

Director: Dr. MARTINIANO ECHEVERRI D.
Rector de la Facultad de Medicina.

BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

Fundada en 1932 por los Dres. Elkin Rodríguez y Alfredo Correa Henao.

Organo de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la
Universidad de Antioquia.--Medellín

REGISTRADO PARA CURSO LIBRE DE PORTE EN EL SERVICIO
POSTAL INTERIOR. LICENCIA NO. 183 DE 28 DE JUNIO DE 1935

REDACTORES

DRES. EMILIO ROBLEDO, ALONSO RESTREPO, JUAN B. CALLEJAS.

Editado por los laboratorios URIBE ANGEL

AÑO II No. 10.

JUNIO de 1936. No. 22

CORRESPONDENCIA Y CANJES:

Oficina de Boletín Clínico
Edificio de la Escuela de Medicina
Avenida Juan del Corral

Medellín - Antioquia
República de Colombia.
Apartado postal 205.

CONTENIDO:

Profesores Gabriel Toro Villa y Martiniano Echeverri.

YEPES CADAVID J. y CADAVID RESTREPO Tomás. — Toro Villa y su obra.

ECHEVERRI D, Martiniano.—Tratamiento Roentgenterápico de los fibromas uterinos y las metropatías hemorrágicas.

GIL Gil J. y SIERRA José A.—Tratamiento Roentgenterápico de los fibromas uterinos y las metropatías hemorrágicas. (Informe a la Academia de Medicina).

YEPES CADAVID J.—Fisiopatología del diencéfalo o cerebro vegetativo.

TIRAJE 2500 EJEMPLARES

Párrafos de un informe

Del importante informe que el Dr. Alfonso Castro, en su carácter de Director Departamental de Higiene de Antioquia, presentó al señor Director Nacional de Higiene y al señor Gobernador del Departamento, tomamos los apartes siguientes:

.....

“Por supuesto que la concisión a que hoy aspiro no puede ser tan absoluta que me impida hacer anotaciones sobre determinados asuntos, que mucho han de contribuir a formar lo que en trabajos anteriores he llamado la *conciencia higiénica*. Anotaciones orientadoras, mensajeras de interrogantes y de sana zozobra, que marquen en el futuro las rutas por donde debe encauzarse la acción para que produzca los resultados que se apetecen.

ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.01 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

Antipalúdico (preventivo y curativo).

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Existe la creencia, muy difundida por cierto, de que informes como el presente deben ser enumeración fría y escueta de las actividades a que en tiempo determinado se ha entregado una dependencia cualquiera del Gobierno, y yo creo que no debe ser así.

Si la ciudadanía tiene derecho a que se le dé cuenta de los actos que se han ejecutado en su favor, de la manera como se han invertido los dineros del público y de los resultados que se han obtenido, también debe conocer los móviles íntimos, de sus representantes para obrar de ésta o de aquélla manera, y el pensamiento, o si se quiere, los ideales que los asisten para sus labores en el porvenir.

No es cuestión de vana literatura como despectivamente se dice. Es asunto de enseñanza. Sin preñez de espíritu la más modesta acción es infecunda. El público necesita ilustrarse en asuntos de tanta monta como los que con la higiene se relacionan. Y el único medio de obtenerlo, es demostrándoles con hechos y ra-

CLOR-CAL

Elíxir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de $\frac{1}{2}$ gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

INDICACIONES:

HEMOSTATICO: en toda clase de Hemorragias.

DECLORURANTE y DIURETICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

ANTI-ANAFILACTICO: en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla
C o l o m b i a

zonamientos, que determinadas medidas descansan sobre bases científicas y sobre todo, que cuando se dictan, no tienen otra mira que la defensa de la salud, la economía de los sufrimientos y la prolongación de la vida. Lo demás que no proceda en tal sentido, si no es perjudicial, es cuando menos inicuo. Y a eso, en consecuencia, se le puede aplicar el mote de literatura falsa o de política detestable.

Porque la política en realidad, no es sino la ciencia de dirigir y organizar a los hombres, procurando por cuantos medios sea posible la mejoría de su condición y un dilatado curso para sus justos anhelos.

De manera que una política cualquiera, que no descansa sobre el estudio severo del hombre desde antes de nacer hasta que se hunde en el hueco del sepulcro, es falsaria y perjudicial.

Por eso la biología y la higiene no pueden vincularse a la política de partidos. Deben estar regidas por otra de mayor trascendencia, de más alta comprensión, de generosidad irreprocha-

FERROL

Poderoso antianémico

El Ferrol es una solución neutra que contiene 5% de hierro absolutamente asimilable, tolerado aun por los organismos más delicados.

Cada cucharadita contiene 25 centigramos de hierro puro.

No produce estreñimiento, ni tiene efecto alguno irritante sobre las paredes del estómago.

Con Ferrol se puede activar el tratamiento ferruginoso sin miedo a trastornos digestivos y en pocos días se pueden obtener efectos sorprendentes.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

ble: la defensa de la vida humana.

He querido tratar este punto en abstracto para explicar la lógica de algunos de mis actos, que me han valido más de una censura y que han sido causa de que en el ánimo de ciertos ingenuos o interesados, mi liberalismo filosófico y doctrinario haya sufrido un descenso.

En la Asamblea del año 32, tuve el honor de presentar la Ordenanza número 8, donde se aprobó la prohibición de que los empleados dedicados a la higiene no podrían hacer política partidista. Porque nunca he considerado que los enfermos, los heridos, las epidemias, el cáncer o la tuberculosis, se puedan mirar con criterio liberal, conservador o socialista.

Pertenecen a la serie de fenómenos que están por encima de las pasiones humanas, y que sólo piden la serena y elevada política de la protección y de la lucha contra el mal. Trátase del hombre en el más hondo y encumbrado sentido, y el hombre debe ser sagrado para sus semejantes.

PALEHOL

Tónico-Reconstituyente

Preparado a base de Fosfato de Hierro, Creosota de Haya y los compuestos iodados y fosfatados que integran el Aceite de Hígado de Bacalao.

El Palehol es un tónico nutritivo de sabor agradable y de gran valor en los desórdenes respiratorios de carácter crónico.

Indicado en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, los resfriados y las afecciones catarrales de las vías respiratorias. Neurastenia, Debilidad General.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

En consecuencia, en el puesto que tengo el honor de ocupar, siempre he obrado con el criterio que dejo expuesto. Jamás, los empleados a mi cargo, han recibido por mi parte la menor insinuación con respecto a sus opiniones, como nunca he destituido a ninguno por insinuaciones de sectarismos aberrantes. Sólo les he pedido que cumplan con su deber y que se interesen en todo momento por el ramo del bien público que les está encomendado".

Alfonso CASTRO

Permanentes

Las ideas emitidas en BOLETIN CLINICO, órgano de difusión científica nacional y extranjera, pertenecen a sus autores. Su publicación no implica que los Redactores las acepten o las aprueben.

Los artículos se publican en el orden cronológico de su recibo.

SAL DE FRUTAS

Uribe Angel

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

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Grados expedidos por la Facultad de Medicina de Medellín

AÑO DE 1935
(Final del año)

Ernesto Peña Quevedo.

Tesis: "El Agua Bidestilada como agente terapéutico".
11 de octubre de 1935.

Carlos Luis Sierra.

Tesis: "Proteinoterapia en la Hipogalactia".
14 de noviembre de 1935.

Fernando Restrepo L.

Tesis: "Profilaxia del paludismo y de la fiebre recurrente".
13 de noviembre de 1935.

Manuel J. Zuluaga.

Tesis: "Apuntes sobre la Apendicitis".
6 de noviembre de 1935.

José J. Villegas T.

Tesis: "Contribución al estudio de las Mastoiditis".
15 de noviembre de 1935.

Antonio Escobar.

Tesis: "Placenta previa. Estudio crítico de los procedimientos empleados en veinticinco casos".
26 de noviembre de 1935.

Gabriel Noreña.

Tesis: "Antivirusterapia local".
29 de noviembre de 1935.

Néstor Giraldo.

Tesis: "La tensión arterial en los estados patológicos del niño".
29 de noviembre de 1935.

(Sigue a la vuelta)

(En el año 1936, hasta junio)

Gonzalo Salgado.

Tesis: "Algunas consideraciones sobre gastrectomía".
12 de febrero de 1936.

Julio Figueroa.

Tesis: "Algunas consideraciones sobre litiasis biliar".
14 de febrero de 1936.

Jesús E. Cárdenas.

Tesis: "Unas cortas consideraciones sobre síndrome abdominal agudo".
29 de febrero de 1936.

Gerardo Arango R.

Tesis: "Estudio sobre las afecciones de la córnea".
15 de mayo de 1936.

TONIKOLA

Kola granulada

En la Tonikola se encuentran todos los principios activos de la Nuez de Kola.

Neurastenia, Convalecencias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES
DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.



DR. GABRIEL TORO VILLA

Director de la Facultad hasta el 29 de mayo último en que presentó renuncia del cargo que supo desempeñar con tanto acierto y eficiencia.



DR. MARTINIANO ECHEVERRI

Nuevo Director de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia, de quien dijo el Profesor Braulio Mejía:

"Martiniano Echeverri Duque será como Rector de la Escuela de Medicina timbre de orgullo para esta entidad y para el cuerpo médico de Antioquia. Hombre de estudio, reposado y recto, disfruta del más excelso prestigio profesional y de una reputación moral y personal intachable. Su designación implica acierto indudable de parte del señor Gobernador y coopera de modo decidido a liquidar el incidente a que dieron origen los sucesos acaecidos en el Hospital".

(*"El Diario"*, junio 4 de 1936.)

Toro Villa y su obra

DR. JESUS YEPES CADAVID y
TOMAS CADAVID RESTREPO.

Orgullosa debe sentirse el doctor Gabriel Toro Villa al separarse de manera hidalga y noble de la Escuela de Medicina de Antioquia.

En este amable instituto arrojó el maestro, con intensa y callada labor, fecunda semilla que ya está germinando.

De manera consciente formó un plan rigurosamente científico y lo llevó a cabo con segura mano.

La rectoría de la Facultad le presentó una feliz oportunidad para infundir a todo este organismo docente la eficacia y la idoneidad que caracterizaban su labor en la cátedra de medicina tropical y en el laboratorio clínico. Si en aquélla afinaba el criterio del estudiante y lo iniciaba en los secretos de la patología regional, en ése, a la par que impulsaba los estudios de microbiología, fundaba la serología y preparaba un notable grupo de expertos en laboratorio que hoy ejercen brillantemente su profesión en varias ciudades de la república.

Como los grandes maestros contemporáneos, Toro Villa sabe muy bien que en esa gran rama de la biología que es la medicina humana, después de los estudios fundamentales de morfología y fisiología, corresponde el primer lugar a la observación del enfermo y sólo incumben al laboratorio las investigaciones complementarias.

Para esta labor cuenta con la luz sorprendente de la intuición psicológica: se pasma uno al seguir el ojo avizor y el dedo ágil que buscan aquí y allá un síntoma; que indagan la causa de él y, al fin, tras sutil análisis, formula esa síntesis prodigiosa que constituye un diagnóstico acertado.

Este conjunto armonioso que distingue al señor en su consultorio privado, fue trasplantado por él, con criterio firme y feliz, a la organización del Instituto Antioqueño que plasma los curadores del dolor humano.

De allí que su mayor empeño al llegar a la rectoría fuera el de dotar la Escuela de laboratorios, gabinetes y material docente para dejar la enseñanza libresca y tornarla experimental.

Cuenta actualmente nuestra Facultad con magníficos laboratorios de radiología, parasitología, química, histología y anatomía patológica, debido a los esfuerzos de los anteriores rectores y a la intensidad de la labor del doctor Toro Villa, bajo cuyos auspicios culminó la obra mediante la concentración de todos en un solo organismo que en concisión técnica y dichosa llamó él: LABORATORIO DE LA ESCUELA, el cual se constituyó en un centro de investigación con jefe y colaboradores decididos y competentes.

Perspicaz y conocedor de los hombres, el rector saliente llamó al doctor Emilio Robledo, varón de academias, para que organizara una selecta biblioteca en la Escuela. En efecto, varios millares de libros modernos, juiciosamente seleccionados y catalogados, se encuentran en los anaqueles para que maestros y alumnos puedan darse cuenta de las nuevas orientaciones médicas.

Como órgano de expresión y divulgación adoptó y dio estabilidad al BOLETIN CLINICO, fundado años hace por los meritorios y entusiastas doctores Elkin Rodríguez y Alfredo Correa Henao, revista que se lee con aplauso en Colombia y fuera de Colombia.

Tocó al doctor Toro Villa el manejo de la Escuela de Medicina en la época en que ésta contaba ya con un amplio y confortable edificio, anexo al Hospital de San Vicente de Paúl, donde vaga y vagará la sombra nobilísima de don Alejandro Echavarría. Por esto pudo organizar, en asocio de la H. Junta Directiva de esta última institución, el internado hospitalario para los estudiantes y cuya benéfica influencia bien pronto hemos de apreciar.

Conductor auténtico, conoce el rector dimitente las vías del éxito feliz en la educación y sabe que el estímulo despierta las inteligencias y agiliza las voluntades. Todo hombre de acción ha de tener un interés mediato o inmediato, material o espiritual, y quien desprecia el dinero, justo es que vaya en seguimiento del lauro que inmortaliza. Los títulos académicos compensan al luchador muchas acerbadas horas de su vivir. Por eso ansiaba dignificar la carrera docente reconociendo nuevos profesores titulares y otorgando honores a maestros de nuestra Escuela tan conspicuos como José Vicente Maldonado, Juan Bautista Londo-

ño y Nicanor González, que aún viven. Tan bello anhelo en el alma de Toro Villa quería tornarse en lámpara votiva ante las tumbas de los que ya se durmieron: como José Vicente González, anatomista insigne, y jóvenes mártires del estudio, como Alfonso Mejía Latorre y Francisco Luis Palacio, que rindieron precozmente la jornada como abnegados operarios de la medicina.

Sostenía el perillustre Clemenceau que en muchas ocasiones la palabrería oculta la falta de acción. Toro Villa, aunque dueño de brillante estilo, desama la publicidad. Se ha dedicado ante todo a construir, y dicho se está que su obra ya es notoria en nuestra Patria. Con todo, un maestro de la altura de nuestro profesor, está en el deber de dejar escrita la ciencia que ha conquistado.

Uno de los fines, y quizás el más trascendental del Fondo Acumulativo de la Universidad, debe ser el de proporcionar a los profesores medios decorosos y suficientes para que escriban y publiquen lo que han aprendido y han enseñado. No podemos resignarnos a ver que maestros como Liborio Zerda, Julio Garavito, José M^o Lombana Barreneche, Andrés Posada Arango, Ramón Arango y Antonio José Cadavid se hayan ido llevándose al ataúd mucho de lo que sabían. Toro Villa es profesor de ejecutorias bastantes para formar escuela, y es necesario por ende, que deje para la posteridad el tesoro que alberga en su mente iluminada.

Si ya dio su aportación ilustre a la serología y a la sifilografía, quedan para que explote los continentes opulentos de la cardiología y la endocrinología, ramas médicas que en los años que alcanzamos se desenvuelven de modo prodigioso y en cuyos altares nuestro amigo ha depositado más de una ofrenda.

En perspectiva tenía el doctor Toro Villa el plan de organizar las escuelas de farmacia y de enfermeras cuya urgencia no necesitamos predicar. Ahora que se habla tanto de educación de la mujer, los que quieran realizar obra en tal sentido sepan, y de modo especial los dirigentes de la Escuela de Medicina, que en ese sector universitario sí tiene campo apropiado la inteligencia femenina. Sábese que hombre y mujer son distintos en su organismo y en su alma y, en consecuencia, diversos han de ser los dominios en que él y ella pisen como dueños. Una educación científica une al hombre y a la mujer, pero no los confunde.

La inteligencia femenina, de suyo intuitiva, su destreza manual y su noción de método señalan a la compañera del hombre

como apta para brillar en las funciones de enfermería y farmacia.

Sale el doctor Gabriel Toro Villa de la dirección de la Escuela de Medicina de Antioquia agobiado de merecimientos que nos es grato reconocer. Esperamos que Colombia, tan esquiva e incomprensiva para recompensar la labor de los que piensan y trabajan sin alarde, se dé cuenta de que hombres como éste son los que necesitamos y no esos agentes políticos, a veces sin moral ni ciencia, que tantos aplausos se llevan de las multitudes inconscientes.

Sea el nombre de Gabriel Toro Villa hoy y mañana en nuestra Universidad como una égida espiritual y un símbolo de actuaciones que sólo consulten los más encumbrados intereses sociales. Pues, como él mismo dijo, en hermoso símil, aunque todo varón deba y tenga derecho de cultivar un ideal político, al llegar a un establecimiento de educación, todos los matices deben sumarse y confundirse en uno solo como en el disco de Newton.

Jesús YEPES CADAVID.—Tomás CADAVID RESTREPO.

(De "El Colombiano")

Tratamiento roentgenterápico de los fibromas uterinos y las metropatías hemorrágicas

DR. MARTINIANO ECHEVERRI

El tratamiento de los fibromas por los rayos de Roentgen no es un procedimiento nuevo: tanto en Francia como en Alemania ha sido empleado desde principios del presente siglo; hoy la cuestión está muy bien estudiada y, aunque son muchas y muy diversas las técnicas seguidas por los radioterapeutas para el tratamiento citado y muy discutidas las indicaciones de él, los beneficios derivados de tal procedimiento son reconocidos en el mundo entero.

No es mi propósito hacer una descripción de la enfermedad y no entro a discutir las ventajas de las radiaciones o la cirugía en el tratamiento de ella; ambos procedimientos tienen sus partidarios.

Hay mucha disparidad de opiniones en cuanto a las indicaciones y contraindicaciones de los Rayos X en el tratamiento de los fibromas; algunos limitan el empleo de ellos a muy raros casos y otros los extienden a todos, pero la opinión más admitida entre los radiólogos es que benefician de la Radioterapia todos los casos no comprendidos entre los siguientes, que constituyen contraindicaciones formales: 1) Los miomas poliposos pediculados. 2) Los casos complicados de otra afección que necesite una intervención quirúrgica. Y 3) Los casos de diagnóstico dudoso.

Ha sido discutido el modo de acción de las radiaciones en los fibromas, pero después de los trabajos del Profesor Antoine Becclere, se admite una doble acción de las radiaciones sobre ellos: Acción directa sobre el fibroma que, considerado como un neoplasma benigno, los rayos pueden hacer regresar, y acción indirecta por involución general del aparato genital de la mujer, debida a la supresión de la función ovárica, la cual favorece la regresión del fibroma. Muchos autores, sobre todo en Alemania, sostienen que esta última sola explica la acción curativa de los rayos de Roentgen sobre los fibromiomas uterinos.

Se emplea el mismo método Roentgenterápico en el trata-

miento de las metritis o metropatías hemorrágicas, nombre con que designan todas las metrorragias que no son debidas a afecciones uterinas capaces de producir hemorragias, tales como los fibromas o los neoplasmas malignos, y que son atribuidas a lesiones metríticas vasculares o a disfuncionamientos ováricos, patogenia esta última que explica la frecuencia de tales metrorragias al principio y al fin de la vida genital de la mujer.

Muy variadas son las técnicas empleadas por los diferentes radioterapeutas. Yo he empleado la siguiente que es, con ligeras variaciones, la que aconseja el Profesor A. Beclere: Irradiación por dos campos anteriores y dos posteriores, cada uno de los cuales recibe al rededor de 3500 R. de Solomon, haciendo tres sesiones por semana y el total del tratamiento en unas siete semanas. Irradiación penetrante correspondiente a 40 ctms. de Ch. E. entre puntas y con filtración de 5/10 cu. más 1 mltr. de Al.; ampolla sumergida en aceite.

Las estadísticas del tratamiento roentgenterápico de los fibromas y las metropatías hemorrágicas dan un porcentaje de curaciones comprendido entre 95 y 100%.

Las enfermas acusan después del tratamiento, algunas veces antes de la terminación de él, oleadas de calor y sudores que pueden ser más o menos intensos. Estos fenómenos se atenúan al cabo de algún tiempo y acaban por desaparecer; su cesación brusca debe hacer temer la reaparición de las metrorragias por retorno de la actividad ovariana y en tal caso está indicado un nuevo tratamiento Roentgenterápico. Algunas sesiones son suficientes para obtener de nuevo la amenorrea que es entonces definitiva.

Excepcionalmente las enfermas sufren después del tratamiento un prurito ano-vulvar penoso; en los casos tratados por mí no se ha presentado nunca. Por lo demás tal prurito cede rápidamente con algunas sesiones de radioterapia superficial.

Dolores articulares y mialgias y, algunas veces, insomnio, pueden presentarse pero son casi siempre fugitivos.

En general los trastornos de la menopausia obtenida por Roentgenterapia son menos intensos que los que se observan después de la histerectomía y A. Beclere dice que nada se parece más a la menopausia natural que la obtenida por los Rayos de Roentgen.

A continuación presento las observaciones de los casos que he tratado hasta ahora en Medellín:

OBS. N° 1.—Caso del Dr. Miguel M. Calle.

Señorita T. 36 años.—Menorragias muy abundantes desde la edad de 17 años, hasta el punto que la enferma tiene que guardar cama la mayor parte del tiempo. El examen local es negativo. Su estado general es satisfactorio, aparte de su anemia marcada. Esta enferma recibió 3500 R. por campo del 18 de noviembre de 1926 al 27 de enero de 1927 y no volvió a perder desde el 13 de enero. En esos mismos días empezó a acusar oleadas de calor y sudores abundantes. Desde entónces no volvió a perder ni una gota y el 23 de febrero de 1935 que tuve ocasión de verla, me dijo que no había vuelto a tener ningún trastorno del lado de su aparato genital.

OBS. N° 2.—Caso del Dr. Martín Noreña.

Señora R. 43 años.—Sufre menorragias y metrorragias hace muchos años. Al examen local se encuentra un tumor muy duro, del tamaño de una naranja, al lado izquierdo; cuello un poco engrosado. Su estado general es muy malo: está sumamente anémica, débil y enflaquecida. Guarda cama desde hace 11 meses. Esta enferma recibe su tratamiento del 17 de enero al 10 de marzo de 1927. Pequeño mal de Rayos en los últimos días. Desde la terminación del tratamiento no volvió a perder y comenzaron las oleadas de calor.

Algunos meses más tarde la enferma estaba incognoscible, había vuelto a su vida normal y se sentía completamente bien; el tumor había desaparecido.

He tenido ocasión de verla con frecuencia y hasta hace poco me dijo que no había vuelto a tener ningún trastorno.

OBS. N° 3.—Caso del Dr. Gil J. Gil.

Señorita A. R. O. 46 años.—Tumor duro, globuloso, cuya parte media llega hasta a 16 ctms. por encima del pubis. No tiene dolores y dice que sus menstruaciones no son abundantes ni prolongadas. Sin embargo presenta una anemia profunda y su estado general es precario.

Recibe 3500 R. por campo del 14 de marzo al 16 de abril de 1927.

No vuelve a perder desde antes de terminar el tratamiento y al terminarlo ha mejorado notablemente su estado general y se siente muy bien; el tumor está a 13 ctms. del borde del pubis. En julio de 1927 el tumor está a 8 ctms. por encima del pubis, el estado general ha mejorado y la enferma no presenta ningún trastorno. En diciembre del mismo año la enferma está muy bien

y el tumor se ha reducido todavía más; está a 6 ctms. por encima del pubis. Desde entonces no volví a tener noticias de esta enferma.

OBS. N° 4.—Caso del Dr. Braulio Mejía.

Señora P. 48 años.—Menorragias muy abundantes desde hace tres años. Al examen local no se encuentra modificación alguna. Buen estado general. Recibe del 16 de marzo de 1927 al 2 de mayo del mismo, 3500 R. por campo. Desde que se terminó el tratamiento no volvió a perder. Tuve ocasión de verla en septiembre de 1930; estaba perfectamente y no había vuelto a tener ningún trastorno. Recientemente traté una enferma de su familia quien me dijo que esta señora estaba completamente bien.

OBS. N° 5.—Caso del Dr. Rafael Mejía U.

Señorita R. D. 45 años.—Fibroma que llega hasta a 12½ ctms. por encima del pubis. Menorragias y metrorragias abundantes desde 2 años atrás. Fenómenos de compresión. Anemia acentuada.

Recibe 3500 R. por campo del 25 de abril al 8 de junio de 1927.

Al terminar el tratamiento el tumor estaba a 9 ctms. por encima del pubis. Poco después empezaron las oleadas de calor y los sudores. No volvió a perder sangre. Examinada en noviembre de 1927 se encuentra que su estado es inmejorable; no ha vuelto a perder ni una gota. A la palpación no puede apreciarse tumor. En septiembre de 1932 está completamente bien.

OBS. N° 6.—Caso del Dr. Jacinto Echeverri.

Señora C. de G.—Padece menorragias y metrorragias abundantes desde hace 6 años. Presenta un tumor duro, bosalado, cuya parte media llega hasta a 14 ctms. por encima del pubis. Está sumamente anémica.

Recibe del 2 de julio al 16 de agosto de 1928, 3500 R. por campo y al terminar el tratamiento el tumor está a 8 ctms. por encima del pubis y desde entonces no vuelve a perder.

El 13 de diciembre la amenorrea persiste y la palpación no permite apreciar tumor alguno. A la palpación bimanual se encuentra una matriz engrosada, más bien que un tumor.

En febrero 11 de 1929 la enferma sigue muy bien.

OBS. N° 7.—Caso del Dr. Montoya y Flórez.

Señora M. de 45 años de edad.—Metrorragias casi continuas que la han llevado a un estado de anemia profunda. Tiene vértigos frecuentemente. Algún tiempo antes le habían hecho un ras-

pado uterino, con una mejoría pasajera. La matriz está un poco engrosada, pero no puede decirse que tenga una masa tumoral.

Del 4 de julio al 8 de septiembre de 1928 la enferma recibe 3500 R. por campo de entrada.

Desde el principio del tratamiento se observa una notable mejoría; la enferma pierde sangre menos frecuentemente y en cantidad notablemente inferior y desde que se termina el tratamiento no vuelve a perder ni una gota. Actualmente el estado de la enferma es inmejorable.

OBS. N° 8.—Caso del Dr. Avelino Saldarriaga.

Señorita R. R. Fibromioma irregular que asciende hasta 25 ctms. por encima del pubis. Grandes metrorragias.

Del 8 de agosto al 13 de noviembre de 1928 recibe 14000 R. por cuatro puertas de entrada.

Al terminar el tratamiento las hemorragias habían desaparecido y el tumor estaba a 15 ctms. por encima del pubis.

En mayo de 1929 su estado es muy satisfactorio y el tumor se palpa pero es relativamente muy pequeño.

El 19 de abril de 1932 su estado es muy satisfactorio y a la palpación sólo se encuentra una pequeña masa residual.

Tuve ocasión de examinarla el 18 de octubre de 1934; está muy bien. A la palpación no se logra apreciar la existencia del tumor.

OBS. N° 9.—Caso del Dr. Jacinto Echeverri.

Señorita M. V. 40 años.—Menorragias abundantes desde hace mucho tiempo. Desde hace año y medio sus menstruaciones se han prolongado hasta durar un mes. El útero está engrosado y es un poco doloroso al tacto.

Del 20 de agosto al 4 de octubre de 1928 recibe 3500 R. por puerta de entrada, por dos campos anteriores y dos posteriores.

Desde la terminación del tratamiento la enferma no volvió a perder ni una gota.

Al mes la matriz era normal al tacto y no dolorosa.

En febrero de 1930, fecha en que fue vista por última vez, la curación persistía.

OBS. N° 10.—Caso del Dr. Avelino Saldarriaga.

Señorita T. T. 46 años.—Fibroma de pequeñas dimensiones, claramente apreciable al tacto. Menorragias y metrorragias abundantes.

bundantes.

De septiembre a noviembre de 1928, la enferma recibe el

tratamiento habitual.

A los 15 días de iniciado el tratamiento tuvo una fuerte metrorragia, que la obligó a suspender el tratamiento y que fue necesario tratar enérgicamente por medios medicamentosos. Estuvo en cama durante 10 días, después de los cuales se reanudó el tratamiento, el que se terminó felizmente y desde entonces la enferma no volvió a perder.

En febrero de 1929 la enferma no había vuelto a presentar ningún trastorno ni había vuelto a presentarse ninguna hemorragia. No quiso dejarse hacer nuevo tacto vaginal. Desde entonces no he vuelto a verla pero he sabido que sigue bien.

OBS. N° 11.—Caso del Dr. David Velásquez.

Señorita T. G.—Menorragias y metrorragias abundantes desde hace tres años. A la palpación se encuentra un tumor mediano, suprapúbico, bosalado y duro, el cual llega hasta a 14 ctms. por encima del pubis.

En mayo y junio de 1929 recibe su tratamiento (3500 R. por puerta de entrada). A la terminación de él, el tumor está a 7 ctms. por encima del pubis.

Después de tres meses y medio de amenorrea vuelve a tener pequeñas pérdidas; se hacen nuevas irradiaciones en las cuales recibe 750 R. por cada una de tres puertas de entrada, dos anteriores y una posterior mediana.

Después de un nuevo período de amenorrea vuelve a tener pequeñas pérdidas, lo que hace pensar que exista un pólipo pequeño o un fibroma submucoso, pues a la palpación se aprecia que el tumor no presenta un tamaño superior al de una mandarina.

Se resuelve hacer un nuevo tratamiento en abril de 1930. La enferma recibe una dosis de 2250 R. por un campo anterior derecho y otro tanto por un campo anterior izquierdo y 1500 R. por un campo medio posterior.

Después de terminado el tratamiento la enferma mejora y no vuelve a perder.

El 23 de febrero de 1933 vuelvo a verla; la enferma se siente muy bien y la amenorrea persiste. A la palpación no se aprecia ningún tumor.

OBS. N° 12.—Caso del Dr. Molina.

Señorita M. T. 43 años.—Había notado la presencia de un tumor desde hacía 5 años y desde entonces sufría menorragias y metrorragias abundantes. En el momento del examen presen-

ta un enorme tumor, que ocupa casi toda la cavidad abdominal.

En septiembre, octubre y noviembre de 1929 recibe el tratamiento habitual y al final de él no ha vuelto a perder y el tumor se ha reducido considerablemente.

Desde entonces no volví a ver esta enferma, pero un año más tarde supe, por un pariente de ella, que estaba muy bien.

OBS. N° 13.

Señora T. L. 53 años.—Hace ocho años próximamente sufre abundantes metrorragias que la han debilitado mucho, obligándola a guardar cama frecuentemente. Está sumamente anémica.

A la palpación no se encuentra tumor alguno.

Recibe el tratamiento habitual en agosto y septiembre de 1930 y desde entonces no vuelve a tener hemorragia.

En marzo de 1932 seguía perfectamente bien.

OBS. N° 14.—Caso de los Dres. Gil J. Gil y Pedro Nel Cardona.

Sra. P.—Presenta un tumor duro, globuloso que llega hasta la altura del ombligo. Al tacto se encuentra un cuello grueso y muy duro; no se logra movilizar la matriz; los fondos de saco están ocupados por masas duras. Hay un poco de ascitis. La enferma ha tenido grandes menorragias y metrorragias que han calmado últimamente.

Al lado derecho existe un derrame pleural abundante. El estado general es sumamente malo.

Esta enferma se trata con el diagnóstico de un fibroma, pero sin poder excluír la posibilidad de que se trate de un sarcoma del útero.

Recibe su tratamiento de agosto a octubre de 1930. Al terminarlo, el tumor se ha reducido y las hemorragias han desaparecido.

En diciembre el tumor está muy reducido, no ha vuelto a perder y su estado general es mucho mejor. También ha mejorado mucho de su afección pulmonar.

En septiembre de 1931 nos dice el marido que la enferma está muy bien y que ha engordado mucho: su peso es el doble del que tenía al empezar el tratamiento.

Más tarde sabemos por referencias que en diciembre de 1931 empezó a decaer de nuevo y que murió en abril de 1932 a causa de un tumor del hígado, al decir del marido.

Admitiendo la existencia de un tumor hepático y que esta hubiera sido la causa de la muerte de esta enferma, tendríamos

que pensar que en realidad se trataba desde el principio de un neo del útero y no de un fibroma y que las radiaciones tuvieron un efecto paliativo, sin que hubiera sido posible obtener la curación, la cual no podía esperarse en tal caso. Pero como no tenemos dato de observación médica, no podemos formar un juicio bien fundado y es posible que la muerte hubiera sido debida a su afección pulmonar, sin que el tumor del útero tuviera parte en ella. Es lo cierto que la enferma no volvió a presentar hemorragia.

OBS. N° 15.—Caso del Dr. Mauro Giraldo.

Señorita E. R. 45 años.—Fibroma uterino. Acusa trastornos desde hace tres años. Grandes metrorragias. A la palpación parece encontrarse una masa profunda, muy dura. Al tacto rectal (la enferma no permite el vaginal) se encuentra una masa dura que tiene próximamente el tamaño de una cabeza de feto. Constipación tenaz. Buen estado general.

De agosto a octubre de 1930, la enferma recibe el tratamiento, según las condiciones usadas ordinariamente. Al terminarlo ha mejorado de modo muy considerable.

No volví a ver a la enferma, pero por el Dr. Giraldo, que tiene ocasión de verla con frecuencia, he sabido que la enferma está completamente bien.

OBS. N° 16.—Caso del Dr. Braulio Mejía.

Señorita M. T. 45 años.—Fibroma uterino. Menorragias cada vez más abundantes desde hace ocho años. Hase seis años que notó la existencia de un tumor en el vientre. A la palpación se encuentra un tumor duro y bosalado que llega hasta a 23 ctms. por encima del pubis. Es muy constipada. Está muy anémica.

En octubre y noviembre de 1930 recibe 3500 R. por cada puerta de entrada y se irradian dos puertas anteriores y dos posteriores.

Al terminar el tratamiento el tumor está a 20 ctms. por encima del pubis y su estado general ha mejorado.

Quince días después tuvo una menstruación abundante y un mes más tarde una hemorragia pequeña y de corta duración. Después no volvió a perder.

En febrero de 1931, en que fue vista por última vez, el tumor estaba a 12 ctms. por encima del pubis y su estado general era muy satisfactorio.

OBS. N° 17.—Caso del Dr. Braulio Mejía.

Señorita S. R. 48 años.—Menorragias cada vez más abun-

dantes desde hace cuatro años. Al examen local no se encuentra nada anormal. Está en un estado de anemia muy acentuado.

De octubre a diciembre de 1930 recibe su tratamiento y desde que se termina no vuelve a perder ni una gota de sangre.

Dos meses más tarde su aspecto es perfectamente normal. Hace poco tuve ocasión de saber que su estado era completamente satisfactorio.

OBS. N° 18.—Caso del Dr. David Velásquez.

Señora L. O. 36 años.—Fibroma del tamaño de una naranja, con grandes menorragias y metrorragias y anemia profunda.

Recibe su tratamiento de octubre a diciembre de 1930.

En febrero de 1931 está perfectamente bien; la hemorragia no ha vuelto a presentarse y al tacto no se encuentra tumor.

Tengo ocasión de ver esta enferma con frecuencia; sigue completamente bien.

OBS. N° 19.—Caso del Dr. Miguel M. Calle.

Señora L. P. 48 años.—Menorragias y metrorragias muy abundantes desde hace un año; ha estado perdiendo continuamente hasta 42 días. Al examen local no se encuentra nada particular.

De noviembre de 1930 a enero de 1931, la enferma recibe 16000 R. por cuatro campos.

A fines de diciembre se presentó una hemorragia abundante que hizo suspender el tratamiento.

En marzo de 1931 la enferma ha mejorado notablemente de su estado general; la hemorragia no ha vuelto a presentarse.

OBS. N° 20.—Caso del Dr. Alfonso Palacio.

Señorita B. L. 42 años.—Menorragias sumamente abundantes y prolongadas desde hace ocho meses. Anemia profunda y gran enflaquecimiento. La palpación permite apreciar un útero engrosado y doloroso.

Tratamiento de febrero a abril de 1931. Cuatro días después de terminarlo tuvo una hemorragia, no muy abundante, que duró tres días. Desde entonces no ha vuelto a perder. Actualmente su estado es satisfactorio.

OBS. N° 21.—Caso del Dr. Jacinto Echeverri.

Señorita T. J. 45 años.—Fibroma uterino que llega hasta 25 ctms. del borde del pubis. Menorragias hace algún tiempo.

La enferma recibe su tratamiento de abril a junio de 1931. Al terminarlo el tumor está a 13 ctms. por encima del pubis.

Dos meses más tarde el tumor no ha disminuído más y se practica un nuevo tratamiento, con una dosis menor.

La enferma no volvió a perder desde que se terminó el primer tratamiento.

En diciembre de 1931 el tumor sube a 10 ctms. por cima del pubis, pero es menos prominente. No ha vuelto a perder.

Desde entonces no ha vuelto a saberse de ella.

OBS. N° 22.—Caso del Dr. Miguel M. Calle.

Señora L. U. 52 años.—Menorragias y metrorragias desde hace 16 meses; se han hecho muy abundantes últimamente. La enferma se queja de palpitaciones, malestar general, desvanecimientos y con frecuencia vérticos. Tiene una bradicardia acentuada (38 a 40 pulsaciones por minuto) y está en un estado de franca hiposistolia.

Recibe su tratamiento de mayo a julio de 1931 y desde la terminación de él cesaron completamente las hemorragias. Su estado general es muy bueno; el pulso es normal y no ha vuelto a presentar ningún trastorno cardíaco. Últimamente ha viajado en avión, sin ningún inconveniente. El Dr. Calle tuvo ocasión de verla recientemente y me dice que su estado es inmejorable.

OBS. N° 23.—Caso del Dr. Miguel M. Calle.

Señora E. P. 41 años.—Menorragias y metrorragias desde hace cuatro años. A la palpación se encuentra un tumor duro, lobulado, que sube hasta a 10 ctms. hacia arriba del pubis.

Tratamiento de agosto a octubre de 1931.

Mes y medio después de terminado el tratamiento el tumor no puede encontrarse por palpación, no ha vuelto a perder ni una gota de sangre y su estado general es plenamente satisfactorio.

Tuve la oportunidad de verla hace poco y me dijo que estaba completamente bien.

OBS. N° 24.

Señorita C. E. 42 años.—Fibroma uterino. Menorragias y metrorragias abundantes desde hace un año. Tumoración que llega hasta más arriba del ombligo. Polacuria y constipación. Edema de las extremidades inferiores.

Tratamiento de agosto a octubre de 1931. Desde entonces no volvió a perder.

A mediados de diciembre el tumor no era palpable.

Actualmente su estado es satisfactorio.

OBS. N° 25.—Caso del Dr. Nepomuceno Jiménez.

Señora R. C. 37 años.—Fibroma uterino que llega hasta a 19 ctms. por encima del pubis. Metrorragias y menorragias.

Es tratada de octubre a diciembre de 1931.

Al terminar el tratamiento el tumor está a 14 ctms. por encima del pubis.

Pocos días después tuvo una hemorragia pequeña.

En febrero de 1932 no había vuelto a perder ni una gota de sangre y el tumor estaba a nueve centímetros por encima del pubis.

El 18 de agosto de 1932 la enferma vuelve a consultar; desde hacía un mes habían desaparecido las oleadas de calor y la víspera había tenido un poco de hemorragia; el tumor ha aumentado un poco de volumen; está a 11 ctms. por encima del pubis.

En estas condiciones se le hace un nuevo tratamiento; en total 5000 R. por las cuatro puertas de entrada.

En octubre, a los 40 días de haber terminado el tratamiento, no había vuelto la hemorragia y el tumor estaba a la misma altura.

Volví a ver la enferma el 28 de agosto de 1934. Estaba muy bien, la hemorragia no había vuelto a presentarse; del tumor queda una masa residual que llega a ocho centímetros hacia arriba del pubis.

OBS. N° 26.—Caso de los Dres. Gil y Rodríguez.

Señorita A. R. 58 años.—Menopausia hace 5 años. Desde hace un año presenta metrorragias más bien pequeñas, repetidas a intervalos irregulares. Hace un mes tuvo una hemorragia muy abundante. Desde hace ocho días viene perdiendo de modo continuo; la hemorragia fue muy abundante durante unas horas y después se hizo más moderada.

Al examen ginecológico, practicado por los Dres. Gil y Rodríguez, no se encontró un tumor apreciable.

La enferma está muy anémica y su estado general es muy malo, a tal punto que el Dr. Gil opinó que no resistiría una intervención.

En tales condiciones inicié un tratamiento con las mayores reservas, pues temí que pudiera tratarse de un cáncer del cuerpo.

Del 25 de enero al 18 de marzo de 1932 la enferma recibió 14000 R. por cuatro puertas de entrada.

Desde el 2 de febrero cesaron completamente las metrorragias y, al terminar el tratamiento, el estado de la enferma había mejorado notablemente. Dos días después volvió la hemorragia. Se me consultó sobre la oportunidad de una intervención, pues el cirujano opinaba que el estado de la enferma hacía pensar que podía tolerarla. En esas condiciones opiné que debía ope-

rarse, pues mi impresión era siempre la de que existía probablemente un cáncer del cuerpo. Si hubiera estado seguro de que no había nada maligno me habría opuesto a la intervención pues, en tal caso, las metrorragias habrían desaparecido por la sola acción de la Radioterapia y habría estado indicado esperar a que ésta tuviera tiempo de obrar.

A la intervención encontraron un tumor submucoso del fondo del útero, tumor que presentaba el aspecto macroscópico de un fibroma. Desgraciadamente no se hizo el examen histológico.

La enferma murió cuatro días después de la intervención, a causa de una dilatación aguda del estómago.

En mi sentir se trataba de un cáncer.

OBS. N° 27.—Caso de los Dres. D. Velásquez y J. Peláez.

Señora G. P. 45 años.—Fibroma uterino palpable, que se eleva en la parte media hasta a 16 ctms. por encima del pubis. Menorragias y metrorragias desde mucho tiempo atrás.

En abril y mayo de 1932 la enferma recibió un tratamiento incompleto pues, debido a un daño del aparato, fue necesario suspenderlo.

Sin embargo tres meses más tarde se observa sólo una pequeña masa residual, difícilmente palpable. La enferma no ha vuelto a perder ni una gota de sangre y su estado es satisfactorio.

Se le hacen unas pocas irradiaciones complementarias por temor de que el resultado obtenido no sea sino temporal, debido a que la dosis que recibió fue pequeña.

Un mes más tarde el tumor no es palpable.

Actualmente la enferma está completamente bien.

OBS. N° 28.—Caso del Dr. Braulio Mejía.

Señorita C. R. 38 años.—Metrorragias que comenzaron hace unos tres años. Las pérdidas son casi continuas. A la palpación no se aprecia la existencia de tumor.

Recibe un tratamiento completo de agosto a octubre de 1932. Desde entonces está completamente bien.

OBS. N° 29.—Caso del Dr. Juan B. Londoño.

Señorita L. M.—Metrorragias desde hace algunos meses. Ni a la palpación ni al tacto rectal se aprecia ningún tumor. Está muy anémica.

Tratamiento de octubre a diciembre de 1932.

Desde entonces la enferma no volvió a tener hemorragia y hace poco que tuve ocasión de verla la encontré completamente bien.

OBS. N° 30.—Caso de los Dres. B. Mejía y B. Henao M.

Señora M. R. 45 años.—Fibroma uterino que llega hasta a cinco ctms. por encima del pubis. Menorragias y metrorragias desde hace mucho tiempo. Anemia muy acentuada.

En los meses de abril y mayo de 1933 recibe un tratamiento completo.

En julio la enferma está muy bien ;a la palpación no se encuentra tumor. No ha vuelto a perder.

Recientemente tuve ocasión de verla y me dijo que estaba completamente bien.

OBS. N° 31.—Caso del Dr. B. Mejía.

Señorita M. S. 52 años.—Menopausia hace 8 años. Pequeñas metrorragias últimamente; desde hace dos meses está perdiendo continuamente, pero en pequeña cantidad. A la palpación se encuentra un tumor duro y globuloso, que llega hasta un poco por encima del ombligo. Al tacto se encuentra un cuello pequeño, fuertemente tirado hacia atrás, pero completamente normal. El estado general es muy satisfactorio; no se ha enflaquecido ni está anémica. Se trató de hacer una toma intrauterina para examen microscópico, pero el especialista no pudo lograrlo y en vista de eso se convino en tratarla como si se tratara de un fibroma post-menopáusico, pero con las mayores reservas, pues la historia de la enferma hacía temer que hubiera otra cosa.

La enferma recibió su tratamiento completo en los meses de abril y mayo de 1933.

El 19 de junio el tumor estaba a cuatro dedos por debajo del ombligo y la enferma misma había apreciado que estaba mucho más pequeño que antes. En la fosa ilíaca izquierda se apreciaba una masa que se consideró como una bosaladora del tumor. La hemorragia se había hecho más pequeña y era intermitente, pero nos llamó la atención el hecho de que no hubiera desaparecido.

El 30 de agosto observamos que el tumor había vuelto a crecer; estaba casi a nivel del ombligo; la hemorragia había continuado con interrupciones la mayor de las cuales había durado cinco días.

En vista de lo observado se resolvió operarla; la operación fue hecha el 11 de septiembre por el Dr. Antonio Mesa, con mi ayuda. Encontramos un quiste multilocular; la matriz es pequeña y presenta un núcleo duro en la cara posterior. La operación fue muy sencilla; **NO ENCONTRAMOS ADHERENCIAS**, lo que

hago notar especialmente, pues se ha acusado a la radioterapia de provocar la formación de adherencias y de dificultar la operación cuando es necesario recurrir a ella en los casos en que se ha confundido un quiste del ovario con un fibroma.

Llama la atención en este caso la franca disminución del tamaño del tumor bajo la influencia de la radioterapia. No tengo conocimiento de que nadie haya señalado la disminución del volumen de un quiste del ovario, bajo la influencia de la radioterapia. Como encontramos un núcleo duro en la cara posterior del útero, me he preguntado si en este caso habría coexistencia de un quiste del ovario con un fibroma que, rechazando hacia arriba el quiste, lo hiciera aparecer como de mayor volumen y que desapareció por el tratamiento, dando la impresión de que el tumor que se palpaba había disminuído; el aumento posterior del volumen del tumor se debería en tal caso a la evolución del quiste.

La enferma tuvo un post-operatorio normal y está completamente bien.

OBS. N° 32.

Señorita A. S. 38 años.—Fibroma uterino. Menorragias y metrorragias hace mucho tiempo. A la palpación no se aprecia la existencia de un tumor. Al tacto se encuentra un cuello muy grueso y duro, echado hacia atrás. Al tacto rectal se aprecia la existencia de una masa dura que hace cuerpo con la matriz. Anemia no muy profunda.

Tratamiento en agosto y septiembre de 1933.

Desde entónces cesaron completamente las hemorragias.

En septiembre de 1934 la enferma estaba completamente bien.

OBS. N° 33.—Caso del Dr. David Velásquez.

Señora E. R. 51 años.—Fibroma uterino que llega casi hasta el nivel del ombligo. Su menstruación había desaparecido por espacio de tres meses, pero volvió; dice que generalmente es normal.

Tratamiento en septiembre y octubre de 1933.

En enero 4 de 1934 la enferma se siente muy bien; está en amenorrea y el tumor ha disminuído considerablemente.

En mayo se aprecia al tacto la existencia de una masa residual, relativamente pequeña. No ha vuelto la hemorragia. La enferma se siente bien.

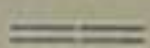
OBS. N° 34.—Caso del Dr. David Velásquez.

Señora A. R.—Fibroma uterino. Menorragias y metrorragias abundantes desde hace un año. A la palpación bimanual se aprecia la existencia de un pequeño tumor duro. Anemia profunda.

El tratamiento fue iniciado a fines de junio de 1934 y suspendido después de cuatro sesiones por causas ajenas a mi voluntad. Fue reanudado en septiembre y se terminó en octubre de 1934.

En enero de 1935 la enferma se encuentra completamente bien y el tumor no es apreciable a la palpación bimanual. No ha vuelto a tener hemorragia.

Actualmente está completamente bien.



Posteriormente a las observaciones citadas he tratado algunas enfermas más, pero no las incluyo por ser casos recientes, que no tienen un tiempo de curación suficientemente largo para ser base de conclusiones.

En resumen: De los 34 casos tratados hasta octubre de 1934, en 11 casos de metropatías hemorrágicas, sin tumor, se obtuvo la curación de todos.

En 20 casos de fibromas se obtuvo la curación clínica, con desaparición completa del tumor o reducción considerable de él, quedando en algunos casos una masa residual, que, como dice Solomon, no presenta ningún inconveniente para la salud, ni peligro suplementario de una neoplasia, del mismo modo que no lo hay en el caso de un lipoma o un naevus.

En un caso, Obs. N° 14, en que se hizo el tratamiento con un diagnóstico dudoso entre fibroma y sarcoma del útero, la enferma mejoró notablemente, el tumor disminuyó de volumen y no volvió a presentarse la hemorragia, pero la enferma murió 20 meses después del tratamiento. Este curó el fibroma y la enferma murió de otra afección o sirvió como paliativo, si, en realidad la muerte ocurrió a consecuencia de un tumor secundario del hígado.

En un caso, Obs. N° 26, que se trató con las mayores reservas, pues se dudaba entre un fibroma y un cáncer del cuerpo, la enferma tuvo hemorragia dos días después de la terminación del tratamiento, lo que no permitiría decir que el tratamiento había fracasado, pues todos los autores están acordes en que se necesita un tiempo mayor para poder juzgar los efectos de la radioterapia, ya que la acción de ella es lenta. No pudo saberse des-

pués de la intervención, si se trataba de un cáncer o de un fibroma, por no haber hecho examen histológico.

En un caso, Obs. N° 31, el tratamiento fracasó porque se trataba de un quiste del ovario y no de un fibroma.

Sólo en dos casos, Obs. N° 11 y 25, fue preciso hacer un nuevo tratamiento después del primero, pero después de él las enfermas quedaron curadas. En todos los otros casos no fue preciso repetir el tratamiento, salvo en la Obs. N° 21, en que se hizo un nuevo tratamiento para tratar de reducir más el tumor, a pesar de que la enferma estaba en amenorrea.

En ninguna de las enfermas tratadas se presentó ninguna complicación grave de la menopausia o trastorno de importancia, ni hubo lesión alguna, ni aun leve, debida al tratamiento.

Martiniano ECHEVERRI

Tratamiento roentgenterápico de los fibromas uterinos y las metropatías hemorrágicas

Informe de la Comisión de la Academia de Medicina que estudió el trabajo de ingreso del Dr. Martiniano Echeverri,

DRES. GIL J. GIL y J. A. SIERRA

Señor Presidente de la Academia de Medicina y Señores Académicos:

Hasta hace poco tiempo no había vacilaciones en el tratamiento del fibroma uterino: la cirugía se imponía en todos los casos. El adelanto de la Fisioterapia y el perfeccionamiento de las técnicas ha enriquecido la Terapéutica con dos nuevos métodos de tratamiento, la Roentgenterapia y la Curieterapia.

El Dr. Martiniano Echeverri Duque, distinguido radiólogo que ha prestado grandes servicios científicos a la ciudad, y al departamento de Antioquia, con su poderosa instalación, y más que todo, con sus profundos conocimientos, presenta a la Academia una serie de observaciones de fibromiomas uterinos, tratados, la mayor parte de las veces con éxito sorprendente por la Radioterapia profunda. Las pocas veces en que ha fracasado el tratamiento, se ha tratado de diagnóstico dudoso, o bien de una contraindicación por un diagnóstico errado.

La Terapéutica quirúrgica y la Fisioterapia, no son métodos que estén en contraposición; por el contrario un criterio científico sereno y amplio, debe admitir que cada método tiene sus indicaciones que van precisándose cada día más, y que en ningún caso debe considerarse que uno de los métodos sea el único tratamiento del fibromioma uterino, con exclusión de los demás. Toda terapéutica tiende a curar o a aliviar una enfermedad, y el médico consciente que se precia de conocer el arsenal que tiene a su alcance para combatir los estados patológicos, tiene tam-

bién la obligación de conocer lo mejor posible, el valor de los métodos modernos, que el progreso de las ciencias físicas, químicas y biológicas, pone a su alcance para la lucha contra la enfermedad. Colocados en este plano consideramos que el gran tema del tratamiento del fibromioma no puede mirarse con un criterio exclusivista, ni de parte del cirujano, ni de parte de los especialistas en los métodos físicos. Por el contrario creemos que en vez de antagonismo entre estos diversos procedimientos, unos y otros pueden encontrar un apoyo eficaz, ya en la cirugía, ya en la fisioterapia.

La cuestión ha sido debatida con apasionamiento y con criterio unilateral en los últimos tiempos; pero a medida que las ciencias progresan, parece que va encontrándose un justo entendimiento que tiene por finalidad única, la salud del enfermo. Sentados estos precedentes, creemos interesante procesar en cuanto sea posible a la luz de los consabidos modernos, las indicaciones de cada procedimiento, sin llegar al extremo a que llegan algunos, de afirmar que en las mujeres jóvenes en plena actividad sexual, la cirugía vive de las contraindicaciones de la radio-terapia y de la actinoterapia, y que después de la menopausia, éstas viven de las contraindicaciones de la cirugía. En general, ya que en Medicina ninguna regla terapéutica puede ser absoluta, la cirugía está indicada: 1º En tumores de rápido crecimiento. 2º En tumores con síntomas muy netos de compresión. 3º Cuando hay fenómenos de inflamación intrapelviana. 4º Cuando se ha podido diagnosticar un pólipo uterino. 5º En tumores de gran tamaño, cuyo límite superior pasa del ombligo. 6º Cuando el diagnóstico es dudoso, especialmente cuando se teme un cáncer del cuerpo, o un tumor o quiste del ovario. 7º En los casos de fracaso de la radioterapia y de la curieterapia. *Indicaciones de la roentgenoterapia:* 1º En los miomas intersticiales del cuerpo uterino, cuyo crecimiento no sea rápido, y cuyo tamaño no pase los límites del ombligo. 2º En fibromiomas en que haya una manifiesta contraindicación quirúrgica. 3º En la esclerosis uterina con la sintomatología de metritis hemorrágica.

La curieterapia tiene las mismas indicaciones que la roentgenoterapia, y la elección de método depende más que todo de la facilidad y comodidad de su aplicación en un caso dado.

Las contraindicaciones de los métodos físicos, se deducen fácilmente de las indicaciones quirúrgicas ya mencionadas, y las contraindicaciones de la cirugía son bien conocidas para detener-

nos en ellas. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que los métodos se complementan, y que un caso de una anemia extrema, por ejemplo, de grandes hemorragias, en el cual la radioterapia profunda obra maravillosamente, como lo prueban varios de los casos del Dr. Echeverri Duque, suspendiendo la hemorragia, disminuyendo el tamaño del tumor, y colocando el organismo de esta manera en condiciones de mejorar rápidamente de la anemia, podrá ser posteriormente un buen caso quirúrgico, si las radiaciones no dan todo el efecto apetecido. Y exactamente lo mismo puede decirse de la curieterapia.

Un punto interesante es la indicación que se deriva de la edad de la enferma: en las mujeres de vida sexual activa, el médico debe tener en mira la curación de la enferma, pero tratando de conservar a toda costa sus órganos genésicos. La cirugía es en la mayor parte de los casos mutilante, y para conservar la supremacía del tratamiento, tiene necesariamente que virar hacia los métodos conservadores: la miomectomía, la histerectomía fúndica, de preferencia a la histerectomía subtotal o total. En todo caso conservar la posibilidad de futuros embarazos, o bien, al menos, dejar suficiente endometrio para que la función menstrual continúe. Los métodos físicos no son mutilantes, pero también producen la castración por su acción sobre el ovario, lo cual los hace indeseables siempre que la cirugía pueda ser conservadora. La mujer tiene derecho a escoger entre la mutilación quirúrgica y la castración física. Esta en la roentgenoterapia parece ser más permanente, mientras que es más fugaz en la curieterapia, y en las estadísticas se encuentran muchos casos de fibromas tratados por este método, en los que las pacientes han vuelto a menstruar, y aun en un porcentaje pequeño, han concebido uno o varios niños.

En resumen queremos reforzar nuestra opinión de que los diversos métodos de tratamiento del fibroma, no son, ni pueden ser, antagónicos, y que el médico tiene la obligación de escoger para cada caso, muchas veces de acuerdo con la enferma, el método que debe ser aplicado.

Fuera del valor científico de las observaciones del Dr. Echeverri Duque, consideramos de suma importancia la divulgación de este método físico, que abre entre nosotros una nueva etapa en el tratamiento de los fibromas, y que permite a muchas mujeres víctimas de estos tumores, el ser curadas sin tener que recurrir a la cirugía.

Para terminar nos permitimos proponer: 1º, la Academia de Medicina de Medellín, felicita al Dr. Martiniano Echeverri Duque, por su trabajo titulado: "Tratamiento roentgenoterápico de los fibromas uterinos y de las metropatías hemorrágicas"; 2º, publíquese dicho trabajo en la revista de la Academia, y 3º, llámese al Dr. Echeverri Duque a formar parte de la Academia como miembro de Número.

Gil J. GIL. — José A. SIERRA.

Señor Presidente y señores Académicos.

Octubre 2 de 1935.

Fisiopatología del diencéfalo o cerebro vegetativo.

DR. JESUS YEPES CADAVID
Profesor de Patología General.

(Conclusión)

V.—*La Glucosuria*

El origen diencefálico de numerosas glucosurias está demostrado hoy por múltiples hechos clínicos y experimentales.

Se comprenderá la influencia del cerebro vegetativo si se recuerda que el metabolismo de los hidrocarbonados como el de las grasas exige la intervención del sistema autónomo y de las glándulas endocrinas para el almacenamiento y consumo de las sustancias, en armonía con el aporte de éstas y las necesidades del organismo. Para el metabolismo de las albúminas, al contrario, no existe tal mecanismo de almacenamiento y distribución porque nuestra economía no acumula las proteínas.

De modo que a pesar del descubrimiento de la insuficiencia insular como origen de la diabetes pancreática, *notables autores atribuyen hoy mayor importancia etiológica a trastornos anato-mo-patológicos o aún meramente funcionales del aparato vegetativo hipotalámico.*

Al respecto escribe Leschke:

“Asombra que en una época en que el descubrimiento de la diabetes pancreática coincide con el de la insulina se coloque en segundo plano el factor glandular y se le anteponga el comando neuro-vegetativo.

Para demostrar la importancia de la regulación vegetativa en el metabolismo de los hidratos de carbono y en la patogénesis de la diabetes expone los argumentos siguientes:

1° La producción de la insulina es normalizada por el sistema neuro-vegetativo. Una picadura del bulbo o del diencéfalo produce una glucosuria por excitación simpática. Esta juega un papel importante en los casos de diabetes refractaria al trata-

miento por la insulina. En tales circunstancias se ha empleado con éxito la ergotamina (un miligramo con cada inyección de insulina). Una excitación parasimpática produce al contrario un aumento de la secreción de insulina con descenso del azúcar sanguíneo.

El mecanismo de esta regulación nerviosa central se ha demostrado experimentalmente de una manera decisiva. Además en los injertos pancreáticos dicha influencia nerviosa falta;

2º. El páncreas, aun de los diabéticos muertos en coma, contiene bastante insulina para asegurar el metabolismo de los hidratos de carbono durante una semana o más. Si esta insulina no se utiliza es que la secreción por el páncreas resulta impedida por un comando al cual dicha glándula está subordinada;

3º. Las alteraciones anatómicas del páncreas son tan variables, cuanto a naturaleza e intensidad, y a menudo tan pequeñas, que no resulta exacta la comparación de la diabetes humana con la que se obtiene experimentalmente en los animales. Siendo así debería encontrarse con cierta regularidad un paralelismo entre la gravedad de la diabetes y las alteraciones histológicas del páncreas. Estas últimas en los casos que se agravan progresivamente y terminan en el coma, deberían consistir en una destrucción igualmente progresiva y al fin casi completa de los islotes de Langerhans según una modalidad casi análoga al paralelismo entre la marcha de la enfermedad y los hechos anatómicos que se observan en otras afecciones endocrinas (mixedema, enfermedad de Addison etc.). Pero no ocurre así, al menos en los casos crónicos típicos, que difieren completamente de los casos de verdadera destrucción del páncreas tanto por su comportamiento clínico, como por el estado de las lesiones anatómicas.

4º. La notable influencia de los factores psíquicos sobre la asimilación de los hidratos de carbono indica igualmente la gran trascendencia de los mecanismos de dirección nerviosa.

Claramente se observa en el hombre diabético la influencia de las oscilaciones emotivas en la afección. En los hombres de negocios la intensidad de la glucosuria es un reflejo fiel de la marcha de tales negocios.

5º. Clínicamente aparece la glucosuria en las mismas lesiones de la base del encéfalo y de las regiones vecinas susceptibles de producir una diabetes insípida. Las diversas lesiones hipofisarias desempeñan entonces un papel trascendental. En consecuencia los tumores de la pituitaria que producen la acromega-

lia, suelen coincidir con una hiperglucemia y glucosuria permanente o alimenticia (en un 44% según algunas estadísticas). Otros tumores de la hipófisis sin acromegalia concomitante, pueden acompañarse de una diabetes azucarada muy notable.

En la meningitis sífilítica de la base, cuyo sitio de predilección es precisamente la región diencefálica, se encuentran a menudo tanto la glucosuria como la poliuria;

6° La frecuente asociación de la diabetes con otras perturbaciones de la economía vegetativa (obesidad, poliuria, perturbaciones de la asimilación de las sustancias minerales, hipertensión arterial etc.) es también un factor que milita en el sentido de una patogenia central”.

La reducción de algunos casos de insulino-resistencia, mediante la irradiación de la región hipofisiaria, prueba igualmente las íntimas relaciones de la diabetes con los núcleos diencefálicos. Posiblemente en tales casos la radioterapia obre por acción sobre el hipotálamo.

Estudiemos con Leschke algunas asociaciones de la diabetes con síntomas vegetativos:

a) “Las relaciones íntimas entre la diabetes azucarada y la insípida se hacen evidentes por los experimentos de concentración. Se ve en tal caso una incapacidad para concentrar la orina hasta la cifra normal, en la sangre al contrario se verifica una acumulación de sustancias urinarias con elevación del punto de congelación, del peso específico y de su tenor en cloruro de sodio, urea y azúcar.

Habitualmente un diabético elimina un litro de orina por cada 50 gramos de azúcar. Pero hay diabéticos que poseen una capacidad mayor de concentración y no tienen necesidad de poliuria para eliminar aún más de 5% de azúcar. Tales casos se conocen con el nombre de *diabetes deficientes* y constituyen un fenómeno completamente inverso al de la diuresis normal.

b) La poliuria indica casi siempre una alteración plurivegetativa del recambio de agua y de los minerales. Al estudiar la asimilación intermediaria del sodio y del cloro en el diabético se comprueban las alteraciones siguientes:

En los casos graves de diabetes azucarada en el hombre, como en la pancreática de los animales se encuentra una caída evidente del contenido de la sangre en el cloro, hasta cerca del 30%. El sodio también rebaja aunque en una cifra menos notable. Paralelamente, la eliminación urinaria de los cloruros disminuye

mucho, en ocasiones hasta un décimo de la cifra anterior. La retención de cloro ocurre sobre todo en los músculos mientras que en la piel tiende a rebajar. Tal descenso de la hidrofilia, efecto de la reducción clorada, explica por qué en los diabéticos graves se presentan síntomas de deshidratación a pesar de una fuerte ingestión de agua:

La retención de cloro es un signo tan constante de agravación en las condiciones de la asimilación de los diabéticos, que una disminución súbita de la concentración del cloro urinario, es un síntoma precursor del coma. Con la mejoría del enfermo coincide una intensa eliminación clorurada.

c) La diabetes suele acompañarse de variaciones notables de la presión arterial. La estadística de Maraón demuestra que en diabéticos menores de 40 años, un 17% tenía una presión sistólica superior a 180, y en pacientes de 40 a 50 años dicha cifra llegaba a 46%.

Se ha comprobado que un número considerable de enfermos presenta una hipertensión arterial desde la fase latente o inicial de la diabetes.

De manera análoga en la hipertensión esencial han encontrado numerosos autores glucosuria alimenticia y un aumento de la glucemia en más de la mitad de los casos (hasta el 63%)".

VI.—*Obesidad diencefálica*

Llámase así la adiposis consecutiva a lesión o disfunción del diencefalo, especialmente de la región infundibulo-tuberiana, donde las recientísimas investigaciones de neuro-fisiología localizan el principal centro rector de metabolismo de las grasas. El dominio de este tipo de obesidad crece cada día porque engloba no sólo los casos resultantes de un tumor del piso del ventrículo medio sino también las obesidades consideradas antes de origen epi o hipofisiario y que se atribuyen hoy más bien a la comprensión del diencefalo vegetativo por neoplasmas de aquellos órganos glandulares.

También reclama para sí la obesidad diencefálica muchos de los casos catalogados provisionalmente como constitucionales y en los cuales, aun después de la más severa investigación etiológica, no puede hacerse responsable la sobrealimentación, ni el hábito sedentario, ni las disfunciones glandulares (tiroidiana, suprarrenal, testicular, ovárica etc.), ni tumores encefálicos; es

decir ninguna de las causas más conocidas de la sobrecarga adiposa.

En los últimos años la opinión de Leschke sobre la existencia de una perturbación diencefálica relativa al depósito y a la distribución de la grasa como causa del síndrome adiposo-genital ha ganado mucho terreno frente a la antigua patogénesis hipofisiaria de tal afección.

Numerosas observaciones establecen actualmente la etiología hipotalámica no sólo de la enfermedad de Babinski-Frohlich que estudiaremos más adelante sino también de la obesidad nerviosa y de la cual se conocen múltiples observaciones consecutivas a las encefalitis subtalámicas (encefalitis epidémica, enfermedad de Heine Medin, sífilis, hidrocefalia, ependimitis) u otras afecciones que lesionan con predilección la región opto-peduncular o que repercuten sobre ella por compresión u otros mecanismos. Según algunos autores las precitadas lesiones radicarían en los núcleos mamilares, supra-ópticos y para-ventriculares.

Respecto de la encefalitis epidémica hay casos en que el aumento de peso sigue inmediatamente al período letárgico y toma el tipo de obesidad en *breeches* o general y uniforme.

El aspecto más característico de la adiposis diencefálica es una infiltración de la región pelviana y de la parte superior de los muslos, es decir, una exageración de la localización normal de la grasa en la mujer, disposición muy parecida al aspecto que dan a la parte inferior del cuerpo los pantalones de montar: de allí el nombre de obesidad en *breeches*.

Tan singular distribución de la grasa no se encuentra en obesidad alguna por insuficiencia glandular pura y es forzoso invocar la intervención del sistema neuro-vegetativo, único capaz de producir perturbaciones tróficas regionales. Otras veces la obesidad diencefálica se presenta como una obesidad desproporcionada que predomina sobre el tronco, el abdomen y la raíz de los muslos y que en ocasiones se asocia a otros signos de lesión hipotalámica. Tal obesidad se opone a la descrita por Cushing (*basofilismo hipofisiario*).

Si juzgamos como obesidades nerviosas no sólo las que aparecen como consiguientes a lesiones infundibulo-tuberianas, sino también las que proceden de un carácter vagotónico de la nutrición, tenemos que aquellas comprenderán el mayor número de las clasificadas como constitucionales. Agreguemos que el refe-

ruido carácter vagotónico puede resultar de la actividad individual de los más altos centros vegetativos.

En apoyo de esta tesis se aduce el caso de obesidad constitucional de 181 kilogramos, estudiado por Naito, del Instituto de Neurología de Viena, quien encontró en el examen histológico alteraciones del *tuber cinereum*. Sin embargo no es preciso que existan lesiones histológicas en todos los casos porque las perturbaciones funcionales de tales centros vegetativos, son graves a veces, aun en ausencia de una base anatomo-patológica. Ocorre allí algo muy semejante a la insuficiencia cardíaca en la que no es justo calificar el estado del corazón por las solas alteraciones histológicas que pueden faltar y por la notable discrepancia que se observa entre las circunstancias funcionales y las comprobaciones anatómicas.

Cuanto al carácter vagotónico de la nutrición, gran factor constitucional de obesidad, se distingue por cierta lentitud de la oxidación de los hidratos de carbono y por una marcha perezosa del metabolismo en general. El neumogástrico y los demás nervios para-simpáticos constituyen un sistema anabólico, que ahorra y almacena los materiales alimenticios por virtud del cual en el balance nutritivo prepondera la asimilación sobre la desasimilación. El auge del temperamento vagotónico lleva insensiblemente el grupo de enfermedades provenientes de la diátesis braditróficas (obesidad, gota, diversas litiasis etc.).

Los vagotónicos tienden a la corpulencia desde la juventud o más a menudo cuando han pasado la treintena y su barca, después del período juvenil de las tempestades, toca en tranquilo puerto. (Leschke).

Justamente entre los obesos diencefálicos (constitucionales para algunos autores) se encuentra el mayor número de casos terapéuticos rebeldes. Muchos ni reaccionan ni rebajan de peso aun bajo fuertes dosis de sustancias glandulares o la más severa restricción alimenticia.

VII.—Síndrome adiposo-genital

Leschke, que desde 1920 atacó el origen exclusivamente hipofisiario admitido entonces del síndrome adiposo-genital, formulaba en 1932 los siguientes argumentos en favor de su teoría diencefálica:

- a) De las 153 necropsias verificadas hasta aquella época, de

la enfermedad que nos ocupa, no menos de 69 presentaban una hipófisis intacta (o con levísimas lesiones). En los 84 casos restantes las formas más variadas de tumores tanto con crecimiento como con reducción del tejido de la hipófisis causaban la distrofia adiposo-genital.

Leschke, detallando mejor las comprobaciones anatomo-patológicas, las clasifica como sigue:

I. Enfermedad de la hipófisis preponderante: 21 casos (lóbulo anterior: 8 casos, lóbulo posterior o medio: 7 casos; toda la hipófisis: 6 casos).

II. Lesiones exclusivas del diencéfalo: 69 casos.

b). La supresión de la función hipofisiaria produce en el hombre, cuando se trata del lóbulo anterior, los fenómenos característicos de la enfermedad de Simmonds, y cuando del lóbulo posterior no produce ninguna manifestación morbosa como lo demuestra una notable observación de Fahr concerniente a la destrucción aislada de este último lóbulo por adenoma maligno.

c). Si se lesiona el diencéfalo, con experimentos en animales, se obtienen la obesidad y atrofia genital, bien sean coexistentes o aisladas. En estos casos los investigadores procuran ante todo respetar la hipófisis. Además se logró en algunas ocasiones una diabetes insípida permanente con síndrome adiposo-genital. En tales experimentos seis meses después, el examen microscópico, no reveló ninguna lesión hipofisiaria, pero sí una alteración bilateral de los núcleos propios del *tuber cinereum* hasta los núcleos paraventriculares y a una profundidad de 5 milímetros por delante del infundíbulo.

d). Picaduras diencefálicas alteran el metabolismo fundamental, en tanto que la exclusión de tales centros, intensa notablemente la asimilación de la albúmina y la excitación, por el contrario, da lugar a una disminución. Quizás tales datos experimentales expliquen la polifagia, síntoma muy común de las afecciones diencefálicas.

c). La distrofia adiposo-genital coincide en ocasiones con otras perturbaciones del comando diencefálico, sobre todo con la diabetes insípida, manifiesta o latente. Las pruebas de sobrecarga revelan casi siempre una perturbación del equilibrio hídrico y mineral. De igual manera la glucemia y la regulación térmica se alteran comúnmente (con tendencia al descenso en la última). También puede observarse una tolerancia mayor para los hidratos de carbono que reduce la frecuencia de los casos de glucosu-

ria y la ausencia del efecto específico-dinámico de los alimentos.
f). La singular distribución local de la grasa en la obesidad llamada hipofisiaria o mejor diencefálica, con su preferencia notable por la zona de la pelvis (tipo grasa *en breeches*) es difícil de explicar por influencias puramente hormonales. No se conoce ninguna razón por la cual la falta de la hipotética secreción hipofisiaria obraría tan especialmente sobre la región pelviana en sentido favorable a la adiposidad.

Todos estos argumentos demuestran que la causa del síndrome adiposo-genital radica en una perturbación de los altos centros normativos de la nutrición. Sin embargo, algunos clínicos, como L. Ramond, siguiendo el concepto de patólogos notables, admiten una teoría mixta, que reconoce la participación del sistema nervioso central y de la hipófisis en la patogenia del síndrome Babinski-Frohlich. Qué hay de raro, se preguntan, en que el piso del tercer ventrículo, el tallo pituitario y el lóbulo posterior de la hipófisis, que poseen idéntico origen embriológico y posiblemente igual papel fisiológico, realicen por sus perturbaciones según las circunstancias, un síndrome análogo?

La opinión de tales autores es que la enfermedad adiposo-genital depende de una lesión cualquiera intracraneana que afecta el lóbulo posterior de la hipófisis, el tallo pituitario o el piso del tercer ventrículo, lesión que puede distar mucho de estas regiones y sobre las que obraría por compresión aún lejana, para determinar las distrofias características.

Esta concepción explica según Ramond:

1° Que el síndrome adiposo-genital—al contrario de la acromegalia y el infantilismo que dependen como se sabe de una perturbación de las funciones del lóbulo anterior de la hipófisis (por exceso en la primera e insuficiencia en el segundo) resultante de lesiones anatomo-patológicas a menudo idénticas—puedan engendrarlo neoplasias muy variadas cuanto a sitio y naturaleza: tumores hipofisarios, suprahipofisarios (del infundíbulo o del vértice del ventrículo medio) o para-hipofisarios (endoteloma de la duramadre al nivel de la silla turca), tumores del cerebelo o de los tubérculos cuadrigéminos, hidrocefalia crónica; la sola condición suficiente para que produzcan el síndrome de Babinski-Frohlich es que tengan tal localización para obrar por compresión sobre la base del cerebro;

2° Cómo un tumor del lóbulo anterior de la hipófisis, que perturba las funciones glandulares y repercute por compresión

sobre la porción posterior del cuerpo pituitario y el tercer ventrículo, podría realizar la asociación de la enfermedad adiposo-genital con otros síntomas hipofisarios: la acromegalia y la diabetes insípida por ejemplo.

a) La coexistencia de la acromegalia o del gigantismo con la distrofia de Babinski-Frohlich la han señalado en repetidas veces autores varios. En diez acromegálicos, Jacobson y otros, vieron iniciarse otras tantas veces la enfermedad por adiposidad.

b) La poliuria de la diabetes insípida o hidruria se asocia comúnmente al síndrome adiposo-genital. Débese entonces a la acción de la lesión causal sobre los centros infundíbulo-tuberianos contenidos en la sustancia gris que forma el piso del ventrículo medio y entre los cuales los mejor conocidos son justamente los centros de la poliuria y de la glucosuria;

3° Se conocen también casos de asociación del síndrome adiposo-genital a otros glandulares: el mixedema por ejemplo, asociación que se justifica por la sinergia funcional entre las diferentes glándulas endocrinas.

VIII.—*Lipodistrofia progresiva o síndrome de Barraquer-Simons*

“Llámase así, escribe L. Barraquer-Ferré, la enfermedad caracterizada por una distribución desigual del tejido adiposo con desaparición de éste en la cara y sobre el tronco en oposición con la normalidad o la exageración del mismo tejido en la región glútea, los muslos y las piernas.

L. Barraquer Roviralta describió por primera vez este curioso cuadro patológico en 1906. Cuatro años más tarde lo estudió Simons en Alemania.

De una manera constante el primer hecho que llama la atención del clínico y lo orienta en el diagnóstico es el enflaquecimiento del rostro, caracterizado por la desaparición de la bola grasosa de Bichat, órbitas salientes y ahuecadas y pómulos protuberantes. Adquiere así el rostro un aspecto esquelético tan notorio que impresiona al enfermo y a sus familiares. En el examen se comprueba que la piel es sana y que no existe ninguna perturbación de la sensibilidad ni de la movilidad. El enfermo puede dar a su rostro todas las expresiones de la mímica.

La desaparición grasosa se verifica rápidamente en el cuello, el pecho, los hombros y los brazos, cuando la fusión adiposa es completa. La piel, que es siempre normal y móvil sobre los planos

subyacentes parece descansar directamente sobre los músculos. El cuerpo se torna un despojo según la expresión de Christiansen.

En ciertos casos el proceso lipodistrófico respeta los brazos durante varios años y en otros al contrario la desaparición de la grasa en dichos segmentos precede a la del tronco.

En oposición al enflaquecimiento de la mitad superior del cuerpo, resalta la normalidad, o más frecuentemente el aumento desproporcionado del volumen de las caderas. En estos casos las niñas aparentan una edad mayor y los adultos adquieren un aspecto caricaturesco.

La lipodistrofia no acarrea la muerte ni provoca ningún sufrimiento físico. Todas las funciones se cumplen normalmente. Si mucho algunos enfermos presentan ligeros signos de astenia.

Esta enfermedad es más frecuente en la mujer y en los individuos de origen judío. Aparece a veces como herencia directa y homóloga (se cita un caso en la abuela, madre e hija)".

IX.—Síndrome de Laurence-Moon-Biedl.

Afección familiar que se distingue por retardo en el desarrollo somático e intelectual, adiposidad, atrofia genital y retinitis pigmentaria. Coincide, en ocasiones, con otras malformaciones.— Aunque no se puede excluir la participación de la hipófisis en la etiología de tales manifestaciones, éstas proceden en su mayoría de perturbaciones vegetativas diencefálicas. (Lhermitte).

X.—Macrogenitosomía precoz.

Este síndrome, descrito en 1910 por Pellizzi y que aparece desde los primeros años (6 a 10) de la vida, se caracteriza por la tríada sintomática siguiente: a) talla exagerada; b) órganos genitales externos tan desarrollados como los de un adulto, y c) vellos largos y abundantes sobre el pubis. Se presenta también una notable tendencia a la senilidad prematura. En un principio se atribuyeron tales trastornos a una disfunción de la epífisis provocada por neoplasmas de dicha glándula, pero, posteriores hallazgos necrópsicos y operatorios, señalaron la región infundíbulo-tuberiana como la causa más común de la macrogenitosomía.

Así en un caso de esta enfermedad estudiado por Heuger, Lhermitte y Vogt y operado por de Martel en 1931, éste encontró intacta la glándula pineal, pero la necropsia mostró un tumor de los tubérculos mamilares y de la región tuberiana.

En dos casos más, se encontró en el uno una hidrocefalia importante y en el otro, con encéfalo completamente normal, un tumor córtico-suprarrenal.

XI.—*Epilepsia diencefálica.*

Además de la frecuente asociación de trastornos hipotalámicos a las crisis comiciales, existe una forma especial de epilepsia, verdadero acceso jacksoniano vegetativo, observado en clínica humana por el cirujano Wilder Penfiel en un caso de tumor del ventrículo medio. Caracterízase por fenómenos de vaso-dilatación cervical, hipersecreción sudoral y salival, midriasis, somnolencia, poliuria, hiperglucemia, ojos saltones, hipertensión, hipotermia etc., síntomas que acompañan siempre a las crisis convulsivas en tal caso.

Para Albert Salmon, notable investigador de la fisiopatología del diencéfalo, las propiedades epileptógenas de los núcleos subtalámicos encuentran su mejor apoyo en los fenómenos convulsivos por los cuales se traducen las lesiones experimentales y patológicas de los núcleos precitados. Esta concepción, que concuerda perfectamente con las propiedades vegetativas y hormonales de los centros tuberianos, aclara la patogénesis de numerosos casos de epilepsia diencefálica estudiados en los últimos años. Además, continúa Salmon, la idea de un centro epileptógeno en la región infudibular no significa que la epilepsia resulte siempre por alteraciones hipotalámicas, porque los casos de enfermedad sagrada por causa cortical son más frecuentes que los de origen sub-cortical. Muchos hechos clínicos apoyan sin embargo la existencia de un factor diencefálico en el mecanismo de los accesos comiciales por lesión de la corteza cerebral. En efecto, estos muestran una relación muy íntima con las principales funciones del tuber: el sueño, la termogénesis, el recambio hidrocarbonado, la diuresis, etc.; mejoran y desaparecen temporalmente por los barbituratos, cuya acción hipnótica selectiva sobre los núcleos meso-diencefálicos es bien conocida.

Si se acepta la opinión del profesor Orzechowski expuesta en el IIº Congreso Neurológico Internacional reunido en Londres en Julio de 1935, para quien la epidemia esencial sería generalmente de origen orgánico y cuya causa inmediata sería el espasmo vascular, como para la mayoría de las enfermedades por *ictus*, podría suponerse la acción epileptógena del diencéfalo como espina desencadenante del antedicho espasmo. Y como consecuencia

de éste, los centros tónicos sub-corticales obrarían desordenadamente por supresión de la actividad inhibidora del *pallium*. Si la vaso-constricción recae en la superficie cerebral tendríamos la gran crisis comicial, si en los núcleos de la base la narcolepsia y si en el cerebelo la picnolepsia.

XII.—*Caquexia hipofisiaria.*

Decíamos al principio, enumerando los síndromos infundíbulo-tuberianos, motivo del presente estudio, que para algunos autores las lesiones diencefálicas desempeñan papel importante en la etiología de la enfermedad de Simmonds o caquexia hipofisiaria. Empero, para la mayoría de los patólogos tal enfermedad resulta por insuficiencia del lóbulo anterior del cuerpo pituitario e hiposecreción múltiple de las glándulas funcionalmente correlativas de la hipófisis por esclerosis atrófica.

Para Noel Fiessinger en tal enfermedad se observa, con una evolución caquéctica y senilismo prematuro, múltiples deficiencias glandulares: a) genital: amenorrea e impotencia; b) tiroidea: frigidez, disminución del metabolismo de base y lesiones de las faneras; c) suprarrenal: astenia, hipotensión y pigmentación; d) paratiroidiana: hipocalcemia y tetania.

XIII.—*Hipotálamo y Hemopoyesis.*

La existencia de un aparato regulador de la eritro y leucopoyesis se demuestra a la vez por argumentos clínicos y experimentales. Las lesiones intencionales del *tuber* provocan una poliglobulia normoblástica y una leucocitosis comúnmente de tipo polinucleosis neutrófila; con menos frecuencia aparece una linfocitosis con desviación a izquierda de la fórmula de Arneth. En clínica se observan modificaciones sanguíneas semejantes en las afecciones diencefálicas, preferentemente en los tumores. Algunas veces después de las intervenciones intracraneanas, tales variaciones se acompañan de hipertermia; circunstancia ésta que hacía pensar en un origen infeccioso. Pero hoy se atribuyen más bien a la distensión ventricular por hidrocefalia post-operatoria.

Posiblemente la excitación de los ganglios hemopoyéticos del hipotálamo sea la primera etapa del mecanismo de las leucocitosis concomitantes de las diversas enfermedades infecciosas, así como la sería también para la reacción febril el estímulo de los

centros normativos de la temperatura. Cuanto a la eritropoyesis la repercusión de las lesiones vegetativas parece efectuarse sobre la medula ósea y no sobre el bazo a juzgar por el carácter normoblástico de la poliglobulia.

También en el dominio de las anemias criptogénicas se conocen actualmente varias observaciones en las cuales el único accidente anatomo-patológico consistía en una alteración diencefálica.

XIV.—Región infundíbulo-tuberiana y regulación térmica.

El estudio analítico del calor animal requiere la división de este proceso biológico en dos partes:

I.—La termogénesis que depende de fenómenos químicos principalmente en los músculos.

II.—La termólisis o termodispersión, pérdida de calor resultante sobre todo de fenómenos físicos: irradiación por la piel, por las vías aéreas, emisiones térmicas por evaporación pulmonar y cutánea que suponen reacciones de las glándulas sudoríparas y del aparato vaso-motor.

Para que de estos dos procesos antagónicos resulte una temperatura central estable, como ocurre en los animales homotérmicos, es preciso un sistema de regulación y dirección que no puede ser otro que el nervioso, el cual en el reparto del trabajo asignó tales funciones a la porción vegetativa.

Tenemos por consiguiente que el sistema neuro-vegetativo constituye el regulador principal del calor animal.

Veamos con Albert Salmon algunos argumentos en apoyo de tal afirmación:

“Desde Claudio Bernard se sabe que la sección del simpático disminuye la temperatura de los miembros correspondientes; después de esta operación los músculos se vuelven poiquilotérmicos; se calientan y se enfrían paralelamente a la temperatura exterior. La excitación del simpático aumenta el calor y la del parasimpático lo disminuye. Las sustancias dotadas de acción simpático-mimética como la adrenalina, la cocaína, la estriknina, la tetra-hidronaftilamina aumentan la temperatura; la insulina, los fenoles y la pilocarpina tienen propiedades vagotónicas e hipotérmicas. La atropina que paraliza las terminaciones del vago, provoca a menudo elevaciones caloríficas, en particular en los lactantes.

Múltiples investigadores observaron la hipertermia después de la sección de los vagos. La hipertermia es frecuente en los

simpácticotónicos, en el coto exoftálmico, en las neurosis vaso-motoras simpáticas; la hipotermia se ha comprobado en las parálisis y contracturas tipo Babinski-Froment, así como en las heridas de los miembros que determinan lesiones simpáticas. La regulación térmica, como se sabe, se relaciona muy íntimamente con la actividad del aparato vaso-motor que depende en gran parte del sistema vegetativo.

Se puede concluir que el simpático y el parasimpático constituyen los principales rectores del equilibrio térmico. El primero aumenta la temperatura porque activa el metabolismo orgánico y basal, la glucogenia hepática y muscular, fuentes principales del calor animal; el vago, a su vez, inhibe estos procesos y modera por consiguiente la temperatura.

Cuanto a la termogénesis se admite la existencia de centros simpáticos que la activan y de centros para-simpáticos que la moderan.

Por su parte Hashimoto y Mayer invocan centros termolíticos o termo-dispersores que excitados acarrearán la hipotermia y deprimidos la hipertermia.

A tal categoría pertenecen quizás los numerosos núcleos vasodilatadores que residen en el cuerpo estriado, en el bulbo y en la medula cervical. Posiblemente las propiedades antipiréticas de varios medicamentos, aún atribuibles en parte a su acción sedativa sobre el sistema nervioso, radican en una reacción de los centros vaso-motores con vaso-dilatación activa e hipersecreción sudoral que causan una mayor dispersión de calor. De igual manera la hipotermia aparece con facilidad después de la administración de narcóticos que obran electivamente sobre el sistema vaso-motor.

Centros térmicos

No parece muy exacto hablar de un centro único agente de la producción y dispersión caloríficas en nuestro organismo puesto que como hemos visto, a lo largo del neuroeje se hallan escalonados diversos núcleos nerviosos cuya actividad contribuye al aumento o a la disminución de la temperatura.

Pero entre todos éstos núcleos hay uno, situado en la parte anterior del tronco cerebral, en el *tuber cinereum*, que constituye el más alto comando de la termogénesis y de la termólisis. Más allá no existen centros termorreguladores como lo demuestra la ausencia de trastornos de la calorificación después de secciones

que separan el cerebro anterior y los cuerpos estriados del cerebro intermediario. Por el contrario en el conejo la extirpación del cerebro anterior y del diencéfalo o una sección practicada hacia atrás de este último, entre el tálamo y el tubérculo cuadrigémino, imposibilita al animal en experiencia para regular su temperatura central con relación al ambiente. Entonces el calor central no puede mantenerse sino a condición de que el exterior no baje de 27°, debajo de esta cifra, el conejo se convierte poiquilotérmico y su temperatura central baja o sube con la exterior.

Son las lesiones destructivas bilaterales y medianas localizadas en el tuber las que perturban más la regulación. En tales experimentos los animales pierden la capacidad de reaccionar febrilmente a consecuencia de infecciones, intoxicaciones, inyecciones de cloruro de sodio y de otras sustancias termogénicas.

Para Isenschmid y sus colaboradores tales centros termorreectores residirían en los dos tercios posteriores del cerebro intermediario, en su parte ventral y mediana, con exclusión de los tubérculos mamilares.

Los estímulos fríos aplicados sobre la región tuberiana acarrearán la hipertermia y los calientes la hipotermia. En los animales cuya región hipotalámica ha sido destruída no se logra producir el calofrío.

En el dominio de la patología humana Leschke cita un caso en el cual una fiebre neumónica desapareció en el curso de la fase terminal de la afección a pesar de la agravación de los fenómenos pulmonares; la necropsia mostró la necrosis del tuber, circunstancia que explicaba perfectamente la desaparición de la fiebre. Se admite que la incapacidad de las aves para elevar la temperatura obedece a modificaciones arquitectónicas de los núcleos tuberianos.

“Las perturbaciones térmica no son raras en los tumores cerebrales que residen en la región infundibular o hipofisiaria o que repercuten sobre el meso-diencéfalo por hipertensión del líquido céfalo-raquídeo y distensión del tercer ventrículo. Aparecen entonces o una curva febril irregular que no coincide con la cifra de pulsaciones, o crisis hipertérmicas con intervalos variables, semejantes a otros trastornos vegetativos (oleadas de calor, rubores súbitos, hiperhidrosis etc.), con los cuales pueden alternar. Otras ocasiones son accidentes menos francos con pérdida de conocimiento y angustia que se observan en un fondo de temperatura inestable.

Conviene advertir que la hipertermia de los tumores cerebrales deja el campo libre a numerosas interpretaciones fisiológicas a causa de los múltiples factores aislados o asociados que pueden intervenir: sitio del tumor, oscilaciones de presión del líquido céfalo-raquídeo (las más fuertes y bruscas son las más eficaces), edema cerebral, modificaciones circulatorias etc." (André Thomas).

La observación clínica registra casos de hipertermia secundaria a hemorragias primitivas del tercer ventrículo o a la distensión de éste por hidrocefalia interna.

En la encefalitis epidémica, que ataca de una manera electiva los núcleos diencefálicos, puede presentarse:

a) Hipertermia grave primitiva que llega hasta cuarenta grados y se sostiene con leves variaciones durante varios días o semanas; b) brotes febriles distanciados al principio pero que terminan en una hipertermia permanente que se prolonga durante varios meses; c) inversión del tipo térmico, y d) hipotermia ligera permanente. Tales trastornos se deben más, a la localización especial del proceso, que a su naturaleza infecciosa.

La cirugía nerviosa suministra también argumentos decisivos en favor de los centros termo-reguladores meso-diencefálicos.

Marx observó notable elevación de la temperatura en un paciente después de introducción de una sonda nasal en la región tuberiana a través del esfenoides fuertemente alterado.

La hipertermia quirúrgica, "*bestia negra de los cirujanos*", alcanza rápidamente cuarenta grados sin reacción celular obligatoria del líquido céfalo-raquídeo y sin paralelismo constante con la cifra del pulso; se acompaña a menudo de signos graves: mal estado general, hipotensión arterial, estertor; la piel es fría y la discordancia entre la temperatura central y periférica (algidez) es a veces muy precoz; en los casos más agudos el síndrome se complica con hemorragias intestinales o uremia. La necropsia muestra las consecuencias de perturbaciones angioneuróticas generalizadas. Se ha visto la hipertermia, durante las intervenciones y después de ellas, en tumores situados en la vecindad inmediata del tercer ventrículo, accidente comparable a las otras perturbaciones vegetativas que han señalado los cirujanos del sistema nervioso. Sin embargo la mayoría de las veces dicha hipertermia procede, más que de la localización del tumor, de las pérdidas abundantes de líquido céfalo-raquídeo y del desequilibrio consecutivo de la presión intraventricular. Débese ello a las pertur-

baciones vaso-motores e irritación refleja de los plejos coroides de lo que se deriva una dilatación hipertensiva del ventrículo medio con repercusión sobre los centros de la termo-regulación. De allí que el avenamiento sea un excelente recurso preventivo de la hipertermia post-operatoria. Además las punciones ventriculares repetidas ayudan a combatir los trastornos una vez instalados (de Martel).

Coágulos resultantes del acto operatorio o la refrigeración prolongada de los centros a que nos referimos son otros factores de los antedichos accidentes.

Pero la hipertermia no es complicación privativa de la hiperpresión céfalo-raquídea sino también puede resultar por descompresión brusca como en caso de punción lumbar.

Además de esta última pueden elevar la temperatura otras intervenciones como la picadura del cuerpo calloso, la punción ventricular y la encéfalo o ventriculografía.

Vías térmicas

De los centros termo-reguladores del tuber parten haces nerviosos que terminan en los núcleos simpáticos y para-simpáticos de los segmentos subyacentes del tronco cerebral y de la medula espinal. Isenschmid y otros sitúan tales conductores en la parte interna del segmento mediano del cerebro intermediario, en una región bastante amplia, lo que explica por qué en el hombre la regulación calórica es respetada cuando las lesiones destructivas no son demasiado extensas. De los centros bulbares y medulares, que representan la primera estación de las conducciones térmicas parten fibras que van a terminar en las glándulas endocrinas, el hígado, los músculos, el bazo y demás órganos que obran sobre la temperatura bajo el control del sistema nervioso y que actúan a su vez, recíprocamente sobre éste, para mantener el equilibrio de aquélla.

Estas nociones nos explican los trastornos de la temperatura cuando se practican secciones experimentales de la región subtalámica para abajo y la inocuidad sobre este particular de la descebración o transecciones pretuberianas.

Para Nóvoa Santos las vías nerviosas periféricas que intervienen en la regulación química de la temperatura discurren sobre todo por el simpático y por el vago. Como el animal cuya medula se secciona por encima del primer segmento dorsal pierde

la capacidad de normalizar químicamente la temperatura de ahí que se comporte ante las influencias térmicas ambientes como un organismo poiquilotérmico. Se obtiene análogo resultado cuando a un animal con la medula torácica cortada se le seccionan también de ambos lados los últimos nervios cervicales y el primer nervio dorsal; o cuando se extirpan los dos ganglios estrellados; o cuando después de destruir la medula torácica, se seccionan ambos neumogástricos por debajo del diafragma. En cambio, la sección de la medula en la porción torácica paraliza el mecanismo fundamental de la regulación física, lo que depende de la parálisis de los vaso-motores, con lo cual, al dilatarse los vasos cutáneos de una gran superficie del cuerpo, el animal pierde forzosamente más calórico cuando se encuentra en un ambiente frío y esto a pesar de que aumente la producción de calor por activarse los procesos químicos termopoyéticos.

XV.—Sueño y diencéfalo.

Para terminar este estudio veamos lo que dicen Roussy y Gournay a propósito de la función hipócnica y sus perturbaciones en el Tratado de Fisiología Normal y Patológica de Roger y Binet:

“El papel del diencéfalo en la función hipócnica está hoy día demostrado tanto por la clínica y la anatomía patológica como por la experimentación. Fue Mauthner quien llamó por primera vez la atención en 1890, sobre el papel de los centros mesencefálicos en el sueño, observando la asociación frecuente de la narcolepsia con las parálisis oculares. Para este autor *la nona* (que no era otra que la encefalitis epidémica) se acompañaba de lesiones que deberían residir en la sustancia gris central, donde se encontraría un centro regulador del sueño.

Las grandes epidemias modernas de encefalitis letárgica han demostrado lo bien fundado de esta hipótesis, aunque la difusión habitual de las lesiones encontradas en las necropsias restringe el número de casos favorables a este estudio. En una observación reciente Holzer comprobó la existencia de un foco de esclerosis bastante extensa que residía en la región *nigeriana* de una parte, la región gris perisilviana y el vértice del tercer ventrículo por la otra.

Los argumentos aducidos por el estudio de los tumores han sido considerados como favorables a la teoría hipofisiaria del

sueño, pero hoy, con excepción de Salmon, la mayoría de los autores admiten que la hiperhipnosis que acompaña las neoplasias hipofisiarias, resulta de la compresión o de la invasión de la sustancia gris de la base del cerebro.

Más interesantes y demostrativas aún son las observaciones de hemorragias y de reblandecimientos cerebrales con verificación anatómica, referidas por Pette, Lucksch y Adler.

Se podría unirles las de Lhermitte y Jacques Toupet en las cuales la somnolencia consecutiva a la lesión desaparecía o disminuía con ella.

La observación de Pette (1923) se refiere a un alcohólico, que presentó una oftalmoplejía brusca, completa a derecha e incompleta a izquierda, con hiperhipnosis y cuya necropsia reveló un foco de reblandecimiento situado en el pedúnculo cerebral, entre la sustancia negra y el acueducto silviano, sin lesionar el núcleo rojo derecho, mas sí el izquierdo, continuándose en el tálamo de este mismo lado, hasta la línea media.

En el caso de Lucksch un foco embólico de origen endocárdico, que se había manifestado por invencible sueño, destruyó la sustancia gris de la parte posterior del ventrículo medio e interesó igualmente la pared del acueducto silviano en su porción media. Pequeñas prolongaciones se extendían al núcleo interno del tálamo, así como al tubérculo cuadrigémino derecho.

Adler en una observación análoga comprobó un reblandecimiento embólico de la sustancia gris del tercer ventrículo.

En la región muy vecina del casquete peduncular Van Bogaert localizó una lesión determinante de un sueño largo y profundo, asociado a una hemiplejía con parálisis del facial, del patético derechos y mioclonia.

Todos estos hechos de orden anatomo-clínico se confirman en los dominios de la experimentación. Apoyándose sobre la nueva noción de Cloetta y Thomann que atribuyen el sueño a la influencia sobre los centros hipnógenos, del ión calcio en exceso en la sangre, Demole ha proseguido en el gato interesantes investigaciones. Con la ayuda de una solución débil y coloreada de calcio, inyectada por medio de una fina aguja en la sustancia gris de la base del cerebro, obtiene aquel pesquisador un sueño que tiene todos los caracteres del natural, cuya profundidad y duración eran proporcionales a la cantidad de calcio inyectado. Aquel no se obtiene cuando la inyección se hace en cualquier otro punto del cerebro. Si se reemplaza la solución de calcio por

una de potasio, se desencadena al contrario en el animal una agitación manifiesta.

La zona sensible delimitada por los experimentos de Demole comprende el infundíbulo; se extiende desde la lámina terminal y el *recessus* prequiasmático hasta los cuerpos mamilares hacia atrás; lateralmente sus límites, que dibujan la silueta de un corazón de cartas, no desbordan los núcleos laterales del tuber. Hacia arriba Demole piensa que no va más allá de la región subtalámica”.

Si la fisiología comprobare estos estudios, modernos e interesantes que se prosiguen con elevado espíritu de investigación, ellos traerían una demostración auténtica de la existencia, en la sustancia gris del ventrículo medio, de centros rectores de la función hipóptica.

Jesús YEPES CADAVID

BIBLIOGRAFIA

Tratado de anatomía humana.—*Testut*.

Tratado de anatomía.—*H. Rouviere*.

Tratado de fisiología normal y patológica (Publicado bajo la dirección de *Roger y Binet*. Varios tomos).

La Práctica Médico-Quirúrgica.—*Couvelaire, Lemierre, Lenormant* etc. Varios tomos.

Enfermedades del sistema nervioso.—*Van Gehuchten*.

Patología General.—*R. Nóvoa Santos*.

Los síndromos endocrinianos.—*N. Fiessinger*.

Journal de Practiciens.—Nros. 5 y 6 de 1935.

La Presse Medicale.—Nros. 65, 71, 72 y 73 de 1934.

Revista Neurológica.—Varios números.

Variedades médicas

RADIO-DIFUSIONES MEDICAS

"La Voz de Antioquia" — Medellín. — Miércoles de las 18 a las 19.

"La Voz de Colombia" — Bogotá. — Miércoles de las 21 a las 22.

BOLETIN CLINICO se permite insinuar a las Empresas anteriores, así como a las demás Radiodifusoras de la República, que dediquen, por turno, una hora uniforme para tan importante educación higiénica del público.

O V A R I O G E N

enfermedades de la mujer

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

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

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla

Colombia

LA TIROXINA EN MEDICINA INFANTIL

Sin despreciar los extractos de glándula tiroides, empleados hasta hoy por la inmensa mayoría de los médicos, y que sin duda alguna han dado resultados favorables, precisa reconocer, dice J. Comby (Arch. de Méd. des Enfants, noviembre de 1935) que tiene inconvenientes, y que no siempre dan buenos resultados. Entre los inconvenientes, debemos mencionar: la dosificación imperfecta, la posología mal sentada, la intolerancia por exceso, la taquicardia, la excitación cerebral, la ineficacia por defecto, etc.

Se ha procurado, pues, aislar de la glándula tiroides su principio activo.

Este principio activo, denominado tiroxina, ha podido ser obtenido sintéticamente o extractivamente. Parece que en ambos casos el efecto es el mismo. La tiroxina debe ser prescrita por la boca o por vía hipodérmica. Por vía bucal se prescribe un com-

JARABE PARA

NIÑOS DEBILES

Preparado a base de tónicos generales, Acido Láctico y Sales de Cal.

Especialmente indicado en las convalecencias de las enfermedades bronco-pulmonares agudas (Gripas, Bronquitis, Pneumonías, Bronco-Pneumonías, etc.)

Recalcificante.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

primido cada día, que contiene un miligramo de tiroxina. Por vía subcutánea, la dosis será mitad menor, o aun menos, según la edad de los niños. El descubrimiento de la tiroxina marca un progreso notable en opoterapia, debiendo estar agradecidos, dice Comby, a los médicos argentinos que nos han mostrado su valor.

(De la revista "Clinique et Laboratoire" de París).

LA RESPONSABILIDAD DEL MEDICO Y LA DE LOS FUNCIONARIOS

El doctor que se equivoca en una receta, si perjudica a su cliente, es civilmente responsable. Lo mismo sucede con el cirujano que comete un error operatorio.

Mas ¿por qué los funcionarios del Palacio de Justicia y de

LIMO-LAX

**Purgante que se toma
como si fuere una de-
liciosa limonada**

Solución de Citrato
de Magnesia en agua
carbonatada, de ac-
ción purgativa ideal.
No estríñe. Descon-
gestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

la Prefectura de Policía no serian condenados cuando cometieran una falta grave? Su responsabilidad únicamente es teórica.

Un periodista notorio replicaba a los que se quejaban de la inexactitud de sus artículos: si tuviera que documentarme cada vez que escribo, sólo podría publicar dos artículos al año. Es evidente que desde el punto de vista de rendimiento, dicho periodista no podría vivir de su pluma, pero los lectores tienen otro punto de vista que es el de estar bien informados.

Por otra parte, basta con adoptar un buen método de trabajo: recoger hechos y observaciones; catalogar los resultados de sus lecturas en apropiados legajos y, si se tiene paciencia, la cosecha será abundante.

CESARITIS

El Dr. Lacassagne, que fue profesor de medicina legal en

ELECTROGENO

Agua Oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Lyon, había estudiado con el nombre de *Cesaritis* la mentalidad vanidosa de los monarcas. Este mal causa sus estragos también entre los parlamentarios que creen estar por encima de las leyes como si ellas no fuesen hechas por ellos mismos y que después de algunos años de ambiente político adquieren los mismos síntomas. Entre mil, recordemos el hecho de un ministro notorio que, enviado en misión en Indochina, llevó allí a toda su familia a costa del Estado. Otro ministro que hizo un viaje político llevó asimismo a una parienta suya en las mismas condiciones.

Si Lacassagne viviese aún, agregaría un capítulo de actualidad a su *Cesaritis*.—*Dr. Félix Regnault.*

(De la "Revista Mensual de Medicina y de Cirugía" de París).

VITAE MULSION

Alimento-Medicina

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

INDICACIONES:

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

A los señores médicos

Medellín, abril de 1936.

Señor doctor:

Tenemos el mayor interés en que todos los señores médicos del país reciban oportunamente el BOLETIN CLINICO, órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de que somos editores autorizados y que distribuye por todo el mundo nuestra Casa de Medellín.

Pero ocurre con demasiada frecuencia que los señores médicos cambian de domicilio o de residencia y olvidan hacerlo saber a los publicistas y a los laboratorios farmacéuticos con quienes tienen relaciones.

Le rogamos pues encarecidamente darnos su dirección actual lo más completa que sea posible y hacernos saber todo cambio de domicilio permanente o transitorio.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín.

UROSALINA

Sal Hepática efervescente de
solubilidad completa y rápida

FORMULA:

Cada cucharada contiene:

Sulfato de Magnesia	3.750
Fosfato neutro de Soda	1.500
Benzoato de Sodio	0.1875
Carbonato de Litina	0.075
Fosfolactato de Cal	0.0357
Uroformina	0.375
Sal efervescente	8.100

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Muy distinguido señor Doctor:

Gracias a las diversas pruebas a que se somete cada lote de Ampollas, con un costoso y moderno equipo para controles físico-químicos y bacteriológicos, podemos ofrecer a Ud. una seguridad absoluta en el empleo de nuestros medicamentos inyectables.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín-Barranquilla.

CEFALINA

Contra dolores en general

Preparado a base de Acido Acetil-Salicílico y Cafeína de alta pureza.

Cefalina asegura al médico el empleo de una asociación medicamentosa (muy socorrida por lo útil en la terapéutica diaria) en la cual se ha puesto todo el cuidado humanamente posible para proveer una droga que pueda formularse con absoluta confianza, tanto en su calidad como en su dosificación.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

TREPONIOL

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

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

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia