exposición quirúrgica de la carótida cuando falla la punción directa; usamos como medio de contraste el Nosylan, al 35% de yodo, en cantidad de 15 c. c. para cada inyección.

La mayoría de las arteriografías se hace con anestesia general con penthotal al cuatro por mil en gota a gota venoso. Hasta ahora no hemos tenido ningún accidente imputable a la arteriografía; ninguno de nuestros pacientes ha presentado convulsiones o hemiplejias; tampoco hemos observado reacciones alérgicas provocadas por el Nosylan.

La arteriografía debe hacerse precozmente, antes de la aparición de una segunda hemorragia, la que aumenta el porcentaje de mortalidad considerablemente, según lo hemos expuesto más arriba.

TRATAMIENTO

El tratamiento inmediato, después de una hemorragia subaracnoidea, consiste fundamentalmente en hacer punciones lumbares repetidas, para evacuar rápidamente los productos de descomposición de la

hemoglobina que producen el síndrome meníngeo. Se ha dicho que la pequeña cantidad de líquido extraída en cada punción (5 a 10 c. c.) apenas contiene una cantidad insignificante de las sustancias tóxicas; sin embargo, es un hecho de observación que los pacientes mejoran considerablemente después de cada punción y que el cuadro desaparece en unos pocos días, siempre que se repitan las punciones.

Nos parece prudente no iniciar las punciones terapéuticas antes del segundo día por lo menos; hemos visto un caso en el cual la punción, hecha al día siguiente de una hemorragia subaracnoidea, desencadenó, durante la punción misma, otra hemorragia fatal; debe también recomendarse el reposo absoluto, hasta la época del tratamiento definitivo.

El tratamiento definitivo del aneurisma, por otra parte, depende de su localización, número y aspecto, dados por la arteriografía.

La cirugía debe dirigirse, hasta donde sea posible, a la acción directa sobre el aneurisma, es decir a la ligadura de su cuello o a la ligadura del vaso que lo soporta antes y después de aquél. Según Poppen (6) el tratamiento directo de los aneurismas debe reservarse para aquellos que no están localizados en el polígono de Willis, a menos que tengan un cuello largo que permita la ligadura del mismo sin interferir la circulación de los grandes vasos. Son especialmente favorables para este método los aneurismas de las ramas terminales lejos del polígono, los cuales, por otra parte, no se beneficiarían de la ligadura de la carótida.

En los aneurismas del sifón carotideo o en los situados en el círculo de Willis, siempre que no ofrezcan características favorables al ataque directo (Fig. 2), el tratamiento de elección es la ligadura de la carótida primitiva o interna, en el cuello.

La interna sólo debe ligarse en pacientes en los cuales la arteriografía bilateral haya demostrado una adecuada circulación colateral, lo que permitiría al hemisferio del lado tratado recibir cantidad suficiente de sangre desde la carótida opuesta; a pesar de todo debe hacerse una compresión preliminar de la arteria expuesta, durante 20 o 30 minutos antes de la ligadura definitiva.

En los casos en los cuales la circulación colateral no es suficiente, hay necesidad de hacer sólo una reducción del flujo sanguíneo, lo que se consigue ligando la carótida primitiva. La ligadura de ésta reduce el flujo sanguíneo en un 50% -Poppen- (6); posteriormente, en un segundo tiempo, siempre que se haya establecido una suplencia suficiente, se puede hacer la ligadura de la carótida interna.

La ligadura de la carótida no está exenta de mortalidad y complicaciones; en la serie de Poppen (6), de 101 pacientes tratados por ligadura de la carótida, 3 murieron pocas horas después de la operación;

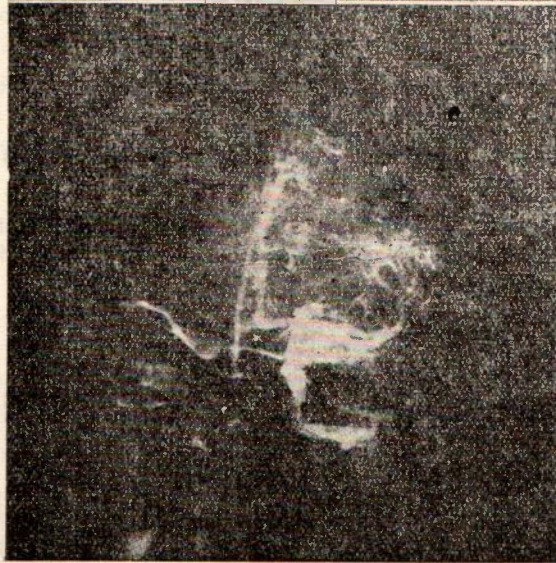


Fig. 1.—Aneurisma vestigial del sífon carotídeo. Rechazo del grupo silviano hacia arriba.

Fig. 2.—Aneurisma sacular en la bifurcación de la carótida.

8 presentaron hemiplejía, en 5 de ellos fue definitiva, en los 3 restantes transitoria.

En nuestra serie los muertos (7) han sido precisamente pacientes que, por distintas causas, no ha sido posible operar. Otros 4 no han

sido operados, 3 de ellos por arterioesclerosis generalizada, cuya evolución no se conoce; el otro, quien se encuentra en buenas condiciones, por no haberse encontrado ninguna lesión. 11 han sido operados siguiendo el método que se ha considerado adecuado para cada caso (Tabla 1). De éstos no ha muerto ninguno.

BIBLIOGRAFIA

1. ALTAMIRANO, M. Hemorragia subaracnoidea. *Revista Médica de Chile*, 1950, 78: 297-305.
2. AYER, W. D. So-called spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Am. J. Surg.*, 1934, 26: 143-147.
3. HAMBY, W. B. Citado por Walker and Culbreth (10).
4. JEFFERSON, G. Les hémorragies sous-arachnoidiennes par angiomes et anevrysmes chez le jeune. *Revue Neurologique*, 1948, 80: 413-432.
5. MAGEE, C. G. Spontaneous subarachnoid hemorrhage: Review of 150 cases. *Lancet*, 1943, 2: 497-500.
6. POPPEN, J. L. Specific treatment of intracranial aneurysms. *J. Neurosurg.*, 1951, 8: 75-102.
7. STRAUSS, I., GLOBUS, J., and GINSBURG, S. W. Spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 1932, 27: 1080.
8. SUGAR, O. Pathological anatomy and angiography of intracranial vascular anomalies. *J. Neurosurg.*, 1951, 8: 3-22.
9. SYMONDS, CH. Les troubles vasculaires cérébraux ches les jeunes. *Revue Neurologique*, 1948, 80: 401-412.
10. WALKER, A. E., and CULBRETH, G. G. Vascular System. Progress in Neurology and Psychiatry, New York: Grune and Stratton, 1948.

SINDROME CELOSO CON UXORICIDIO

DR. ALFONSO TENORIO NIETO

(Oficina Central de Medicina Legal de Popayán).

Sr. Juez Primero Superior.

E. S. D.

El Sr. Fiscal, en audiencia pública celebrada en el proceso contra Luis María Reyes, solicitó se suspendiera ésta "para que los Sres. Médicos Legistas del Cauca se sirvan hacer un estudio psico-somático del enjuiciado" de acuerdo con lo expresado por el H. Tribunal Superior, no obstante de que el Sr. Defensor "no considera indispensable la prueba solicitada por el Sr. Fiscal con base en los autos proferidos por el H. Tribunal Superior".

Esta alta autoridad ha dicho:

"La conducta reprobable de María Magdalena Ocoró, en sus relaciones ilícitas con Juan de Dios Garcés, logró conjugar a través de un lapso considerable los elementos pasionales de los celos?

Qué influencia tuvieron estos hechos en la psicología del procesado, y ello fué o nó decisiva en la producción del hecho delictuoso. Son interrogantes éstos que sólo podrán absolverlos la justicia con el concurso de las ciencias auxiliares y previo el estudio que peritos lleven adelante sobre la personalidad de Luis María Reyes etc".

Para dar cumplimiento a todo lo anterior hemos procedido a examinar, en ocasiones distintas, al procesado Reyes, natural de Padilla, Departamento del Cauca, de 26 años de edad actualmente, de raza negra y de profesión agricultor. Su peso es de 62 kilos y mide de talla 1,65.—Perímetro torácico 0.87.—Índice de Pignet: T 165—(PT 87—P 62) — 165 — 149 — 16 que dá una constitución corporal buena, quedando incluido en el tipo pícnico de Krestchmer.

Se observan dos pequeñas cicatrices de arma inciso-punzante sobre la región pectoral izquierda (región pre-cordial) que, dice, se las hizo él mismo con un cuchillo de trabajo del taller de la Penitenciaría un día que llegaba de la calle de comprar material de trabajo y venía en estado alcohólico. Se las infirió "por que se hallaba muy aburrido". Trasladado al hospital fué atendido por uno de los suscritos, en su calidad de médico clínico del Penal.

Su aparato circulatorio suministra los siguientes datos clínicos: corazón normal, en tamaño y funcionamiento; pulso al minuto 90; presión arterial Mx. 120, Mn. 70.—Nada de particular se observa en sus aparatos respiratorio, digestivo y genito-urinario.

Los datos craneométricos son: D.A.P. 18; D.B.M. 14.—Índice

sido operados, 3 de ellos por arterioesclerosis generalizada, cuya evolución no se conoce; el otro, quien se encuentra en buenas condiciones, por no haberse encontrado ninguna lesión. 11 han sido operados siguiendo el método que se ha considerado adecuado para cada caso (Tabla 1). De éstos no ha muerto ninguno.

BIBLIOGRAFIA

1. ALTAMIRANO, M. Hemorragia subaracnoidea. *Revista Médica de Chile*, 1950, 78: 297-305.
2. AYER, W. D. So-called spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Am. J. Surg.*, 1934, 26: 143-147.
3. HAMBY, W. B. Citado por Walker and Culbreth (10).
4. JEFFERSON, G. Les hémorragies sous-arachnoidiennes par angiomes et anevrysmes chez le jeune. *Revue Neurologique*, 1948, 80: 413-432.
5. MAGEE, C. G. Spontaneous subarachnoid hemorrhage: Review of 150 cases. *Lancet*, 1943, 2: 497-500.
6. POPPEN, J. L. Specific treatment of intracranial aneurysms. *J. Neurosurg.*, 1951, 8: 75-102.
7. STRAUSS, I., GLOBUS, J., and GINSBURG, S. W. Spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 1932, 27: 1080.
8. SUGAR, O. Pathological anatomy and angiography of intracranial vascular anomalies. *J. Neurosurg.*, 1951, 8: 3-22.
9. SYMONDS, CH. Les troubles vasculaires cérébraux ches les jeunes. *Revue Neurologique*, 1948, 80: 401-412.
10. WALKER, A. E., and CULBRETH, G. G. *Vascular System. Progress in Neurology and Psychiatry*, New York: Grune and Stratton, 1948.

SINDROME CELOSO CON UXORICIDIO

DR. ALFONSO TENORIO NIETO

(Oficina Central de Medicina Legal de Popayán).

Sr. Juez Primero Superior.

E. S. D.

El Sr. Fiscal, en audiencia pública celebrada en el proceso contra Luis María Reyes, solicitó se suspendiera ésta "para que los Sres. Médicos Legistas del Cauca se sirvan hacer un estudio psico-somático del enjuiciado" de acuerdo con lo expresado por el H. Tribunal Superior, no obstante de que el Sr. Defensor "no considera indispensable la prueba solicitada por el Sr. Fiscal con base en los autos proferidos por el H. Tribunal Superior".

Esta alta autoridad ha dicho:

"La conducta reprobable de María Magdalena Ocoró, en sus relaciones ilícitas con Juan de Dios Garcés, logró conjugar a través de un lapso considerable los elementos pasionales de los celos?

Qué influencia tuvieron estos hechos en la psicología del procesado, y ello fué o nó decisiva en la producción del hecho delictuoso. Son interrogantes éstos que sólo podrán absolverlos la justicia con el concurso de las ciencias auxiliares y previo el estudio que peritos lleven adelante sobre la personalidad de Luis María Reyes etc".

Para dar cumplimiento a todo lo anterior hemos procedido a examinar, en ocasiones distintas, al procesado Reyes, natural de Padilla, Departamento del Cauca, de 26 años de edad actualmente, de raza negra y de profesión agricultor. Su peso es de 62 kilos y mide de talla 1,65.—Perímetro torácico 0,87.—Índice de Pignet: T 165—(PT 87—P 62) — 165 — 149 — 16 que dá una constitución corporal buena, quedando incluido en el tipo pícnico de Krestchmer.

Se observan dos pequeñas cicatrices de arma inciso-punzante sobre la región pectoral izquierda (región pre-cordial) que, dice, se las hizo él mismo con un cuchillo de trabajo del taller de la Penitenciaría un día que llegaba de la calle de comprar material de trabajo y venía en estado alcohólico. Se las infirió "por que se hallaba muy aburrido". Trasladado al hospital fué atendido por uno de los suscritos, en su calidad de médico clínico del Penal.

Su aparato circulatorio suministra los siguientes datos clínicos: corazón normal, en tamaño y funcionamiento; pulso al minuto 90; presión arterial Mx. 120, Mn. 70.—Nada de particular se observa en sus aparatos respiratorio, digestivo y genito-urinario.

Los datos craneométricos son: D.A.P. 18; D.B.M. 14.—Índice

cefálico horizontal 77,77 que lo incluye entre las sub-dolicocéfalos de Broca. Por lo demás, no se observan anomalías del cráneo, ni de la cara.

Todos los reflejos se muestran normales, sin demostrar estigmas de sífilis o alcoholismo crónico o de heredo-alcoholismo. El reflejo de Dagnini-Ashner modifica en 24 pulsaciones, ya que desciende de 90 a 66 por minuto, signo de una vagotonía bastante acentuada. La glándula tiroidea se observa de tamaño normal sin hipertrofia, ni atrofia.

Sus padres, Juan Crisóstomo Reyes y Juana María Tobar, son casados y viven en buena salud. Este matrimonio ha tenido seis descendientes; tres hombres y tres mujeres, ocupando el segundo lugar en la línea de descendencia, siendo la mayor su hermana Leonela y el menor de 12 años de edad. Esta familia no dá antecedentes de enfermedades mentales.

Personalmente registra haber sufrido de blenorragia una sola vez y de "fríos y fiebres", pues el paludismo es una enfermedad endémica en la región en donde habita. No ha tenido, hasta ahora, descendencia legítima ni ilegítima.

Luis María Reyes sabe leer y escribir por cuanto frecuentó las escuelas primarias de Padilla. Desde joven salió a trabajar en la agricultura en las Haciendas vecinas, en especial "El Porvenir", ingenio azucarero de la región, haciendo la vida común y corriente del campesino colombiano. Según refiere, le ha gustado ingerir licor con frecuencia, pero hace tiempo que no lo hace por encontrarse detenido en la cárcel. Actualmente, dada su buena conducta, la Dirección de la Cárcel le ha concedido la gracia de trabajar fuera del establecimiento y se ocupa en una confitería, mercancía que expende como vendedor ambulante.

El 11 de octubre de 1944, a la edad de 20 años, contrajo matrimonio católico con María Magdalena Ocoró, en ese entonces, de unos 17 años. Siendo novios y sin oposición de los familiares, un día resolvieron fugarse y, en la vecina población de Padilla, fueron alcanzados por el padre de la muchacha, quien los hizo detener en la policía. En éstas circunstancias fué como contrajeron matrimonio. Es la única vez, según refiere, que registra el antecedente de haber estado anteriormente en la cárcel, sin otro antecedente distinto.

Los esposos Reyes-Ocoró fueron a radicarse a la casa de los padres de Reyes, en la vereda de "El cañón", en donde vivieron unidos por espacio de dos años, al parecer en armonía conyugal, solamente turbada por el poco afecto de los suegros hacia su nuera sin que haya una causa suficientemente explicativa. Sin embargo, todo dá a entender que la conducta de la esposa no era del todo correcta y vino la ruptura de los lazos conyugales. Luego viene la circunstancia de que

la Ocoró se pone a hacer vida marital con Juan de Dios Garcés, amigo de Reyes, por espacio de diez meses según éste último, o de 40 días según Garcés, hasta que, por una u otra causa vuelven a unirse los dos esposos.

Como Reyes sabe, que su esposa es de temperamento bastante liviano, puesto que se entregaba con gran facilidad a otros hombres. "Era caprichosa, de mala índole, pues me decían que vivía con el uno y con el otro, se iba al pueblo y a veces llegaba jumada" dice él mismo.

Esta unión no tuvo la conveniente cordialidad, ni entendimiento y las discusiones eran frecuentes hasta el extremo de que Reyes, pasaba a las vías de hecho, lesionándola con arma cortante y, en veces, amenazándola con quitarle la vida.

Al mes de haber vuelto a convivir, ésta muchacha abandona la casa y se va a buscar posada o refugio a la de la madre de Juan de Dios Garcés, pero sin que éste haya tomado parte en éste último incidente, ya que él vivía en otra casa y con otra mujer. Reyes, entonces, se dirigió a la casa de su suegra a quien le dijo estas palabras textuales: "Estoy de luto, mi señora se me fué" y llevaba vestido negro entero de paño y sombrero también de color negro", según declara ella.

En la casa de la madre de Garcés permaneció por cinco días hasta que, el sábado 8 de noviembre, se presenta Reyes muy por la mañana a ésta casa para tratar de hablar con ella. En ella se encontraba la Ocoró en compañía de dos niñas menores que fueron testigos presenciales del trágico suceso que se desarrolló momentos después en que, con un cuchillo, le causó cinco heridas mortales que acabaron con su vida.

Reyes, una vez consumado el delito, huyó, pero al saber que la policía lo buscaba, se presentó voluntariamente. Estando detenido, se fugó de la cárcel y huyó a la población de la Virginia, en el Departamento de Caldas, en donde permaneció por tres meses, al cabo de los cuales resolvió regresar y presentarse nuevamente a la autoridad de manera voluntaria.

En sus indagatorias Reyes deja traslucir su falta de sinceridad, ya que no solamente niega haber sido el autor del hecho, sino que inventa una situación muy distinta, haciendo aparecer a Garcés dentro de la casa, quién salió persiguiéndolo con peñilla y sugiriendo la sospecha de que éste hubiera sido el ejecutor del delito. Solamente a nosotros nos responde, después de interrogarlo: "Probablemente pude haber sido yo, porque no me doy cuenta y no recuerdo nada".

En ocasiones semejantes hemos entrado en la exposición científica de la pasión celosa; y así, resumiendo, podemos analizar un poco lo que los tratadistas denominan "Los Celos". Propiamente éstos no son una pasión pura sino una compleja mezcla de muchos sentimientos que se combinan, en mayor o menor grado, para formar una

síntesis o **síndrome de los celos** resultante por consiguiente de muchas causas que obran en conjunto, pudiendo destacarse unas más que otras y que le dan relieve dominante sobre los demás. Este síndrome es común a los dos sexos y a la escala animal. En ésta y en la época del celo de las hembras, los machos son los que se atacan entre sí, sin atacar o tratar de exterminar a éstas últimas que toman una actitud pasiva.

En la especie humana, en virtud de leyes morales y sociales que rigen su conducta, el hombre reacciona contra el macho o hembra, según su modalidad temperamental y también de acuerdo con éstas normas que parecen darle un derecho sobre la compañera que ha elegido por atracción amorosa. En la especie humana, por lo anteriormente dicho, es común a los dos sexos y, desde que se habla de sexos su principal génesis se encuentra en la pasión amorosa.

La pasión en general, para los psicólogos, aparece un estrechamiento en el campo de la conciencia; de suerte que desde éste aspecto ha sido definida como "una emoción prolongada e intelectualizada" (Ribot); por Hanyer, como "una emoción poderosa y continua que domina la razón y dirige sus actos", y para Clerembault como "una emoción vehemente profunda, destinada a perpetuarse sin interrupción, monopolizando las fuerzas del espíritu desde el primer día".

Como puede apreciarse claramente, todos los autores no pueden concebir la **pasión sin** introducir en sus definiciones la palabra **emoción**. Veamos, entonces, que es la emoción. Para Janet es "un estado de tensión psicológica" lo que equivale a decir que, desde el momento en que cualquier aspecto de la estructura psicológica sufre una elevada reacción sobre lo normal, aparece inmediatamente un estado emocional; si la tensión psicológica alcanza proporciones hasta hacerla prolongada, intensa, vehemente y continuada, hasta "intelectualizarse", éste estado emocional intenso se convierte, para los psicólogos y psiquiatras, en una pasión o estado pasional.

El apasionado, según Mira y López, "es el individuo que fijó en su espíritu un objeto o una situación dada, a las que se adhiere cada vez más. Sus sentimientos y sus emociones son extremadamente intensos; pero en cambio, la capacidad de pensar, de discernir, la valoración autocrítica, estarán profundamente disminuídas. Y en la pasión, más que en el pensamiento normal, debemos reconocer la existencia de una energía, de una tendencia directriz del pensamiento que polariza la actividad psíquica para un objeto dado y que, en el lenguaje clásico, recibe el nombre de **idea prevalente**, que monopoliza la conciencia y la dirige a un centro permanente de atención y voluntad".

Según lo anterior, para el autor citado, la tendencia determinante del pensamiento forma una **idea prevalente** a la inversa de Claude, para quien la preocupación del apasionado, es un estado obsesivo.

opinión que Hanyer califica de impropia, porque el término **obsesión** envuelve la concepción de un estado patológico.

En el análisis de todo estado pasional no puede pensarse sin duda, en que se presente una obsesión, sino cuando ésta evoluciona en un terreno marcadamente patológico. En aquel que no es patológico, se forma una idea prevalente como idea parásita que, sin obsesionar, absorbe a la personalidad conduciéndola al estado pasional, que desvía la psicología del individuo de su estado normal a uno anormal transitorio sin llegar a lo patológico o enfermizo.

Ahora, si el amor conduce a la pasión amorosa, ésta seguramente tiene que tener sus raíces hundidas en lo más profundo del organismo, no solamente en la porción simplemente orgánica sino también en la psicológica que, obrando armónicamente, toma el tipo de acuerdo con el predominio temperamental.

Admitido está hoy que el amor y la pasión que engendra nace de múltiples factores o raíces, siendo el primero orgánico, ocasionado por los cambios hormonales de nuestros gonados, ligados a la perpetuación de la especie por la reproducción. Raíz fundada, en lo que puede decirse, el amor carnal instintivo que obedece al llamado de la función de los órganos reproductivos del ser animal y que tiene por fin cumplir con las leyes de la fecundación y de la perpetuación.

Se ha llegado también a encontrar relaciones, más o menos obscuras, entre el amor y la muerte; por cuanto ésta, toma, en determinadas circunstancias, un evidente parecido con la imagen de la muerte, dando nacimiento al amor de tipo contemplativo, al éxtasis amoroso, al amor idealista capaz de renunciación y que puede conducir al sacrificio de amor. Esta sería la raíz tánica del amor, con tendencia masoquista.

Si la pasión amorosa toma el tipo elevado, intelectualizado, creador y fecundo, con represión de la potencia libidinosa, se obtiene el amor expresado en obras artísticas, hijas de la inteligencia creadora con inhibición del impulso hormonal para obtener la sublimación en el trabajo intelectual; motivo por el cual los hombres de ciencia y literatos eminentes casi no se satisfacen con el uso del amor carnal. Este estado constituye la **raíz érguica** del amor.

Por último, se encuentra en el proceso, otra tendencia a hacer del amor algo exclusivo y propio, tratando de poseer al sujeto amado en forma absorbente, de una manera absoluta y despótica, exigiendo más bien que dando para monopolizarlo de manera egoísta y satisfacer así la propia necesidad de dominio. Esta sería la **raíz sádica** del amor.

En la trama del juego del amor, éstas raíces raramente se encuentran en sus tipos puros, sino que se mezclan entre sí en virtud de las fuerzas anímicas de la personalidad para dar aspectos variados a

las manifestaciones amorosas; masoquista o tánica, sádica, érguica o carnal etc. Pero, cuando hay predominio de alguna de ellas se presentan múltiples tipos del proceso amoroso: si la raíz tánica domina la conducta, asistiremos al amor masoquista, cuyo último episodio puede ser el suicidio (matarse o dejarse morir). Tipo amoroso observado en la mujer y en personas de temperamento asténico. "Son los dramas silenciosos e íntimos —dice el autor— que no pasan de las fronteras de la familia; los que no se leen en los periódicos, ni se registran en la orden del día policial; los que se desvían hacia la patología individual o social. Originarios son todos ellos de la pasión de los celos y en centenares de miles de formas en todos los lugares de la tierra".

Cuando el predominio lo ejerce la raíz agresiva, se llega al tipo del amor sádico que puede terminar en la supresión de la víctima amada o del rival, o de ambos, en aquellos temperamentos asténicos o coléricos.

Estas raíces, que someramente hemos enumerado, forman la base principal sobre las cuales se asientan los celos. Pero, ocurre que éstos no son una pasión pura, sino que son una especie de "cocktail" psicológico, como dice Mira y López; son una síntesis o conjunto de pasiones. Allí va mezclado el egoísmo, el odio, la envidia, la vanidad, el orgullo, el interés, la inferioridad y la humillación para desembocar, como río desbordado, en la ira y la venganza contra el rival o contra sí mismo, según la tendencia temperamental del individuo afectado. Por ejemplo, el orgulloso no tolerará la afrenta al acto que considera como afrentoso; el egoísta siente que el sujeto amado es solo exclusivamente para él y, cualquier cosa que atente contra éste, es motivo suficiente a despertar los celos; el envidioso daría reacciones de represalia ante el hecho de considerar que no es querido en la proporción que pudiera serlo el otro; el vanidoso puede reaccionar, en forma violenta, si se ve colocado en posición de inferioridad o humillación. Todo esto conduce, insensiblemente o de una vez, de la simpatía amorosa a la antipatía que engendra el odio, y de allí, a dirimir la situación conflictiva por la agresión contra el autor o autores de ella, o contra sí mismo, según la fuerza de los resortes psicológicos. Una cualquiera o todas estas acciones es suficiente a formar e impulsar los celos.

Es preciso tener en cuenta que el estado pasional o pasión es algo inherente a la constitución íntima de los seres organizados y que pertenece a su funcionamiento psico-físico. Consideradas en éste sentido, las pasiones son actos emocionales intensos —como ya se ha dicho antes— que deben llevar el sello pasional escueto. Por consiguiente, la psicología no entra a calificarlas, si ellas son buenas o malas, útiles o inútiles, sociales o anti-sociales; división, que pisa ya el terreno de lo moral y que ha dado lugar a tantas disquisiciones metafísicas; porque una pasión podría ser una u otra cosa, según el impulso que

la despierte. Un homicidio por celos, pongamos por caso, considerado desde este punto de vista, haría cambiar todos los tonos de su colorido, si fuera cometido en defensa del honor mancillado para lavar una mancha arrojada sobre el buen nombre o la buena reputación; o si esa misma persona celosa fuera impulsada por los resortes de la venganza, el odio y aún el egoísmo.

El fanático de toda laya —religioso, político, revolucionario que mata a un dictador o a un tirano, para los unos procederá, en éste campo de la moral, como un hombre impulsado por una pasión altruista o quizás útil, al estilo de Ferri; para los otros, obraría cegado por la venganza, el odio, el interés, calificadas como pasiones anti-sociales. Mientras que, para la psicología y la psiquiatría, el acto no sería sino simplemente un estado pasional en su sujeto, normal o patológico.

Por consiguiente, los psiquiatras insisten sobre el hecho de que "el estado psicológico emocional o pasional no constituye por sí mismo una enfermedad. Los criminales pasionales son una infinidad de veces individuos normales, sin ninguna tendencia ilícita permanente que, al realizar su crimen, obedecen a la brusca explosión de sus actos afectivos. La cólera, los celos, el pánico, la venganza, que hacen desear el sufrimiento a otro y que, en individuos absolutamente equilibrados, solo se manifiestan en forma moderada o encuentran satisfacción en actitudes combativas socialmente útiles, se exteriorizan directamente en el crimen pasional. Puede, pues, decirse que los delincuentes pasionales son anormales temporales; porque es preciso sostener que, aún con conciencia, es dado encontrar un estado mental transitorio —el estado emocional cabalmente— en que las acciones no pueden ser conducidas y los impulsos frenados o inhibidos", como apunta Cueva Tamariz.

No puede haber la menor duda de que en Luis María Reyes, por todo lo que cuenta el expediente, había las suficientes causas para que en su psiquismo fuera engendrándose una tensión psicológica emocional que con el tiempo, por lo intensa, prolongada y continua, se transformara en un estado pasional. Este, a su vez, despertó y formó en su mente la idea prevalente, de que ya se ha hablado antes, engendradora y fijada por todos aquellos incidentes de que está llena la historia de éste proceso. Su idea prevalente, era, por lo tanto, de tipo celoso sin llegar a constituir una idea obsesiva, ya que Reyes no es un psicópata. Invadido por el síndrome de los celos su reacción celosa debía manifestarse en armonía con su temperamento.

Resaltan en el análisis de Reyes ciertas características somáticas y psíquicas de su personalidad que dan a conocer su temperamento y sus reacciones temperamentales. La reacción nerviosa del reflejo óculo-cardíaco especialmente, nos dá la impresión de que su carácter

está influido por una vagotonía muy acentuada, más bien que por una simpaticotonía. Esta índole de sujetos no son impulsivos sino, más bien, impresionables y a veces irresolutos. Por lo mismo que son impresionables hay una marcada tendencia a la inestabilidad emotiva, rasgos que se destacan en ciertos actos de ésta vida que analizamos.

Al ser sorprendido en fuga con la muchacha, se allana rápidamente a contraer matrimonio con ella, sin lucha, sin oposición. Luego, su mujer legítima lo abandona, por una u otra causa y se pone a hacer vida marital con un amante por espacio de diez meses, circunstancia que no lo hace reaccionar ni de improviso, ni con mayor rapidez, sino que se somete a ésta situación en forma pasiva continuando como amigo del rival y ofreciéndole trago en una fiesta en que se encontraron. Trata de conformar su situación buscando ejemplos en la escasa literatura que ha leído y que lo impresiona, para ir incubando su idea prevalente. Vargas Vila le ayuda en ésta tarea con la cita que dice: "La mujer cuando no servía se debía matar o se había de matar uno".

Viene luego la reconciliación que duró un mes, durante el cual hay heridas y amenazas de muerte; pero, cuando la esposa huye nuevamente, se dirige a casa de su suegra para decirle: "Estoy de luto, mi señora se ha ido", vistiéndose de luto riguroso en manifestación de duelo.—Al fin, la idea prevalente triunfa en su instinto y lo lleva a la acción homicida, sin ser un impulsivo de tipo colérico. En la prisión, intenta un día quitarse la vida en un rapto suicida "por que se encontraba muy aburrido".

Todos éstos actos volitivos nos dejan entrever que su estado celoso, de acuerdo con su temperamento de tipo asténico, se encontraba bastante influido por la raíz tánica o masoquista del amor que le producía una sensación de tristeza, de angustia, de indecisión que no lo llevó a obrar prontamente; pero ni siquiera contra el rival —como en el sonado caso Zawasky y otros, sino que, sin estar influido por las leyes naturales que conducen a la disputa entre machos, su temperamento influenciado por la ley moral y social que lo induce a proceder contra su "compañera", según la epístola de San Pablo, que se le había dado en matrimonio y que la ley reconocía como su esposa legítima.

Su psiquismo superior se dirige en el mismo sentido. Y así comprobamos que se impresiona con la literatura en lo poco que ha podido leer. Es de buena índole lo que le merece la gracia de trabajar por fuera de la cárcel, según el Director de ella. Comete acciones de las cuales luego se arrepiente más tarde. Tal sucede con su presentación espontánea a la autoridad después del crimen; se fuga, se arrepiente de lo hecho, y se presenta de nuevo voluntariamente, dando muestras de

un señalado etismo. Temperamentos de ésta índole poseen una alta dosis de sinceridad; por ello nos llama la atención que haya faltado a ella en sus indagatorias.

Qué elementos pudieron formar el cocktail psicológico o síndrome de los celos en éste sujeto? De seguro que la incubación lenta de la antipatía y el desamor, su propia condición de inferioridad, y, cuando ya pudo caer en la cuenta, la ofensa irragada a su situación de marido legítimo y burlado.

Por lo expuesto podemos concluir:

1o.—Luis María Reyes es una persona física y psíquicamente normal.

2o.—Su temperamento está influido por una vagotonía de reacción asténica y poco impulsiva.

3o.—En el momento de cometer el acto delictuoso se encontraba dominado por la pasión de los celos, que, a su vez, depende de otras muchas pasiones.

4o.—Obró impulsado por una idea prevalente celosa normal, sin características de obsesión impulsiva patológica, por cuanto no es un psicópata.

Popayán, Junio de 1.950.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN No. 2

Al inaugurar el nuevo año lectivo de 1.952, el suscrito Decano de la Facultad de Medicina se complace en presentar al distinguido Cuerpo de Profesores y estudiantes sus mejores votos por su bienestar y ventura personales, y espera que esta etapa de la vida sea más fructífera que la que acaba de terminar.

El siguiente es el programa a desarrollar en febrero.

- Lunes 4** Iniciación de actividades en la Facultad.
- Jueves 7** a 11 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.
- Viernes 8** a.m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas: Aula Braulio Mejía.
- Sábado 9** 8 a.m. C. P. C. Primera conferencia de Patología Clínica.
Lugar: Auditorio de la Facultad.
- 10 a.m. Iniciación de las Conferencias de Extensión Cultural, a cargo del Sr. Presidente del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, Dr. Joaquín Pérez Villa, quien disertará sobre «TEORIA GENERAL DEL ARTE».
Asistirán alumnos de todas las dependencias de la Universidad y se invita al público en general.
Auditorio de la Facultad.
- Lunes 11** 6 p.m. Iniciación del Cursillo de Introducción a la Clínica de Organos de los Sentidos. Asistencia obligatoria para los alumnos matriculados en esta asignatura. La Secretaría de la Facultad llamará a lista. La asistencia es voluntaria para los demás estudiantes y Médicos. Ver programa especial para las 15 conferencias.
- Miér. 13** 6 p.m. Reunión ordinaria de la Academia de Medicina de Medellín. Elección de nueva Mesa Directiva.
- Jueves 14** 9 a 11 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas en el aula B. Mejía.
- Viernes 15** 7.30 a 9 a.m. R. C. Reunión de Clínicas Quirúrgicas. **Lugar:** Aula de Clínica Quirúrgica.
- Sábado 16** 10 a.m. Reunión del Instituto de Ciencias Básicas. R. C. B. Resumen bibliográfico de actualidad.
Lugar: Auditorio de la Facultad.
- Lunes 18** 8 a.m. Iniciación del Primer Curso de Especialización que se dicta en la historia de la Facultad.
Curso de Tisiología, bajo la Dirección del Dr. RAFAEL J. MEJIA. Ver programa especial.
Lugar: HOSPITAL DE LA MARIA.
- Jueves 21** 9 a 11 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.
Lugar: Aula Braulio Mejía.
- Viernes 22** 8 a 9 a.m. R. C. P. Reunión de Clínicas Médicas: **Lugar:** Aula Braulio Mejía.

Sábado 23	8 a.m.	Conferencia sobre Deontología Médica a cargo del Sr. Canónigo Dr. Alfonso Uribe Jaramillo. Tema: «LA MORAL MEDICA ANTE EL PSICO-ANALISIS. Lugar: Auditorio de la Facultad.
	8 a.m.	C. P. C. Conferencia de Patología Clínica. Lugar: Auditorio de la Facultad.
	10 a.m.	Concierto comentado de Música Clásica. V Sinfonía de Bethoven. Lugar: Auditorio de la Facultad.
Miérc. 27	6 p.m.	Reunión de la Academia de Medicina de Medellín.
Jueves 28	9 a 11 a.m.	R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas. Lugar: Aula Braulio Mejía.
Viernes 29	7 a 9 a.m.	R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas. Lugar: Aula de Clínica Quirúrgica.
	6 p.m.	Terminación del Cursillo sobre Organos de los Sentidos. Lugar: Auditorio de la Facultad.

Informaciones del Decanato:

1. Se han incorporado al personal Docente de la Facultad los siguientes Profesionales, a quienes este Decanato presenta su público agradecimiento por su colaboración:

a) Dr. Pedro J. Toro Echeverri, como Profesor de Patología Interna, mientras dura la licencia concedida al Dr. Marco A. Robledo.

b) Dr. Luis C. Uribe Botero, trasladado a Profesor de Clínica Interna, mientras dura la licencia concedida al Dr. Rafael J. Mejía, quien pasa a ponerse al frente del Curso de Especialización en Tisiología.

c) El Dr. Guillermo Velásquez, como Profesor Agregado de medio tiempo en Anestesiología.

d) Dr. Jorge Delgado Martínez, como Profesor Agregado de Anatomía, para Anatomía Radiológica.

e) Dr. Carlos E. Sanín Aguirre, como Auliar de Clínica Interna, en Reumatología, los lunes, en reemplazo de las conferencias de Endocrinología y Nutrición.

f) Dr. Tomás Quevedo G., como Profesor Auxiliar de Clínica Semiología, en vías digestivas, y en reemplazo del Dr. Arturo Pineda, quien viajó al exterior.

g) Sres. Mario Robledo y Raúl Alvarez, como Jefes de Trabajos de Anatomía Patológica.

h) Dr. Fabio Vélez, quien ha ofrecido gentilmente su colaboración para la enseñanza y práctica de Broncoscopias a los pacientes del Hospital de San Vicente de Paúl, las que se harán en la Sala de Endoscopias de María Auxiliadora, todos los lunes a las 8 a. m.

2. Este Decanato deja constancia en el presente Boletín, de su profundo pesar por la desaparición del Dr. Juan B. Londoño durante el período de vacaciones, quien fue antiguo Decano de esta Facultad y médico por mil títulos distinguido.

3. En el presente año concurren a los exámenes de admisión a la Facultad, un total de 149 alumnos, de los cuales pasaron 93, por haber obtenido más de 80 puntos en todas y cada una de las asignaturas examinadas. Estos mismos estudiantes presentaron exámenes de validación del Curso Preparatorio para ser aceptados directamente en el primer Curso de la Facultad, y sólo se quedaron sin validarlo siete (7) estudiantes de los dichos antes.

4. La Escuela de Enfermería ha cumplido con extraordinario éxito su primer año de labores y se prepara a iniciar el segundo curso. El primer curso ha sido ampliado en su cupo hasta un total de 60 alumnas. En el presente año contaremos igualmente con un internado para 20 alumnas becadas en su totalidad. Actualmente hay diez (10) becas vacantes y quienes estén interesadas en ocuparlas, deben entenderse con la Rda. Hermana Lucía de la Pasión, Directora de dicha Escuela. Esta ampliación y mejora han sido posibles, gracias a la colaboración prestada por la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, al cuidado del Dr. Jorge Boshell Manrique. Tanto a la Escuela Superior de Higiene como a su Director presentamos nuestro público agradecimiento.

5. Empezó a llegar a la ciudad el ascensor para el nuevo edificio que ocupa actualmente la Facultad de Medicina, y dentro de pocos meses quedará instalado en definitiva.

6. Se ruega continuar suministrando matas y arbustos ornamentales para el embellecimiento del edificio de la Facultad.

7. Como se podrá observar en el programa de actividades del mes, se piensa desarrollar en el presente año una gran actividad en las conferencias de CULTURA GENERAL, para lo cual se espera amplia y decidida colaboración de parte de Profesores y alumnos, para el éxito completo de esta importante iniciativa.

8. La IV Convención Nacional de la Asociación Nacional de Gastroenterología, se reunirá en el próximo mes de Marzo, posiblemente durante los días 20, 21 y 22, en la ciudad de Cartagena. El tema Central de las discusiones es «ULCERA PEPTICA». Los interesados en enviar ponencias o trabajos sobre temas libres, tendrán la fineza de ponerse en comunicación con el suscrito Decano.

9. Esta Facultad será en el presente año la sede para los siguientes Congresos Científicos, en fechas que se anunciarán oportunamente: Segundas Jornadas Colombianas de Pediatría, Segundo Congreso Colombiano de Radiología, Segunda Convención del Colegio de Cirujanos de Colombia, Segunda Reunión del Congreso de Ginecología y Segunda de Información Médica de la Asociación Médica Antioqueña AMA.

10. La Sociedad de Cirugía de Bogotá celebrará en el presente año el cincuentenario de su fundación, y con tal motivo está organizando la celebración de una Semana Médico-Quirúrgica en la semana que se inicia el 23 de Julio. Este Decanato se permite dar traslado al cuerpo de Profesores y alumnos de la gentil invitación que se les ha extendido para concurrir a dicho certamen.

11. El calendario de actividades de la Facultad durante el presente año es el siguiente:

Calendario para 1.952.

Enero 14 — Lunes:	Iniciación de exámenes de admisión, spletorios, habilitación, etc.
Enero 21 — Lunes:	Iniciación de matrículas.
Febrero 4 — Lunes	7 a.m. Iniciación de clases.
Marzo 19 — Miérc.	Receso. Fiesta religiosa: San José.
Abril 10. — Martes	Prueba parcial única en materias semestrales.
Abril 5 — Sábado	12 m. Se inicia el receso con motivo de la Semana Santa.
Abril 14 — Lunes:	7 a.m. Termina el receso de la Semana Santa.
Mayo 10. — Jueves	Receso. Fiesta nacional: Día del trabajo.
Mayo 5 a 10	Primeras pruebas parciales para las materias anuales.
Mayo 22 — Jueves:	Receso. Fiesta religiosa: La Ascensión del Señor.

Junio 5, 6 y 7:	Exámenes finales de las materias del primer semestre.
Junio 9 — Lunes:	Se inician las materias semestrales de la segunda mitad del año lectivo.
Junio 12 — Jueves:	Receso. Fiesta religiosa: Corpus Christi.
Julio 19 — Sábado:	12 m. Se inicia el receso por motivo de las vacaciones de mitad de año.
Julio 20 — Domingo:	Receso. Fiesta nacional: Independencia de Colombia.
Agosto 7 — Jueves:	Día de fiesta nacional: Batalla de Boyacá.
Agosto 8 — Viernes:	7 a.m. Termina el receso de vacaciones. Reanudación de clases.
Agosto 15 — Viernes:	Receso. Fiesta religiosa: La Asunción de la Santísima Virgen.
Agosto 28 y 30:	Prueba parcial única para las asignaturas del 2o. semestre.
Septbre. 8 y 13:	Segundas pruebas parciales de las materias anuales.
Octubre 9 — Jueves:	Receso con motivo del día clásico de la Universidad de Antioquia.
Octubre 10 y 11:	Celebración de la Semana Universitaria.
Octubre 12 — Domingo:	Fiesta nacional: Descubrimiento de América.
Octubre 31 — Viernes:	Termina el año lectivo.
Novbre. 3 Lunes:	Iniciación de los exámenes finales.
Novbre. 11 — Martes:	Fiesta nacional: Independencia de Cartagena.
Novbre. 29 — Sábado:	Terminación de los exámenes finales. Clausura del año lectivo.

NOTAS:

- 119.
- 1a. Habrá un total de 109 días hábiles y 34 mañanas correspondientes a los sábados.
- 2a. Las materias anuales —que no comprendan los sábados— tendrán una actividad de 160 días, dejando 9 días para pruebas parciales, etc.
- 3a. Las materias semestrales tendrán 80 días de trabajo.
- 4a. En resumen, trabajando 8 horas diarias y 4 horas los sábados, habrá una actividad total de 1.436 horas.
- 5a. Todos los días de la semana son hábiles, con excepción del sábado en la tarde y el domingo.

1,952 -

INFORMACION DEL SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL

Dr. Antonio Osorio Isaza, para este boletín.

1o. Carta dirigida a los Sres. Profesores.

Señores Profesores:

Con el establecimiento de las estadísticas vitales en el Hospital de San Vicente de Paúl, estamos ya en condiciones de suministrar a cada uno de Uds. datos ciertos y exactos sobre los siguientes apartes y enviar la respuesta que se nos solicite, con suma rapidez.

1o. Número de enfermos atendidos en el Hospital durante el período comprendido del 1o. de marzo de 1.951 hasta la fecha.

- 2o. Número de enfermos que han pasado por su servicio.
- 3o. Causas de salida de tales enfermos tanto en el Hospital como en sus propios pabellones.
- 4o. Diagnósticos definitivos.
- 5o. Relación en la clasificación por edad, sexo, estado civil, profesión, procedencia, médico tratante, causas de salida, confirmación del diagnóstico, días de permanencia y todos los detalles que figuran en la historias general.

Queremos advertir que las historias están clasificadas por unidades nosológicas lo cual nos permite, si Uds. están interesados en estudiar un tópico especial, suministrarles tales historias tan rápidamente como Uds. lo deseen.

Atentamente,

Antonio Osorio Isaza

Algunos datos sobre el Hospital de San Vicente de Paúl:

Durante el año de 1.950 se verificaron en el Laboratorio Clínico 46.059 exámenes.

En 1.951 este número aumentó en 25.015 exámenes, es decir, alcanzó el número de 71.074.

Para demostrar el aumento creciente de nuestro servicio de radiodiagnóstico, compárense los siguientes números que representan en los correspondientes años los pacientes examinados, sin incluir las radioscopias pulmonares. Téngase en cuenta que cada paciente ha necesitado generalmente varios exámenes, lo cual elevaría aún más las cifras.

1.946	1.450	pacientes.
1.947	2.882	„
1.948	2.715	„
1.949	3.202	„
1.950	6.045	„
1.951	8.469	„

De Julio a Diciembre de 1.951 se gastaron 6.067 películas, lo cual da una idea del volumen de trabajo en la dependencia en mención.

El 15 de Enero se inició el servicio médico municipal, que está atendido por los mismos médicos generales que lo hacían en el municipio.

Con los auxilios extraordinarios recibidos el Hospital se encuentra trabajando de nuevo, de acuerdo con su capacidad completa.

El 31 de enero se abrió al servicio público un nuevo pabellón en Policlínica, con 18 camas para observación.

En el mes de febrero se formalizará un pedido completo de instrumental quirúrgico y médico con destino a los diversos servicios.

Con toda actividad se adelantan los trabajos de acondicionamiento del nuevo local para el Laboratorio Clínico.

Dentro de dos meses se iniciarán trabajos de construcción del nuevo edificio del pabellón infantil.

Se ha adquirido una unidad completa para Organos de los Sentidos con la American Optical Co., para el servicio de la Consulta Externa.

Como datos importantes del Banco de Sangre, tenemos los siguientes:

Entraron 3.267 litros de sangre.
 Salieron 2.730 litros en transfusiones.
 Salieron 537 litros de plasma, glóbulos rojos, lavados y otras derivados.
 Se hicieron 8.647 transfusiones. Promedio diario 23.6
 Se practicaron 8.404 sangrías. Promedio diario 23.0

El mes de más movimiento en transfusiones fue Agosto con 854
 El mes de menos movimiento en transfusiones fue Enero con 575

En sangrías: El mes de más movimiento fue Septiembre con .. 906
 El mes de menos movimiento fue Diciembre con .. 590

Transfusiones:

En Primera Pensión 660
 En Segunda Pensión 715
 Particulares 408
 Otras Clínicas (María, Noel, etc). 950
 En salas de caridad 5.914

El 20 de enero de 1.952 se llegó a la historia No. 6.643 en la Consulta Externa. Durante el año de 1.951 atendió el Hospital 10,791 enfermos en sus servicios internos, sin contar los que pasaron por la Consulta Externa.

PENSUM Y HORARIO PARA 1.952 EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. DE A.

Curso Primero:

7.00 = 8.30 a.m. Anatomía macro y microscópica (Teóricas).
 8.30 = 9.00 a.m. Descanso.
 9.00 = 10.45 a.m. Prácticas de Anatomía macroscópica.
 (Anatomía radiológica y práctica de cadáver).
 10.45 = 11.30 a.m. Descanso.
 11.30 = 12.30 a.m. Fisiología (Teórica).

T A R D E :

2.00 = 4.00 p.m. Tiempo libre para estudio.
 (Sólo un día semanal serán ocupadas estas horas).
 4.00 = 6.00 p.m. Prácticas alternadas por grupos de Química Biológica y Anatomía microscópica.
 2.00 = 4.00 p.m. Un día por semana, por grupos, prácticas de Fisiología.
 4.00 = 7.00 p.m. Química Biológica teórica.

SABADO:

Prácticas de laboratorio.

Asistencia obligatoria por las mañanas. Reuniones científicas y extracurriculares. Películas, Información bibliográfica, conferencias culturales, reunión de ciencias básicas, etc.

NOTAS:

1a. El curso de Dibujo Anatómico se dicta conjuntamente con Anatomía, Histología, etc.

2a. El curso de Fisiología incluye la Física Médica en el primer trimestre. No incluye Neurofisiología, la cual se dictará conjuntamente con Neuroanatomía.

3a. Existe un programa detallado completo de las actividades durante todo el año escolar, el que se distribuirá oportunamente.

Horario semanal por alumnos:

	TEORIA:	PRACTICA:	
ANATOMIA MICROSCOPICA	4	6	
ANATOMIA MACROSCOPICA	4	9	
FISIOLOGIA	5	4	
QUIMICA BIOLÓGICA	5	6	
EXTRACURRICULARES	2		
	—	—	
TOTAL	20	25	45

Curso Segundo:

- 7.00 a 8.00 a.m. Farmacodinamia (Teórica).
- 8.00 a 9.00 a.m. Fisiología (Teórica).
- 9.00 a 11.00 a.m. Prácticas de Fisiología y Anatomía 2a.
(Alternadas por grupos).
- 11.00 a 12.00 m. Anatomía 2a, (Teórica).
—Neuroanatomía, neurofisiología, Anatomía topográfica.

TARDE:

- 4.00 a 6.00 p.m.
(3 días)..... Prácticas de Farmacodinamia y Microbiología.
(Alternadas por grupos).
- 6.00 a 7.00 p.m. Microbiología (Teórica).
—Bacteriología y Parasitología.—

SABADOS:

Reuniones científicas, extracurriculares.
(Películas, información bibliográfica, reunión de ciencias básicas, etc.). Asistencia obligatoria.

Horario semanal por alumnos:

	TEORIA:	PRACTICA:	
FARMACODINAMIA	5	2	
FISIOLOGIA	5	2	
MICROBIOLOGIA	5	4	
ANATOMIA 2a.	5	6	
EXTRACURRICULARES	3		
	—	—	
TOTAL	23	14	37

Curso Tercero

- 7.00 a 9.00 a.m. Clínica Semiológica.
 9.00 a 10.00 a.m. Descanso. Hora que puede ser ocupada en Clínica Semiológica (Historias) o en Anatomía Patológica (Autopsias).
 10.00 a 11.00 a.m. Anatomía Patológica (Teórica).
 11.00 a 12.00 m. Terapéutica (Para quienes hayan aprobado Farmacodinamia).

T A R D E :

- 2.00 a 4.00 p.m. Prácticas de Anatomía Patológica (3 días).
 4.00 a 5.00 p.m. Patología Tropical (Teórica y práctica).
 5.00 a 6.00 p.m. Patología Interna (Teórica).

S A B A D O S :

C. P. C., DEONTOLOGIA MEDICA, PELICULAS, ETC. (Asistencia obligatoria).

N O T A : Técnica Quirúrgica y Cirugía Experimental serán cursadas en 1.953 en 4o. curso.

Horario semanal por alumnos:

	TEORIA:	PRACTICA:
CLINICA SEMIOLOGICA	5	5
(Historias).		
ANATOMIA PATOLOGICA	5	6
(Autopsias)		1
TERAPEUTICA	5	
PATOLOGIA TROPICAL	3	2
(Con prácticas de laboratorio clínico).		
PATOLOGIA INTERNA	5	
EXTRACURRICULARES	3	
(Sábados).		
	—	—
TOTAL	26	16

42

Cuarto Curso

- 7.00 a 8.00 a.m. Clínica Tropical.
 8.00 a 9.00 a.m. Terapéutica completa.
 (Los que no han cursado Farmacodinamia).
 9.00 a 10.00 a.m. Historias y prácticas de laboratorio de Clínica Tropical.
 10.00 a 11.00 a.m. Clínica Dermatológica. (Un grupo).
 11.00 a 12.00 a.m. Medicina Legal.

T A R D E :

- 2.00 a 4.00 p.m. Cirugía Experimental. (Voluntaria-sin examen).
 3.00 a 4.00 p.m. Prácticas de Medicina Legal. (Autopsias y reconocim.).
 4.00 a 5.00 p.m. Clínica Psiquiátrica.
 5.00 a 6.00 p.m. Patología Externa.

S A B A D O S :

C. P. C. Deontología Médica. Películas, etc.

NOTAS: 1a. Los alumnos que habiendo aprobado Técnica Quirúrgica y deseen realizar prácticas voluntarias de Cirugía Experimental, pueden inscribirse al matricularse, con la única obligación de asistencia asidua y sin exámenes. Se harán dos (2) sesiones semanales de (dos) horas c/u., pero es preciso co-laborar en el suministro de animales para experimentación.

2a. Los alumnos de Clínica Tropical tienen obligación de practicar los

exámenes de laboratorio de rutina que necesite el paciente que les sea asignado, en el Laboratorio de la Facultad.

Horario semanal por alumnos:

	TEORIA:	PRACTICA:
CLINICA TROPICAL		5
CLINICA TROPICAL (Hist. y lab.)		5
TERAPEUTICA	5	
MEDICINA LEGAL	5	1
CLINICA DERMATOLOGICA		5
CLINICA PSIQUIATRICA		5
PATOLOGIA EXTERNA	5	
EXTRACURRICULARES	3	
(Sábados).		
TOTAL	18	21

CIRUGIA Experimental (Opcional) 4

Quinto Curso:

- 7.00 a 9.00 a.m. Clínica Interna.
- 9.00 a 11.00 a.m. Clínica Infantil.
- 11.00 a 12.00 m. Clínica Neurológica (Grupo A. un semestre).
Clínica Organos de los Sentidos (Grupo B. un semestre).

T A R D E :

- 2.00 a 3.00 p.m. Prácticas de Medicina Legal (Autopsias y reconocimientos).
- 4.00 a 5.00 p.m. Medicina Legal.
- 5.00 a 6.00 p.m. Obstetricia (Teórica).

S A B A D O S : C. P. D., Deontología Médica, Películas, etc.

NOTAS: 1a. Las cátedras de Clínica Neurológica y Clínica de Organos de los Sentidos serán semestrales, y para el efecto cada cátedra será alternada y el total de estudiantes del 5o. Curso se dividirá por partes iguales en dos grupos: Grupo A. y Grupo B. El primero cursará en el primer semestre Clínica Neurológica y el segundo Clínica Organos de los Sentidos. En el segundo semestre el Grupo B. hará Clínica Neurológica y el Grupo A. Clínica Organos de los Sentidos.

2a. Se advierte que cada semestre comprenderá una intensidad de 80 días hábiles (fuera de exámenes), y que el primer semestre termina en Junio 4.

3a. Habrá una serie de 15 conferencias de Patología de Organos de los Sentidos como introducción al curso, de 6 a 7 p.m., en los días comprendidos entre Febrero 11 y Febrero 29. Oportunamente se entregará la programación detallada del curso y la organización dada.

Horario semanal por alumnos:

	TEORIA:	PRACTICA:
CLINICA INTERNA		10
CLINICA INFANTIL		10
CLINICA NEUROLOGICA		5

CLINICA ORGANOS DE LOS SENT. .		
MEDICINA LEGAL	5	I
OBSTETRICIA	5	
EXTRACURRICULARES	3	

TOTAL	13	26
-------	----	----

Curso Sexto:

7.00	a	9.00	a.m.	Clínica Quirúrgica.	(Incluye Anestesiología).
9.00	a	10.00	a.m.	Clínica Ginecológica.	(Grupo A. un semestre).
				Clínica Urológica.	(Grupo B. un semestre).
10.00	a	11.00	a.m.	Clínica Obstétrica.	(Grupo A.).
11.00	a	12.00	m.	Clínica de Urgencias.	

T A R D E :

2.00	a	3.00	p.m.	Clínica Obstétrica.	(Grupo B.).
2.00	a	5.00	p.m.	Consulta externa.	(Un (1) día semanal).
3.00	a	4.00	p.m.	Higiene.	
4.00	a	6.00	p.m.	Prácticas de Higiene.	(dos días semanales).
6.00	a	7.00	p.m.	Clínica Obstétrica.	(Grupo C.).

TEORIA:

PRACTICA:

CLINICA QUIRURGICA		10
CLINICA GINECOLOGICA		
O UROLOGICA		5
CLINICA OBSTETRICA		5
CLINICA URGENCIAS		5
HIGIENE	4	4
CONSULTA EXTERNA	3	3
EXTRACURRICULARES		

TOTAL	7	32
-------	---	----

NOTAS:—1a. La Cátedra de Clínica Quirúrgica será en este año de dos (2) horas diarias. Incluye teoría y prácticas obligatorias de Anestesiología, sección que estará al cuidado del Dr. Guillermo Velásquez.

2a. Todos los alumnos del 6o. curso tendrán obligación de hacer una sesión semanal de tres (3) horas de consulta externa, de 2.00 a 5.00 p.m. el día que les corresponda y estarán exentos de asistir a la clase de Higiene.

3a. El orden de ingreso al internado será según el número de materias que estén cursando en 6o. Cuando se presente el caso de igualdad de asignaturas en varios estudiantes, se seguirá como orden el resultado del cómputo de calificaciones obtenidas en toda la carrera. El Internado rotatorio-obligatorio, se prestará únicamente en el Hospital de San Vicente y durante doce meses (12) completos.

4a. El Grupo A. cursará Clínica Ginecológica en el primer semestre y el Grupo B. cursará Clínica Urológica en el mismo semestre. En el segundo semestre se invertirán los grupos, así: Grupo A. cursará Clínica Urológica y Grupo B. Clínica Ginecológica.

CATEDRA DE CLINICA DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS EN LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. DE A.

Organización para el año 1.952.
Curso semestral.

El número total de alumnos matriculados será dividido por mitades, en dos (2) grupos: Grupo A y Grupo B. El Grupo A. cursará esta asignatura en el primer semestre, mientras el Grupo B. cursará Clínica Neurológica. En el segundo semestre se invierten los grupos y por lo tanto las asignaturas correspondientes.

Las clases para el primer semestre se inician el Lunes cuatro (4) de Febrero y los exámenes finales se verificarán en los días 5, 6 y 7 de Junio. Habrá una sola prueba parcial que se llevará a cabo el martes primero de Abril.

Tanto las pruebas parciales como los exámenes finales se efectuarán exclusivamente de 11 a 12 m. y en las horas de 6 p.m., en adelante, si es necesario. Esta reglamentación anterior tiene por objeto no interferir las actividades de las demás asignaturas que deben continuar funcionando normalmente en estos días.

El segundo semestre se inicia el lunes 9 de Junio. Habrá una sola prueba parcial que se realizará en Agosto 28, 29, 30. El curso termina el 31 de Octubre y el examen final se hará en el mes de Noviembre.

Cada grupo de alumnos se subdivide a su vez en cuatro subgrupos, así:

- Grupo 1o. Al cuidado de los Dres. Carlos J. Vásquez C. Marco A. Barrientos.
- Grupo 2o. Al cuidado de los Dres. Hernán Londoño V. y John Ortíz G.
- Grupo 3o. Al cuidado de los Dres. Luis Carlos Córdoba P. y Aurelio Escobar.
- Grupo 4o. Al cuidado de los Dres. Augusto Estrada E. y el Jefe de Clínica.

Habrá un cursillo de introducción a la Clínica de Organos de los Sentidos, el que se dictará en el Auditorium de la Facultad de 6 a 7 p.m. en los días comprendidos entre el 11 y el 29 de febrero. La asistencia es obligatoria para todos los alumnos matriculados en la asignatura, bien sea porque les corresponda hacerla en el primero o segundo semestre, y la Secretaria de la Facultad correrá lista. La asistencia es voluntaria para los demás alumnos de la Facultad y podrán asistir los señores Médicos que lo deseen.

El programa de este cursillo es el siguiente:

Lunes	Fbro. 11	Resumen Anatómico e Histológico de ojo, anexos y vías ópticas. Dres. Alvaro Londoño y A. P. Rodríguez Pérez.
Martes.	Fbro. 12.	Optica ocular. Dr. Augusto Estrada E.
Miérc.	Fbro. 13.	Patología del Segmento posterior. Dr. Aurelio Escobar B.
Jueves.	Fbro. 14.	Patología del segmento posterior. II parte. Dr. Luis Carlos C. Córdoba P.

Viernes.	Fbro 15.	Patología ocular en algunas afecciones generales. Dr. Gabriel Toro Mejía.
Lunes.	Fbro. 18.	Resumen anatómico e histológico del oído y vías auditivas. Dres. Alvaro Londoño y A. P. Rodríguez Pérez.
Martes.	Fbro. 19.	Patología del oído. I parte. Dr. Gabriel Marín.
Miérc.	Fbro. 20.	Patología del oído, II parte. Dr. Gabriel Marín.
Jueves.	Fbro. 21.	Resumen anatómico e histológico de la nariz y vías olfativas. Dres. Alvaro Londoño y A. P. Rodríguez Pérez.
Viernes.	Fbro. 22.	Resumen de Patología de la nariz. Dr. Hernán Londoño V.
Lunes.	Fbro. 25.	Resumen anatómico e histológico de la garganta. Dres. Alvaro Londoño y A. P. Rodríguez Pérez.
Martes.	Fbro. 26.	Patología de la garganta. Dr. John Ortiz G.
Miérc.	Fbro. 27.	Resumen anatómico e histológico de la laringe y fisiología de la fonación. Dres. Alvaro Londoño y A. P. Rodríguez Pérez.
Jueves.	Fbro. 28.	Patología de la laringe. Dr. Marco A. Barrientos.
Viernes.	Fbro. 29.	Resumen de problemas emocionales en relación con las lesiones de los órganos de los sentidos. Dr. Carlos J. Vásquez.

El curso regular, como ya se dijo, comienza el lunes 4 de febrero y tendrá las actividades siguientes, por semana:

Lunes: Conferencia teórica para todos los subgrupos en el aula de Clínica Quirúrgica, según programa que se da al final.

Martes:

	Consulta Externa:	Cirugía:	Clínica, en el servicio:
Martes:			
Subgrupos	.... 1 y 2	..... 3	..... 4
Miércoles:			
Subgrupos	.... 3 y 4	..... 1	..... 2
Jueves:			
Subgrupos	.... 1 y 2	..... 4	..... 3
Viernes:			
Subgrupos	.... 3 y 4	..... 2	..... 1

Las conferencias de los lunes, se desarrollarán durante el primer semestre, según el siguiente programa:

Conferencias de los lunes durante el primer semestre.

Fbro.	4.	Anexos ojos y Ojo: Síndrome del segmento anterior. Dr. Hernán Londoño V.
Fbro.	11.	Principios de óptica fisiológica. Dr. Augusto Estrada.

Fbro.	18.	Síndrome de Obstrucción nasal Dr. Carlos J. Vásquez C.
Fbro.	25.	Síndrome amigdalofaríngeo. Dr. Luis Carlos Córdoba.
Marzo	3.	Principios generales de oftalmoscopia. Dr. Bertulfo Velásquez.
Marzo	10.	Examen funcional del VIII par. Dr. Aurelio Escobar B.
Marzo	17.	Afecciones de los senos paranasales. Dr. John Ortiz G.
Marzo	24.	Cáncer laríngeo. Dr. Marco Barrientos.
Marzo	31.	Principios generales de Terapéutica ocular. Dr. Augusto Estrada.
Abril	1o.	Prueba parcial única.
Abril	14.	Principios generales de Terapéutica Otorrino-larín- gológica. Dr. Hernán Londoño V.
Abril	21.	La retina y su relación con las afecciones generales. Dr. Luis Carlos Córdoba.
Abril	28.	El síndrome de hipertensión ocular. Dr. John Ortiz G.
Mayo	5.	Traumatismos oculares. Dr. Augusto Estrada.
Mayo	12.	Ojos—cataratas. Dr. Hernán Londoño V.
Mayo	19.	Mastoides. - Dr. C. J. Vásquez C.
Mayo	26.	Sorderas—ante el Médico General. Dr. Marco A. Barrientos.
Junio	2.	Amígdalas. Dr. Luis Carlos Córdoba.
Junio	5, 6 y 7:	EXAMENES FINALES.

Oportunamente se dará a conocer el programa del segundo semestre.

EL TOTAL DEL CURO ASI:

Cada alumno recibe por semana:

- 1 hora de teoría.
- 2 horas de consulta externa.
- 1 de cirugía.
- 1 hora de clase en pacientes hospitalizados.

Cada alumno recibe:

Teoría:

Práctica:

INTRODUCCION 15
GRANDES SINDROMES

PATOLOGIA	18	
CIRUGIA		18
CLINICA HOSPITALARIA		18
CONSULTA EXTERNA		36
TOTALES	33	72

TOTAL: 105 HORAS DE INSTRUCCION

Dr Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Antioquia

NOTICIAS

PROFESOR DR. FRANZ MAXIMILIAN GROEDEL

In Memoriam

Con el laconismo epistolar de los anglo-sajones me llegó, a fines del año pasado, una carta de Miss L. Lafleur, electrocardiografista del Doctor Groedel, anunciándome que éste había fallecido el 12 de octubre, después de larga y penosa enfermedad, y agregaba: "Es innegable que el Dr. Groedel era un sabio médico que procuraba, a todo trance, ser grato a quien lo trataba".

Aun cuando esperaba la noticia de un momento a otro, por haber quedado mal impresionado por la pérdida que en su salud pude apreciar la última vez que lo vi, no por eso dejé de sentir profunda pena porque por él tenía gran estimación y sincera amistad.

Tuve oportunidad de conocer al Dr. Groedel con ocasión de un enfermo a quien él había visto y estudiado que, posteriormente, me tocó tratar en esta ciudad. Al leer la observación clínica que había hecho y ver la copiosa documentación radiológica y electrocardiográfica con que había llegado a hacer un bello diagnóstico, no pude menos de admirar su sagacidad como diagnosticador, en contradicción, esta vez, con diagnósticos de Francia, Alemania y dos acreditados centros médicos americanos. Interesado en seguir la marcha del caso pidió que yo lo informara desde Medellín, así lo hice en cartas que muy amablemente me contestaba a vuelta de correo. Poco después, en viaje que hice a Estados Unidos, fui a visitarlo quedando admirado de su afabilidad y modestia. De esta manera quedó sellada nuestra amistad.

En su Ensayo sobre la Amistad hace Emerson una interesante discriminación sobre los caracteres y temperamentos de los hombres con quienes tropezamos en la vida: al lado de los que no ponen a vibrar nuestro espíritu, anota, aquellos que por su afectada amabilidad nos fatigan y, otros, a quienes tenemos temor de tratar porque por su acritud e ironía parece que quisieran clavarnos en la pared; por sobre ellos coloca a los que por su bondadosa acogida, su afabilidad, la sencillez de

su porte, de sus palabras, su claridad de expresión, su modestia, la atención que nos prestan, nos demuestran que estamos en presencia de personas superiores que procuran disimular su valor para ponerse a la par con su interlocutor; su trato deja una sensación indefinible de bienestar y de encanto inolvidables. A estos pertenecía el Profesor Groedel.

Nació Franz Maximilian Groedel en Bad Nauheim el 23 de mayo de 1881 en una familia de distinguidos médicos; su padre, I. Maximilian Groedel, Profesor de Medicina e iniciador de la Balneoterapia y la Fisioterapia, obra continuada por Theo Groedel, hermano de Franz, a cuya muerte en la primera guerra mundial, regresó Franz a Bad Nauheim. A los tres debe este renombrado balneario mucho de su reputación.

Franz Groedel estudió Medicina en las Escuelas de Giessen, Munich y Leipzig. Tuvo la fortuna de ser discípulo en Fisiología de Eckart y de los excelentes cardiólogos Riegel, Curschman, His Jr. Marschand y Augusto Hoffman. En 1904 recibió su grado de Doctor con una Tesis sobre Endocarditis por Infección Neumocócica.

Inició labores como asistente de Friedrich von Muller en su Clínica de Munich, estudiando con especial interés la Roentgenología, ciencia que entonces se iniciaba. Sobre esto hizo conferencias en algunos centros científicos de Alemania: Breslau, Munich y Berlín, luego en Suiza y en Inglaterra.

El aparato que ideó para medir el exacto tamaño del corazón fue el primer modelo que se usó en las principales clínicas de Europa. En 1909 publicó Groedel su primera obra, sobre *Diagnóstico en Medicina Clínica por los Rayos X*, publicación que hizo época y gozó de fama y popularidad. En 1909 organizó el primer Departamento de Radiodiagnóstico en el Heilige Geist Hospital de Franckfurt. Su fama como Roentgenologista rápidamente se extendió por toda Europa. Cuando se fundó la Escuela de Medicina en la Universidad de Franckfurt fue nombrado Privat Docente y más tarde Profesor. Estudió completamente la motricidad del estómago y estableció la forma definitiva de este órgano. Fue el primero en ver calcificaciones en el corazón de algunos enfermos.

Su mucho trabajo en Roentgenología y la imprudente exposición a que entonces estaban sometidos los experimentadores contribuyó sin duda a que se le desarrollara una seria enfermedad que afortunadamente fue detenida por la Cirugía. Así, fue también un héroe en las investigaciones por Rayos X. Aun cuando incapacitado por esta invalidez nunca la dejó conocer. Raramente supieron sus íntimos que el colaborador y amigo amable era un mártir de la Ciencia.

En 1915, con la misma energía y tesón desplegados en la Roentgenología puso todo su interés en la Electrocardiografía. En ella fue el primero en anotar la diferencia básica entre el potencial eléctrico del corazón derecho y del izquierdo, publicada en su libro "*Das Elektrokardiogram*". Los estudios que hizo sobre exploración del tórax por derivaciones semi-unipolares son todavía contribuciones básicas. Estudió luego 100 pacientes por medio de derivaciones directas y con Paul Borchardt como colaborador publicó un libro "*Electrocardiograma del Corazón humano*".

Interesado como estaba en toda clase de registros gráficos de los fenómenos del aparato cardio-vascular publicó un libro "*El pulso venoso y su registro gráfico*" que vino a estimular el interés sobre el Flebograma.

Sus dos contribuciones mencionadas, Neumocardiograma y Flebograma, son esencialmente vitales para los que quieran hacer investigaciones en tales campos. Sobre ellos acumuló Groedel una enorme colección de trazados.

Antes de emigrar de Europa, debido a su admirable visión política, empezó a acumular trazados sobre los ruidos observados en el corazón, con un aparato de

su invención. Trabajo que continuó muy cuidadosamente hasta su muerte. Tan grande obra estaba para ser finalizada. Sobre una mesa auxiliar vecina a su escritorio tenía diez volúmenes del original, para la preparación de los cuales había conseguido una secretaria especial. Una tarde me los mostró y me dijo: "En esto emplearé mis últimos esfuerzos y los restos de mi fortuna". No quiso la suerte que les diera el último retoque.

Su talento como organizador lo demostró en 1929 cuando la viuda de William G. Kerckhoff, uno de sus pacientes, le entregó cuatro millones de dólares para que creara en Bad Nauheim un Centro dedicado al estudio de la Cardiología. Con este dinero creó un Instituto que ha servido de modelo a sus similares del mundo.

Por su energía y genio de organizador, ya en Estados Unidos, levantó y animó varias sociedades médicas, por ejemplo: La sociedad Médica Rudolph Virchow y la New York Cardiological Society. Durante su presidencia fue el espíritu conductor del American College of Cardiology, al cual dedicó por un año entero muchos días y noches, buena suma de dinero y el trabajo de su personal auxiliar.

Quien haya tenido el privilegio de ponerse en contacto con el Profesor Groedel, como colaborador, discípulo, colega, paciente o amigo pudo admirar en él la prestancia de su personalidad y el buen deseo de servir.

Para mí era muy grato visitarlo, bien para darle cuenta de los enfermos que le había recomendado o bien para relatarle los casos difíciles que había tenido, él los analizaba y aclaraba, corroborando o infirmando mis diagnósticos. Eran verdaderas lecciones clínicas, así como cuando atendía su llamado telefónico para mostrarme alguno o algunos de sus enfermos.

Llevó su amabilidad para conmigo hasta llamarme para presentarme personas notables; de esta manera me fue dado conocer, entre otros, a Einstein y a Landsteiner, sus compañeros de emigración.

Se recordará siempre al Doctor Groedel como un gran sabio, como un médico muy comprensivo, como un amigo leal y, en fin, como un completo caballero.

G. Toro Villa

IV CONVENCION ANUAL DE GASTROENTEROLOGIA

Sede: CARTAGENA - MARZO DE 1952.

BOLETIN INFORMATIVO Nº 2

Diciembre 1951

1ª Convención: Bogotá 1949.

2ª Convención: Medellín 1950.

3ª Convención: Bucaramanga 1951.

4ª Convención: Cartagena - marzo 1952.

Redactor y Director:

Dr. Guillermo de los Ríos G., M. D.

Calle del Tejadillo Nº 126.

Cartagena.

LA ASOCIACION NACIONAL DE GASTRO-ENTEROLOGIA SEÑALA EL TEMARIO DE LA IV CONVENCION

"Bogotá, noviembre 19 de 1951.

Señor Doctor GUILLERMO DE LOS RIOS. — Cartagena.

Estimado colega:

Me permito informarle que el TEMARIO OFICIAL para la Cuarta Conven-

ción anual de Gastroenterología, que se reunirá en Cartagena en el mes de marzo de 1952 es el siguiente:

ULCERA GASTRODUODENAL

- 1) Etiopatogenia
- 2) Clínica
- 3) Métodos de exploración
 - a) Radiología
 - b) Estudio de las secreciones
 - c) Gastroscopia
 - d) Gastrofotografía
 - e) Otros métodos.
- 4) Histopatología (Humana y experimental)
- 5) Complicaciones (hemorragia, perforación, estenosis, degeneración, etc.)
- 6) Aspecto psicossomático del ulceroso
- 7) Problema económico social del ulceroso
- 8) Tratamientos médicos
- 9) Tratamientos quirúrgicos
- 10) Secuelas del tratamiento quirúrgico.

Los trabajos deben enviarse a esta dirección: Asociación Nacional de Gastroenterología, Calle 14 N° 4-32 Bogotá, antes del 15 de febrero de 1952 y deben llenar las normas internacionales de cualquier trabajo científico; el autor debe concretarse exclusivamente al punto escogido, así, quien hable de radiología no se ocupará de sintomatología, etiopatogenia, etc. Igualmente en la Convención habrá una sesión especial para *TEMAS LIBRES*, dentro de la especialidad, siendo indispensable igualmente la inscripción previa.

Atentamente, (fdo.) *Dr. Carlos E. Camacho R.*
Secretario de la ANGE.

NOTA: Las ponencias tendrán una duración de 15 minutos y sólo a juicio del Comité serán de 30 minutos.

INSCRIPCION DE TRABAJOS:

Nos informa el Dr. Alfonso Bonilla Naar, Presidente de la ANGE y animador decidido de estas reuniones, que han comenzado las inscripciones de trabajos para la Cuarta Convención Nacional de Gastroenterología.

Los doctores Max. Olaya Restrepo y Hernán Saavedra Bayer han inscrito sendos trabajos sobre "Aspectos psicossomáticos de las úlceras gastro-duodenales"; el Profesor Gustavo Montejó Pinto uno sobre "La patología del bazo en gastroenterología"; los doctores Alfonso Bonilla Naar, Espinel Soto y Morales Gilede: "Bibliografía colombiana sobre úlceras gastro-duodenales"; doctores William Eastman y Hernando Gómez Vesga: "La potasemia en la cirugía de las úlceras"; doctores A. Bonilla Naar, Triana Cortés y Campo Posada: "La colestogastrotomía en el tratamiento de la úlcera gástrica"; el departamento médico-quirúrgico del Instituto de Seguros Sociales presentará interesantes trabajos sobre todos los capítulos del Temario.

INFORMACION GENERAL:

Los trabajos deberán ajustarse a las normas internacionales de publicación; la Junta Directiva de la ANGE ha tomado gran interés en la tecnificación de los trabajos, y al efecto recomienda las reglas sencillas y universales que han sido publicadas recientemente en la Revista de la Facultad Nacional (Octubre 1951);

Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, N° 268 Octubre 1951; Revista Lombana, Noviembre 1951 y Revista "Hospital" de Bucaramanga, N° 1, 1951. Hay reimpresos para los interesados en la Secretaría de la ANGE, Calle 14 N° 4-32, Bogotá.

La Presidencia de la ANGE obsequiará una valiosa colección de RADIOLOGIA QUIRURGICA DE VIAS DIGESTIVAS a la Facultad de Cartagena; grata noticia para nuestro medio universitario constituye este valioso obsequio del actual Presidente de la ANGE; se trata de una colección de dispositivos para la enseñanza.

En las horas libres de la Cuarta Convención (de 7 a 10 a. m. y de 2 a 4 p. m.) distinguidos especialistas harán cursillo de endoscopia, que cubrirán el siguiente campo: esofagoscopias, gastroscopias, rectosigmoidoscopias y celioscopias.

Días de Convención.—No habrá fiestas sino en la clausura; ha sido costumbre trabajar los días jueves, viernes y sábado; los dos primeros días, sobre el TEMARIO oficial, de 10 a 12 a. m. y de 4 a 6 p. m. El sábado en la mañana para TEMAS LIBRES de 10 a. m. a 1 p. m. y en la tarde, 4 a 6 p. m., reformas de estatutos, candidatos para miembros honorarios, entrega de diplomas y elección de nueva Junta Directiva.

La Academia de Medicina de Cartagena, en cuyo seno se realizará oficialmente la clausura de la Cuarta Convención Nacional de Gastro-enterología, distinguirá con el título de Honorarios y Correspondientes a varios de los distinguidos convencionalistas.

Inscripciones de asistentes.—La cuota de inscripción para los que no pertenecen a la Asociación Nacional de Gastro-enterología es de veinte pesos m/c. (\$ 20.00) y se cancela en la Secretaría del Comité Organizador, Calle del Tejadillo N° 126 - Cartagena.

La Ciudad de Cartagena se siente honradísima con la distinción que le fue conferida por la 3ª Convención de Bucaramanga, al escogerla como sede de la 4ª reunión nacional; le corresponde a la Ciudad Heroica la difícil tarea de superar lo en antes realizado, y para este efecto no omitirá esfuerzos o sacrificios, y tendrá presente en todo momento la capacidad, el dinamismo y la voluntad de los doctores Hernando Velásquez, José A. Jácome Valderrama, e Ignacio Vélez Escobar, bajo cuya sabia dirección se realizaron las anteriores convenciones.

Bogotá, noviembre 28, 1951.

Señor Director:

Tengo el gusto de enviar a usted la siguiente información, rogándole el favor de pasarla a las personas o entidad que puedan interesarse:

**"PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE BIBLIOTECAS MEDICAS,
LONDRES 1953**

Se está organizando un Congreso Internacional de Bibliotecas Médicas que se reunirá en Londres en el mes de julio de 1953. Sir Cecil Wakeley, K. B. E., C. B., Presidente del Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra, gentilmente ha aceptado la presidencia honoraria de este Congreso. El programa incluirá sesiones formales para la lectura y discusión de trabajos, visitas a bibliotecas médicas y funciones sociales. Se espera también celebrar en este congreso una exposición de libros y revistas de medicina así como también de equipo de bibliotecas. Todas las perso-

nas activamente relacionadas o interesadas en esta materia en el mundo entero, están cordialmente invitadas a participar en este congreso. Cualquier información sobre este acontecimiento debe solicitarse directamente y con la debida anticipación, a la siguiente dirección:

The Honorary Secretary,
First International Congress of Medical Librarianship,
c/o The London School of Hygiene and Tropical Medicine,
Keppel Street,
London, W. C. 1.,
Inglaterra".

Agradezco la atención que la presente le merezca y me suscribo de usted muy atentamente,

C. W. Yates

Director-Representante para Colombia.

Señor Director,
Boletín de la Clínica de Antioquia.
Apartado 205
Medellín.

SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL ATLANTICO

Para el periodo de 1952 fue elegida la siguiente Junta Directiva:

Presidente, Dr. Blas M. Retamoso

Vice-Presidente, Dr. Francisco Caserta

Secretario, Dr. Hernando Barrios Angulo (reelegido para un tercer período)

Tesorero, Dr. Eduardo Acosta Bendek

Fiscal, Dr. Julio C. Pallares

Bibliotecario, Dr. Ernesto Brando.