

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Redactores : Drs. ALFONSO CASTRO y T. QUEVEDO ALVAREZ

AÑO XVI }

Medellin, Enero de 1912. }

Nº 3º

CURSO DE QUIMICA ORGANICA Y BIOLOGICA

Conferencia para iniciar el curso de 1912.

DR. EMILIO JARAMILLO.

Señores :

No puedo, ni quiero ocultar la profunda satisfacción que me produce estar ocupando hoy esta cátedra que, debo confesarlo, fué siempre con la de química mineral, mi sueño y mi anhelo más ardiente.

Apasionado por el estudio de la más hermosa de las ciencias, siempre, desde que me sentaba en esos mismos bancos, en donde tuve la inapreciable fortuna de oír á F. Gómez, pensé que debía llegar un día en el que me fuera dado influir, con lo que yo juzga un método muy bueno, en el cerebro, y en el espíritu de mis jóvenes alumnos.

Y como todo llega, como todo se consigue cuando á conseguirlo se dedica la voluntad y la energía de quien no está mal dotado de esas dos palancas formidables, sucedió al fin, después de larga espera, que el año pasado, mi amigo el Sr. Dr. Jiménez, S. de I. P., pidió y obtuvo para mí del Consejo Universitario esta cátedra, al brillo, y al engrandecimiento de la cual he consagrado, hora por hora, todo mi tiempo y todo mi entusiasmo.

No sé cómo se aprecie mi labor, ni estoy bien seguro de si todavía dura la furia estudiantil desencadenada contra mí por los exámenes escritos, y por mi

lucha constante para hacer todos los exámenes verdaderamente tales; el gran maestro de las verdades, el socorrido tiempo, hará ver que el verdadero amigo del estudiante no es el profesor bondadoso que los saca en peso al fin del año por medio de irrisorios simulacros de exámenes, en los cuales es sólo el profesor quien pregunta y quien responde, dejando al estudiante la tarea de cabecear, y terminando esta ridícula maniobra al cabo de quince minutos con el clásico "perfectamente", y el campanillazo de ordenanza.

Yo no vacilé un momento, como Uds. saben muy bien, en arrimar el hombro con toda mi energía á ese armatoste, y si al hundirse—es de esperar que sea para siempre—lastimó á alguien, también es indudable que se puso en claro lo que ha de ser de hoy en adelante un buen alumno, un buen examen, y un buen consejo de examinadores.

Preocupado hondamente por mejorar, en lo posible, la enseñanza de mi cargo, tuve que empezar por fundar, por formar laboratorio, pues no había sino un caos. Sea esta la ocasión de manifestar mi gratitud á D. Tulio Ospina, quien no sólo no me puso obstáculos al principio del año pasado, sino que me facilitó cuanto pedí yo, y pudo él, para mi clase. Cuando entró á la Rectoría D. José María Escovar, tuve en él un auxiliar tan poderoso, que al Sr. Ospina primero, y al actual Rector después, debe la Universidad el tener hoy un Laboratorio lo suficientemente útil para que en él se hagan cursos prácticos y para que de esos bancos salgan estudiantes que *vieron, tocaron é hicieron* todo cuanto estudiaron en el año.

Tengo la pretensión de haberme formado una idea precisa, clara, terminante de lo que hoy se llama un profesor moderno y un buen profesor. Mi deber, como tal, lo veo y lo siento bien delineado en mi espíritu, y sé que no consiste en venir á *tomar* diariamente la lección y á fijar la del día siguiente nada más. En esta conferencia inaugural quiero darles mi programa de enseñanza para que Uds. reclamen, con todo derecho, si de él me aparto. En ciencias naturales la palabrería huera es casi un crimen, y por lo pronto es ridícula, simplemente ridícula. No se ha di-

cho— quizá nunca se diga—la última palabra en ciencias de Laboratorio. Una décima de milímetro de más ó de menos en la columna barométrica, un simple error de técnica, pueden falsear todo un sistema, pueden tiznar de errores formidables las más completas teorías, las más hermosas ideaciones del espíritu. La teoría del *flogístico* que hoy nos causa risa, dominó como dueña y señora absoluta los grandes cerebros de todo un siglo cumplido. Y su sencillez misma apasionó los espíritus hasta el punto de que los primeros ataques que le dió Lavoisier, fueron considerados como verdaderas blasfemias científicas. Y de esos ataques, sin embargo, surgió la química moderna, pues permitieron á Dalton dudar del *flogístico* y crear la teoría atómica sobre las bases maravillosas de las leyes llamadas de Lavoisier. Y hoy mismo, la hermosa teoría atómica tiene por adversarios á Stallo y á Poincaré, en Francia; á Ramsay, en Inglaterra; al sabio jesuíta Marini, en Italia; á Flesens, en Alemania.

Es, pues, indispensable que el Profesor de Química se esfuerce, y tenga como primer objetivo de su cátedra, en sembrar en sus alumnos la duda científica, generadora potente de todo lo que en ciencias naturales se conoce y sabe hoy.

La reglamentación del curso que Uds. ven allí, se dirige más á mí que á Uds. Por ella verán que mi deber me exige hacer mi clase por conferencias, en las cuales he resumido el estudio, hecho en varias fuentes, de cada cuerpo. De tal manera que Uds. tendrán como texto de consulta particular á Armand Gautier que la Facultad adoptó, á petición mía; pero como texto de año, sólo tendrán mis conferencias escritas. Grave inconveniente para esto es la inatención del estudiante antioqueño. Pero como eso puede ser vencido, Uds. están en el deber de hacerlo, recordando que M. Antoine, profesor de noble recuerdo, formó aquí mismo, y por ese sistema, los F. Gómez, Carlos Cook, Alejandro López, José M. Jaramillo Martínez.

He dividido el tiempo de que dispondremos para teoría y para práctica, dando á ésta una preferencia muy grande. Como conozco las necesidades de es-

te curso aplicado á Uds., y como también conozco las del Laboratorio, he hecho en mis conferencias de manera que todo cuerpo estudiado hoy, sea preparado mañana delante de Uds., y al fin del mes, por Uds. mismos. Y por esto, debo advertirles desde hoy, que el examen de fin de año constará de trabajo escrito y de prueba práctica.

Como Uds. ven, en lo dicho se encierra íntegro, mi ideal de enseñanza de este curso. Exige de Uds. y de mí, un trabajo fuerte, paciente, intenso. Mi deber me ordena darles mucho, y la justicia exige, naturalmente, que yo les pida mucho.

Ahora, me permitirán Uds., que para fines elevados haga aquí un recuento de la manera como cumplí mi deber el año pasado.

Advierto, primero, que si yo quedé muy contento de mi clase á fin de año, quedé profundamente disgustado de mí mismo. Y para que tenga explicación lo que voy á decirles, debo agregar que yo no tengo cierto género de modestia, pues no juzgo ni pretencioso ni inmodesto al obrero que por la noche cuenta lo que le produjo el día, cuando aún no ha enjugado el sudor de sus brazos.

Nada tan provechoso como el profesorado. En él aprendí á conocer mi deficiencia y la manera de repararla: si la Universidad conoce sus verdaderos intereses debe tratar primero de formar los profesores. Desgraciadamente esta educación mía pudo perjudicar á mis alumnos pasados, porque yo reconozco con gusto que por los exámenes escritos vi muy claramente que ellos aprendieron, y aprendieron bien, *todo* lo que yo les enseñé. Ese *todo* pudo haber sido mucho más.

Pero es preciso que se tenga en cuenta, para mi descargo, que aquí no había laboratorio; que con mis propias manos tuve que desmontar, y montar de nuevo, uno por uno todos los aparatos, y que, desde rotular con fórmulas una por una todas las substancias, hasta consultar íntegras todas las obras que forman hoy nuestra biblioteca de laboratorio, todo tuve que hacerlo. Agréguese á esto mi inexperiencia y mi ignorancia, y, hay que decirlo también, la cantidad de

tiempo que aquí se pierde por entierros, aniversarios y fiestas, y así se explicarán por qué el curso de Biológica tuvo que limitarse á unas cuantas palabras.

Pero, afortunadamente, el mal no habrá de repetirse. Hoy tienen Uds. un laboratorio en perfecto orden, con completo aseo, debidamente clasificada cada cosa; y si no lujo, por lo menos sí tiene comodidades para trabajar bastante.

Como yo no me plegaría nunca á la farsa consuetudinaria, como mis esfuerzos constantes son para buscarles á Uds. un camino seguro en el aprendizaje de esta bellísima y muy difícil materia, he hecho mi programa de enseñanza, y con él un texto, *mi texto*, porque todo profesor que busque el brillo de su cátedra no puede contentarse con las fronteras del espíritu ajeno.

Por eso destierro de mi clase ese malhadado libro de Bonilla, malo en Mineral y pésimo en Orgánica, siéndole superior, en ella, cualquier catálogo de Droguería. Claro que yo no pretendo crear nada y que al hablar así no es porque me crea autoridad. Pero basta con el deseo intenso de llegar á serlo, y con la seguridad de que se emplea para conseguirlo un estudio incesante.

Por lo demás, Uds. son estudiantes completamente privados de la facultad de atención: este es el resultado de la enseñanza memorista, en la que la personalidad se asfixia pronto. Convencidos estamos todos de que es preciso desarrollar en Uds. la iniciativa para curarlos del mal de la memoria exclusiva. Por eso, mi curso se hará por conferencias, cueste lo que costare.

No creo ser inatacable en el sistema que he formado, y como yo soy tan estudiante como Uds., vería con placer toda discusión que sobre el método que sigo quisieran Uds. promover. Fuera de que la discusión científica es una forma agradable de gimnasia intelectual, y excesivamente útil para el desarrollo de la personalidad, no deben Uds. olvidar ni un momento durante su vida de estudiantes de que aquí se trata del porvenir profesional de Uds., es decir, nada menos que del armamento que se les va á dar pa-

ra la pelea diaria por el pan, y de los elementos que llevarán para ser algo en la vida y en la sociedad.

Yo les reconozco, pues, el sagrado derecho que Uds. tienen para exigir que se les dé modo de ser hombres de ciencia y hombres para la vida, y no charlatanes. Para esto, nada mejor veo yo que inculcarles un desprecio profundo por el mundo de absurdos y peligros que entraña la frase odiosa de "*magister-dixit*". Creo darles un buen consejo diciéndoles que el único dogma científico es el que uno mismo ha probado y comprobado.

Por mi parte, no exijo de Uds. sino el mismo respeto que Uds. tienen derecho á exigir de mí. Ante la mesa de experimentos, ante los hornillos encendidos y las retortas que trepidan, desaparece toda superioridad que no sea la de la observación y de la inteligencia. Porque todos somos iguales cuando nos inclinamos sedientos de verdad ante el misterio; porque al ocultarnos sus secretos formidables, la materia nos nivela á todos, y sólo es grande este anhelo, esta inquietud dolorosa del espíritu que lucha por levantar el velo tras del cual se oculta el resorte soberano.

Yo he suprimido el clásico cajón de madera que levantaba mi asiento media vara por sobre los de Uds., y si alguna vez lo adopto de nuevo, será para que estando más visible, quede yo mejor expuesto á la crítica minuciosa y justa y severa de Uds., que lejos de ofenderme, antes bien me servirá para corregir errores ó para enorgullecirme muy de veras con mis triunfos si llegare el caso.

Porque yo quiero estudiantes con criterio propio, alumnos capaces de revolucionarse corriendo en pos de ideas nuevas; quiero para la honra de mi clase y de mi cátedra hombres con personalidades definidas, con espíritus firmes, con cerebros siempre armados contra la mentira, pues los triunfos que Uds. obtengan en el dominio de la hermosa ciencia que estudio para enseñar, serán, por más que obtenidos sobre mí, los triunfos de mi clase y los mejores certificados de mi método.

Porque el único premio que me sería grato, y que estimaría como muy glorioso, es que, andando el tiem-

po, Uds. digan de la clase de Química Orgánica "allí fué donde se nos enseñó á pensar".

Queda, pues, inaugurado el curso de Química Orgánica para el año de 1912.

LA LEY DE ACCION DE LA QUININA SOBRE LAS FIEBRES INTERMITENTES

POR EL DR. E. LEGRAIN (ALGER)

El médico que hace algo más que distribuir automática y sistemáticamente la quinina en los países cálidos, el médico que estudia, no tarda en notar que entre el caos de las fiebres llamadas palúdicas de la doctrina clásica (fiebres continuas, f-remitentes, f-biliosas, f-intermitentes, caquexias etc), hay enfermedades en absoluto diferentes, sin ningún parentesco. Si se reanuda el estudio clínico de las *fiebres intermitentes*, se ve que estas fiebres han sido completamente desfiguradas en los tratados clásicos. Estas fiebres no son peligrosas; nunca matan por accesos de los llamados perniciosos; no ocasionan jamás la caquexia, ni dejan nunca como consecuencia enfermedades del hígado, etc; en resumen, son por completo inocentes de los perjuicios que la medicina colonial ha puesto recientemente en su activo. Esas fiebres intermitentes, sometidas á la acción de la quinina, presentan una reacción absolutamente especial:

Cuando se da una dosis de quinina al comienzo ó durante el curso de un acceso de fiebre intermitente, éste no es influenciado, cualquiera que sea la dosis.

Cuando, al comienzo de un acceso de fiebre intermitente, se da una dosis conveniente de quinina, se produce, después de este acceso, una apirexia mínima de cinco días y á menudo superior. *Se corta, pues, una fiebre intermitente el día que uno quiera con una sola dosis de quinina suficiente y convenientemente dada.* (Ley de Treille) Esta dosis de quinina es á lo sumo de 2 gramos para la fiebre terciana. En la cuartana puede reducirse la dosis á $\frac{1}{4}$ y aun á $\frac{1}{8}$. Estas dosis son suficientes, y no son siempre necesarias.

Mientras más vieja es una fiebre intermitente, es mucho más frágil, más fácilmente se corta, y menos quinina se necesita para esto.

Las observaciones adjuntas (el original trae las curvas térmicas), muestran la exactitud de esas proposiciones.

1.º *Fiebre cuartana. Efectos comparados de la quinina administrada al comienzo y al medio del acceso.*

Fiebre cuartana de más de ocho meses. Una dosis de gr. 0,25 de biclorhidrato de quinina, inyectada al comienzo del acceso del 16 de Abril [1899] no influye en nada; pero da, después de este acceso, una apirexia de cinco días (quinina bien dada). La misma dosis administrada el 26 de Abril, tres horas después del principio del escalofrío, no tiene acción ninguna sobre el acceso atacado, ni sobre los accesos siguientes (quinina mal dada).

2.º *Fiebre cuartana. Una sola dosis de 0,gr. 25 de quinina da una apirexia definitiva.*

Fiebre cuartana de cerca de seis meses. El 22 de Enero [1899] se da una dosis de 0,gr. 25 de quinina que no influye en el acceso de este día, pero que determina después de él una apirexia definitiva.

3.º *Fiebre terciana. Insuficiencia de 0,gr. 50 de quinina. Dos gramos constituyen una dosis suficiente.*

Fiebre terciana desde el 15 de Septiembre [1897]. Al comienzo del tercer acceso, dos gramos de biclorhidrato de quinina en inyección, producen, después de este acceso, una apirexia completa de siete días. Esbozo de recaída el 27 de Septiembre; una dosis de 0,gr. 50 inyectada al comienzo del acceso del 29 [dosis insuficiente], no impide la vuelta de la fiebre el 1º de Octubre. Dos gramos de quinina, inyectados al principio del acceso del 1º de Octubre, dan, después de este acceso, una apirexia definitiva (dosis suficiente).

5.º *Fiebre terciana. Una dosis de dos gramos de quinina da 25 días de apirexia.*

Al comienzo de un acceso de fiebre terciana, dos gramos de quinina permanecen sin influencia sobre

este acceso: pero dan en seguida una apirexia de 25 días.

El método de Treille da resultados matemáticos.

En vez de hablar de paludismo en que hay mucho por hacer, en que tan pronto la quinina obra como no obra, los médicos deben primeramente estudiar las fiebres que tienen que tratar. Ellos las clasificarán en seguida en dos grupos:

1er. grupo: *las fiebres intermitentes, cuartanas, tercianas, dobles tercianas etc.*

2o. grupo: *las otras pirexias, cuyo diagnóstico conviene hacer en seguida.*

En las fiebres del primer grupo, *se corta la fiebre el día que se quiere*, con una dosis conveniente de quinina al comienzo del acceso; esta dosis de quinina, cualquiera que sea, *no obra sobre el acceso atacado*; pero da siempre, después de él una apirexia de por lo menos cinco días, y á menudo mucho más larga [7, 11, 14, 15, 20, 60, 365 días], en el curso de la cual es absolutamente inútil prodigar la quinina, pues ella no impide las recaídas. En la recaída se reanuda el tratamiento. *Es el tratamiento ocasional*, tratamiento ideal que da, con el mínimum de intoxicación quínica, el máximum de apirexia. Se corta la fiebre cuando vuelve, con toda seguridad.

En el curso de las recaídas de una fiebre terciana ó doble terciana, el enfermo habrá de ese modo tomado, al máximum, cinco á seis dosis de quinina en total. En el curso de las recaídas de una fiebre cuartana, el enfermo habrá asimismo tomado, á lo más, diez dosis de quinina representando *en su totalidad tres á cuatro gramos á lo más.*

Únicamente las fiebres del primer grupo, las fiebres intermitentes, que tienen una etiología absolutamente especial, son las que necesitan quinina.

* * *

En el segundo grupo de fiebres, la quinina, contrariamente al efecto que produce en las intermitentes, *baja al instante la temperatura, á semejanza de*

todo antitérmico; pero la fiebre sube prontamente después de esa baja, baja artificial, muy pasajera y sin utilidad para el enfermo, cuya curva térmica no es influenciada.

Las pirexias distintas á las intermitentes no necesitan quinina, cuyo efecto es desastroso en el riñón, hígado y glóbulos sanguíneos del enfermo.

Esas fiebres que componen el gran grupo de las remitentes, continuas biliosas de los países cálidos, son en su mayor parte de origen gastro intestinal, adquiriéndose durante todo el año, y no tienen ningún lazo etiológico con las fiebres intermitentes.

El práctico que, antes de la administración de una dosis de quinina, es incapaz de predecir de antemano el efecto que debe producir, es indigno del nombre de médico.

Es un empírico peligroso que da sus dosis de quinina á la ventura, para una enfermedad cuyo diagnóstico no conoce. Con ese tiro de metralla, cuya intensidad enmascara la imprecisión, solamente es tocado el enfermo.

(Traducido de *Afrique Médicale* para la *Revista Médica Dominicana*).

1911

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, EN MEDELLIN

ESTADISTICA

del servicio quirúrgico del Profesor Dr. Montoya y Flórez.

ABRIL

NOMBRES	EDAD	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO
Maria de J. M.	25 años	Yarumal	Soltera	Menaje	Anexitis doble crónica, pelviperitonitis	Histerectomía vaginal.	Curación.
Maria R.	35	Estrella	—	Lavandera.	Estrechez pilórica.	Gastro-enterostomía post.	..
Evangelina C.	45	S. Cristóbal	Casada	Menaje	Prolapso genital inveterado.	Histero-colpo-perineorrafia.	..
Eliseo C.	30	Belén	—	Labrador	Hernia inguinal estrangulada.	Herniotomía	..
Casiano M.	18	Guarne	Soltero	—	Apandicitis y perforación intestinal.	Apandicectomía.	Muerto al 6.º día.
Luciano C.	25	Nutivara	—	—	Buhozo región parietal izquierda.	Craniectomía.	Mejoría.
Jesús M. J.	20	S. Domingo	—	—	Osteo-periostitis tibial.	Resección parcial.	Curación.
Gonzalo G.	53	Frontino	Casado	Negociente.	Fistulas perineo-escrotales.	Resección y uretrotomía externa.	Mejoría.
Mariana O.	70	San Pedro	Soltera	Cocinera.	Quiste dermoide sacro-cocciglo.	Extirpación.	Curación.
S. Becerra	55	Antioquia	—	Servienta.	Hernia del cuello.	Inclusión.	..
Gregorio B.	32	Copacabana	Casado	Labrador	Traumatismo del ojo izquierdo.	Enucleación.	..
Maria A. L.	39	Yarumal	Soltera	Menaje	Pelviperitonitis supurada.	Laparotomía y avasamiento.	Mejoría.
Eulalia R.	30	Belén	Viuda	Tejedora	Cáncer enorme del útero.	Histerectomía abdominal total.	Curación.
Joaquín G.	26	Armenia	Casado	Policia	Cáncer del esternón.	Raspado del hueso.	Mejoría.
Mercedes G.	24	Medellin	—	Cocinera	Folippos nasales.	Extirpación.	Curación.

NOMBRES	EDAD	PROCEDEN- CIA	ESTADO CI- VIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTA- DO
Rodolfo H.	45 años	Jericó	Viuda	Panadera	Cataratas duras	Extracción	Curación
Talesforo M.	60	Marinilla	—	Labrador	— seúles	—	..
MAYO							
Sara J.	37 años	Medellín	Soltera	Cocinera	Anexitis doble crónica	Histerectomía vaginal	Curación
Isidro O.	45	Amali	Casado	Labrador	Estrichez pléica	Gastro-enterostomía post.	..
Jesus Emilio V.	20	Jardin	Soltero	Carpintero	Labio leporino complicado	Crano-estadiorralla	Regular
Alejandro Z.	60	Yarumal	Casado	—	Catarata semi	Extracción	Curación
Luis Felipe S.	22	Retiro	Soltero	Comerciante	Hernia inguinal	Curación radical	..
* Pascasio P.	60	Frontino	Casado	Labrador	Calculo vesical	Talla hipogástrica	..
* Mercedes E.	50	Titiribi	—	Menaje	Prurajo genital inveterado	Histero-colporrafia	..
* Antonio M. B.	20	G. Plata	Soltero	Jornalero	Espionomegalia palúdica	Espionectomía	..
Guillermo G.	16	Medellín	—	Escolar	Bolsa grasosa de un pie	Exstirpación	..
* María S. L.	30	Yarumal	Soltera	Menaje	Anexitis doble crónica 2ª in- tervención	Histero-colporrafia	..
* Agripina C.	43	Retiro	Casada	—	Prolapso genital	Histerectomía vaginal	..
* María Inocencia C.	38	Medellín	Soltera	Cocinera	Pólipo uterino	Ablación y raspado	..
* Luisa P.	45	Sopetrán	—	Jornalero	Ketropión cicatricial	Autoplastia por desluzamiento	..
* Natalia M.	43	América	—	Menaje	Fibroma uterino vol.	Histerectomía abdominal sub- total	Muerto al 3º día
* Arquimedes B.	23	Tolima	—	Jornalero	Llaga de una pierna	Raspado	Curación
* Valero A. Z.	18	Sta. Rosa	—	—	Flegmón de un muslo	Incisión amplia	..
* Purificación R.	70	Fredonia	Viuda	Monje	Cáncer del maxilar superior	Resección	..
* María Francisca R.	33	Medellín	Soltera	Cigarrera	Anexitis doble y fibromas	Histerectomía vaginal	..

JUNIO

NOMBRES	EDAD	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO
José M. B.	38 años	Itagüí.	Casado.	Labrador.	Glancoma doble crónico.	Esclerotomía.	Mejoría.
* Soledad T.	40 ..	Medellín.	—	Menaje ..	Cáncer del cuello uterino y doble anexitis.	Histerectomía vaginal.	Curación.
Rafael V.	24 ..	Sta. Rosa.	Soltero.	Minero ..	Leucoma doble.	Pupila artificial.	Mejoría.
* María de los Santos M.	34 ..	Fredonia.	Casada.	Menaje ..	Anexitis doble crónica.	Histerectomía abdominal sub-total.	Curación.
* Domitila R.	30 ..	Concepción.	—	Cocinera ..	Pelvipertitonitis supurada.	Histerectomía abdominal sub-total.	Id. operatoria.
* Emilia S.	18 ..	Girardota.	Soltera.	Menaje ..	Absceso de la pared abdominal.	Amplia incisión ..	Curación.
* Apolinar F.	35 ..	S. Jerónimo	—	Jornalero.	Gangrena de un dedo.	Amputación.	..
* Mercedes B.	60 ..	Caldas	—	Menaje ..	Adherencias peritoneales.	Laparotomía.	..
Juan Climaco E.	11 ..	Poblado.	Niño.	Escolar ..	Adeno-sarcoma inguinal.	Exstirpación.	..
* Ana Rosa A.	28 ..	Guinea	Casada.	Cocinera ..	Prolapso genital y anexitis doble.	Histero-colporrafía.	..
Enlógia O.	64 ..	Envigado.	Soltera.	—	Catarata senil.	Extracción.	..
José M. R.	60 ..	Medellín	Casado.	Jornalero ..	—	—	..
Rafael V.	24 ..	Sta. Rosa.	Soltero.	Minero ..	Leucoma doble.	Pupila artificial [2ª operación en el otro ojo].	Mejoría.
* Justino M.	19 ..	Estrélla.	—	Jornalero.	Absceso apendicular.	Incisión y avivamiento.	Curación.
* Dolores B.	34 ..	Guasca.	Casada.	Cocinera ..	Prolapso genital inveterado.	Histero-colporrafía.	..
* Ursula G.	30 ..	Sopetrán.	Viuda.	—	—	—	..
* S. L. de Z.	23 ..	Remedios	Casada.	Menaje ..	Endometritis crónica.	Raspado uterino.	..
* R. L.	18 ..	—	Soltera.	—	Fistula recto-vaginal.	Sutura en jareta.	..
* María C.	40 ..	Uruao.	Casada.	—	Prolapso genital y tumor de un ovario ..	Histero-colporrafía. | Operada por J. Saldarriaga.	Nulo.
María Dolores B.	40 ..	Rionegro.	Soltera.	—	Catarata secundaria.	Disceisión. [Dr. Agapito U.]	Muerte á los 3 días Curación.

NOMBRES	EDAD	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO
* María R.	25 años	Estrella	Soltera	Lavandera	Adherencias peritoneales	Laparotomía	Curación
* Camilo A.	14	Ahuri	Niño	Escobar	<i>Grua vulgus</i>	Oscotomía lineal	..
* Gonzalo G.	53	Frontino	Casado	Negociante	Fisculas perineo-esfrotales [25 intervención]	Extracción	..
* Ramón C.	12	Guaca	Niño	Jornalero	Osteo-mielitis peroneal	Extracción de un secuestro	..

JULIO

* Pantaleón E.	35 años	Bello	Casado	Labrador	Ganglios tuberculosos del cuello	Extrípidos	Curación
* Abraham G.	18	Yarumal	Soltero	—	Estenosis cicatricial de la urviz.	Incisión	..
* Martiniano M.	30	Poblado	Casado	Arriero	Traumatismo del frontal	Craniectomía	..
* Simforofo S.	33	Rionegro	—	Carpintero	Gangrión de un dedo del pie	Extracción y uretrotomía externa	..
* Mariano O.	60	Copacabana	—	Institutor	Fisculas perineo-esfrotales	—	..
* Pedro V.	25	—	Soltero	Labrador	Flegmón de un muslo	Incisión y aviamiento	..
* María Esperanza M.	65	Belén	Viuda	Tejadora	Anexita doble crónica	Histerectomía vaginal	..
* Eliseo T.	45	Guaca	Soltero	Minero	Estrecheces uretrales	Uretrotomía interna	..
* Jesús M. Z.	50	—	Casado	Labrado	—	—	..
* Emilia G.	40	Angostura	Soltera	Monaje	Fibroma uterino	Histerectomía abdominal total	..
* José V.	5	Medellín	Niño	—	Secuestro del maxilar inferior	Extracción	..
* Jesús H.	79	Marinilla	Casado	Escultor	Catarata senil	[Dr. Agapito U.]	..
* Marcelino V.	76	Sia. Rosa	Soltero	Minero	—	—	..
* B. Ch.	21	Riosucio	—	Estudiante	Apodictitis crónica	Apodictectomía	..
* Ana Rosa B.	26	Guaca	Casada	Monaje	Anexitis doble crónica	Histerectomía vaginal	..
* María T. Q.	45	—	—	—	—	Murió el séptimo día de disenteria	Curación operatoria
* Leonor B.	34	—	—	—	—	—	Curación
* Clemente C.	51	Concordia	—	Artesano	Estrecheces uretrales	Histerectomía vaginal	..
* Pablo E.	45	Bello	—	Arriero	Fisculas perineales	Uretrotomía interna — externa	..

NOMBRES	EDAD	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO
* Ursula M.	45 años.	Campamento.	Viuda.	Menaje.	Fibroma uterino.	Histerectomía vaginal.	Curación.
José M. B.	70 ..	Belén.	..	Hornero.	Abceso perimetritico.	Incisión y avenamiento.	..
Miguel M.	48 ..	Peñol.	Soltero.	Minero.	Cáncer de senil.	Extracción.	..
Maria del Carmen K.	67 ..	Yarumal.	..	Institución.	..	..	..
Maria Antonia P.	60 ..	Sa. Rosa.	..	Menaje.	capular.	Discción de la capsula.	..
Eulogia O.	65 ..	Enviado.	..	M. P.	secundaria.	Extracción [Dr. Agapito U.].	..
* Rainunda P.	69 ..	S. Pedro.	..	Labandera.	Tumores malignos de ambos ovarios.	Histerectomía abdominal total.	Mejoría.

AGOSTO

* Angel M ^a V.	37 años.	S. Cristóbal.	Casado.	Jornalero.	Llagra crónica de un pie.	Amputación de dos dedos.	Curación.
Antonio J. P.	14 ..	S. Vicente.	Soltero.	..	Epulis.	Extracción.	..
Onofre J.	23 ..	Miranda.	..	..	Balazo en el parietal izquierdo.	Craniectomía amplia y extracción del proyectil.	..
Juana C.	70 ..	Retiro.	Casada.	Cocinera.	Epulis.	Ablación.	..
Isabel A.	25 ..	Yarumal.	Soltera.	M. P.	Balazo en el parietal izquierdo.	Craniectomía y extracción del proyectil.	..
Arturo N.	2 ..	Medellin.	Niño.	..	Fístula de la mastoides.	Raspado petro-mastoideo.	..
* Medardo A. G.	45 ..	Copacabana.	Casado.	Labrador.	Cálculos vesicales.	Talla hipogástrica.	..
Maria O.	50 ..	Medellin.	..	Menaje.	Erolapso genital inveterado.	Histo-colporrafia.	..
Joaquín C.	50 ..	Retiro.	..	Albanil.	Estrechez uretral.	Ureotomía interna.	..
Ismael H.	42 ..	Medellin.	..	Sastre.	Hipertrofia prostática.	Prostatectomía transvesical.	Muerte al 5.º día.
Juan Cancio C.	70 ..	Estrella.	..	Cantero.	Doble salpingitis crónica.	Histerectomía vaginal.	Curación.
Feastora G.	30 ..	Medellin.	..	Menaje.	Cataratas duras.	Extracción.	..
Elexar J.	45 ..	Sa. Rosa.	..	Labrador.	..	..	..
Miguel M.	43 ..	Peñol.	Soltero.	Minero.	.. [operado del otro ojo]	..	..
Maria Antonia P.	60 ..	Sa. Rosa.	..	Menaje.	Cataratas duras [operado del otro ojo]	..	..

NOMBRES	EDAD	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO
* Saturnino P.	60 años.	Medellín.	Casado.	Jornalero.	Fístulas perineales.	Extrirpación, uretrotomía externa.	Curación.
María L. P.	11	Guarne	Casada.	..	Osteomielitis tibial.	Resección parcial.	..
María del Carmen C.	30	Peñol	Casada.	Menaje.	Doble aneurixis crónica.	Histerectomía vaginal.	..
Delfina A.	50	Estrella	..	..	Quiste del muslo izquierdo.	Ablación.	..
Carmen R. C.	44	Yarumal.	..	..	Fibroma uterino ó hidrosalpingitis.	Histerectomía abdominal subtotal.	Muerte por dilatación gástrica.
* Ramón A. O.	15	S. Cristóbal	..	Labrador.	Pólipos nasales.	Ablación.	Curación.
* Francisco C.	50	Medellín.	Casado.	..	Gangrena traumática de una pierna.	Amputación.	..
* Pedro P. R.	25	..	Soltero.	Jornalero.	Liaga crónica de una pierna.	Raspado.	..
* Indalecio A.	43	Rionegro.	Casado.	..	Cataratas glaucosomas.	Extracción (Dr. Agapito U.).	..
Ana M.	50	Yarumal.	Soltera.	Menaje.	Osteo-periostitis tibial.	Resección parcial.	..
* Tobias B.	22	Mariquita.	..	Labrador.	Panoptalmia.	Extracción de un ojo.	..
Abelardo O.	23	Medellín.	..	..	Catarata traumática.	Extracción (Dr. Agapito U.).	..
Gilberto A. V.	17	Jerico.	..	Sastre.	..	..	..
Eleazar J.	45	Sta. Rosa.	Casado.	Labrador.	..	..	..
Rosa T. G. de B.	25	Medellín.	..	Menaje.	Metroneurixis doble crónica.	Histerectomía vaginal.	..
* Carmen E. M.	26	..	..	Aplanchadora.	Defantiasis del clitoris y vulvas.	Extrirpación.	..
* Pedro P. M.	23	Retiro.	Soltero.	Zapatero.	Adenitis inguinal crónica.	.. y raspado.	..

SEPTIEMBRE

León S.	64 años	Rionegro.	Vindo.	Negociante.	Catarata senil.	Extracción (Dr. Agapito U.).	Curación.
* Rosenda G.	23	Medellín.	Casada.	Menaje.	Metritis fungosa.	Raspado uterino.	..

NOMBRES	EDAD	PROCEDEN- CIA	ESTADO CI- VIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTA- DO
María de los Angeles P.	66 años.	Yarumal.	Casada.	Menaje.	Fibroma uterino.	Histerectomía abdominal sub- total.	Curación.
Natalia O.	60	Tiñiribí.	Soltero.	Jornalero.	Prolapso genital inveterado.	Histero-colporrafía.	..
* Martín P.	22	Belén.	Niña.	..	Fimosis.	Circuncisión.	..
María Luisa N.	4	Girardota.	Casada.	Menaje.	Sarcoma orbicular.	Ablación.	..
Biolhina C.	27	America.	Soltero.	Militar.	Metritis periperal.	Raspado uterino.	..
N. N.	19	Yarumal.	..	Menaje.	Apendicitis.	Apendicectomía por el Dr. Gil.	Muerte.
Ana M. M.	90	S. Cristóbal	Casada.	..	Catarata senil.	Extracción [Dr. Agapito U.]	Curación.
Magdalena A.	42	Medellín.	..	Albañil	Lipoma de la espalda.	Ablación.	..
Juan E. T.	27	Caramanta.	..	Costurera.	Necrosis de una falange.	Amputación del dedo.	..
Ana J. G.	42	Fredonia.	..	Jornalero.	Fibroma uterino.	Histerectomía abdominal total.	..
* Nacienceno G.	45	Medellín.	Viuado.	Negociante.	Abceso apendicular.	Incidión y avasamiento.	..
M. A. R.	60	Retiro.	Casada.	Menaje.	Gangrena de una pierna.	Amputación. Dr. Maldonado.	..
Gregoria M.	32	..	..	..	Adenosarcoma del ovario iz- quierdo y degeneración del a- péndice.	..	..
Julio M. A.	33	America.	..	Labrador	Cálculo vesical.	Ovariotomía y apendicectomía.	..
María J. M.	40	..	..	Menaje.	Prolapso genital crónico.	Litotricia.	..
Gertrudis A.	25	..	..	Servienta.	Anexitis doble crónica.	Histero-colporrafía.	..
María L. R.	18	Estrella.	Soltera.	..	Necrosis de una falange.	Histerectomía vaginal.	..
Lázaro M.	25	Yarumal.	..	Matarife.	Pneumotorax crónico.	Resección.	..
Raquel G.	18	Medellín.	..	Menaje.	Apendicitis.	Toracotomía.	Mejoría.
						Apendicectomía.	Curación.

OCTUBRE

Valentina S.	27 años	Stª Bárbara	Casada.	Menaje.	Esplenomegalia palúdica.	Esplenectomía.	Curación.
María Dolores B.	50	Rionegro.	Soltera.	..	Catarata del otro ojo.	Extracción [Dr. Agapito U.]	..
Juan C. M.	60	Medellín.	Casado.	Artesano.	Oclusión intestinal.	Laparotomía por el Dr. Castro.	Muerte.
María J.	30	Peñol.	Soltera.	Servienta.	Enorme fístula vesico-vaginal.	Sutura en jareca.	Nulo.
Emilio A. S.	30	Barricá.	Casado.	Jornalero.	Fractura del cráneo.	Incidión.	Curación.
Emilio V.	31	Sonsón.	Soltero.	Sastre.	Apendicitis crónica.	Apendicectomía.	..
José María A.	30	Stª Bárbara	..	Jornalero.	Cáncer pilórico extenso.	Gastroenterostomía.	Curación.

NOMBRES	EDAD	PROCEDEDE- CIA	ESTADO CI- VIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTA- DO
José María U.	26 años.	Medellín.	Soltero.	Empleado.	Fistulas escrotales.	Extirpación y uretrotomía ex- terna.	operato- ria.
Paulina A.	83	América.	Viuda.	Cocinera.	Sarcoma de una mejilla.	Ablación	Curación.
Matías J.	56	Peñol.	Casado.	Jornalero.	Catarata dura.	Extracción [Dr. Agapito U.]	..
María Dolores B.	50	Rionegro.	Soltera.	Menaje	— secundario.	—	..
María Josefa V. de S.	30	Urrao.	Casada.	Costurera.	Fibroma uterino.	Histerectomía abdominal sub- total.	..
Cayo Julio César R.	28	Girardota.	—	Jornalero.	Tramatismo de una mano.	—	..
María Petrona Q.	45	Buriticá.	—	Menaje.	Cataratas duras.	Amputación de tres falanges.	..
Matías J.	56	Peñol.	—	Jornalero	— blanda (del otro ojo).	Extracción [Dr. Agapito U.]	..
María de la Paz L.	22	Girardota.	—	Menaje	Artritis supurada de una rodilla.	—	..
Angel María L.	60	Urrao.	—	Labrador.	Pólipos naso-faríngeos.	Artrotomía y avasamiento.	..
NOVIEMBRE							
* Isidora Becerra.	30 años	Antioquia.	Soltera.	Negociante.	Pio-salpingitis doble.	Histerectomía vaginal.	Curación.
María Jesús G.	40	Sta. Rosa.	Casada.	Minera.	Fibroma uterino.	— abdominal sub- total	..
Carlos S.	30	Medellín.	—	Jornalero	Fractura del cráneo con hundi- miento.	Craniectomía.	..
Victor M ^a V.	26	Poblado	Soltero.	Militar	Balazo en el pecho.	Extracción del proyectil.	..
Teresa E.	18	Rionegro.	—	Servienta.	Pólipo uretral.	Extracción.	..
Isabel A.	46	Medellín.	Viuda.	Menaje.	—	—	..
Mercedes D.	30	Copacabana	Casada.	Menaje.	<i>Moluscum pedunculatum.</i>	Ablación.	..
Ernesto R.	10	Guarne.	Niño.	Jornalero	Estaca en el hueso popliteo.	Extracción	..
Luis E. Rios	22	Medellín.	Soltero.	Militar.	Fimosis chancrosa.	Operada	..
María Luisa H.	26	Urrao	Casada.	Menaje	Bocio parenquimoso.	Extirpado.	..
Pedro O.	58	Frontino.	—	Hacendado.	Hidrocele crónica.	Ablación de la vaginal.	..
María Rosario O.	59	Medellín.	—	Menaje.	—	Extirpado por el Dr. Castro	..

NOMBRES	EDAD	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO
* Pedro Luis P..... María Jesús Z.....	20 años. 38 ..	Carolina..... Titiribi.....	Soltero..... Viada.....	Sirviente... —	Llagas en las piernas..... Anexitis y pelvipertonitis.....	Respado por el Dr. Gil..... Histerectomía vaginal por los Dres. Gil y Castro.....	Curación. Curación operatoria.
DICIEMBRE							
José A. V..... María P. Q..... Octavio B.....	18 años 45 .. 10 ..	Guarme..... Barricá..... Bello.....	Soltero..... Casada..... Soltero.....	Sirviente .. Monaje..... Jornalero..	Fractura del maxilar inferior... Catarata dura..... Sección del tendón de Aquiles..	Sutura por el Dr. Gil..... Operada por el Dr. Uribe Cálal. Tenorría por los Dres. Quevedo y Castro.....	Curación.
María de los Angeles A... W. V..... N. N.....	46 .. 16 .. 22 ..	— Jericó..... Medellín..	Casada..... Soltero... Religioso..	Monaje..... Estudiante.	<i>Moluscum pendulum</i> Anquilosis del codo..... Quiste hemático de una rodilla.	Exhirpado por el Dr. Quevedo.. Resección..... Incisión y avенamiento por el Dr. Gil.....	.. .. ..

NOTA

Los asteriscos indican que la operación se hizo con raquí-anestesia estováinica, según el procedimiento de Jonnesco.

HERIDAS

penetrantes en la cavidad torácica

DR. ALFONSO ALVIAR.

Hace tres años he estado observando con algún cuidado en el "Journal des Praticiens" una interesante discusión sobre este importante punto de la patología externa, y encuentro que los señores académicos franceses concluyen formando dos bandos diametralmente opuestos, exponentes de dos conceptos contrarios y absolutos; pero como todo concepto es relativo y más particularmente en asuntos medico-quirúrgicos, por el estudio de esa cuestión con sus detalles y estadística, más los tres casos que en seguida expondré, han llevado mi criterio á fijarse en el medio de las dos opiniones extremas concretadas en estas fórmulas:

1.^a Toda herida pleural con hemotórax abundante debe drenarse;

2.^a Toda herida pleural con hemotórax abundante debe suturarse observando una estricta asepsia y en expectativa armada para conjurar los accidentes consiguientes posibles.

Yo sintetizo así mi opinión: En las heridas penetrantes del tórax, como sucede generalmente en medicina, el papel del cirujano debe arreglarse á las circunstancias especiales. Hay, pues, heridos que deben ser operados inmediatamente, heridos que deberán ser operados mediatamente y heridos que no se deben operar, porque se curan *per primam*, y sin accidentes posteriores del sistema respiratorio.

Observaciones

1.^a C. O., de veinte años próximamente, recibe una puñalada en la región dorsal izquierda, abajo de la extremidad inferior del omoplato. Hay dispnea, tos, dolor punzativo; pero no hay dato semiológico que indique con absoluta claridad la herida de la pleura. Hago la sutura de las partes externas con buenas precauciones. El enfermo mejora sensiblemente de sus primeros fenómenos, la herida entra en cicatrización franca, le hago curación cada tercer día á fin de vigilar escrupulosamente lo que pueda sobrevenir. A los ocho días de haber sido herido, le hago una curación y le recomiendo mucho el reposo. El noveno día, me llaman de urgencia á su casa y en ella me impongo de que un amigo suyo, *carnicero*, le ha quitado el vendaje para ver la herida. Esta está cicatrizada, pero

en estado flegmático. Dispnea, fiebre 39° precedida de un fuerte calofrío, macicez, pérdida de las vibraciones vocales, voz de polichinela, fenómenos asfíxicos. En una palabra, un gran derrame pleurético. La noche ha sido mala.

El 10.º día me úno al Sr. Dr. D. Ramón Arango: coincidimos en el diagnóstico: Derrame pleurético infeccioso. Hacemos una toracentesis y retiramos 1,000 c. c. de líquido sero-sanguinolento, espeso.

Continúan acentuándose los fenómenos asfíxicos y febriles con grandes sudores nocturnos y descendimiento térmico consecutivo. La temperatura oscila entre 39° 5 y 38° 5. La punta del corazón está rechazada hacia la derecha; hay síncope inquietantes.

El día 14 procedo solo á otra toracentesis. A tres traveses de dedo encima de la cicatriz está la línea superior de la macicez. Hay fuerte sonido skódico. Retiro 1,000 c. c. de un líquido semejante al primero aunque un poco más obscuro. Remito, en un tubo esterilizado, á mi distinguido amigo el Sr. Dr. Tomás Quevedo Alvarez una cantidad del líquido para que lo examine al microscopio y él me contesta una carta por cuyo contenido veo, según él me lo indica, que el líquido tiende á supurarse y que debo hacer inmediatamente la pleurotomía. El día 16, después de una noche desesperada, hago en compañía de mi hermano Ernesto una amplia pleurotomía con drenaje en el costado izquierdo. Después de un mes de lavados pleurales el enfermo cura. El líquido que al principio fué sanguinolento se transformó en pus, primero espesa y después fluida, muy abundante, y fué aminorándose paulatinamente hasta la curación completa.

Hace un mes examiné al enfermo y no le encontré nada de anormal.

2.ª C. G., de Pácora; 35 años. Recibe una herida en la región dorsal derecha y en el punto correspondiente á la herida del anterior.

No lo ví hasta el día siguiente. Previamente desinfectado, hago una exploración con el índice y encuentro que éste penetra á la pleura por entre dos costillas, tengo la sensación de coágulos retenidos en la cavidad. El estado del enfermo es de adinamia completa, enfriamiento de las extremidades, dispnea &c.

Creo prudente drenar la pleura: como la herida es oblicua hacia abajo, las partes blandas obturan de manera que el neumotórax que existe no es muy considerable. Un poco abajo y hacia la derecha, abro la pleura, buscando el declive, y coloco un dren que deja salir al princi.

pio pequeños coágulos y suero sanguinolento y, al fin se transforma en pus franca. Continúo las curaciones y los lavados diarios. No hay movimiento febril durante todo el tratamiento, excepto el primer día que el termómetro da 38°. La curación se efectúa normalmente.

3.ª J. M. O., de Pácora; 39 años, recibe una puñalada en la región precordial á dos traveses de dedo encima y hacia la derecha del mamelón.

Yo lo encuentro en estado sincopal, no hay pulso sensible, no hay gran hemorragia externa. Enfriamiento general, palidez extrema. Creo el caso perdido. El corazón bate con una gran debilidad y los latidos casi no se perciben. No ha sido herido.

Inyecciones de éter y suero fisiológico le reaniman el corazón.

Ocluyo la cavidad con una gasa hidrófila y noto que el cuchillo ha tomado una dirección oblicua hacia afuera y hacia arriba, á la cavidad axilar.

Hay macicez muy perceptible del ángulo del omoplato para abajo, sonidos hidro-aéreos, enfisema, el cual se extiende hasta ser subcutáneo en la región axilar. Tos, pleurodinia, dispnea.

Estos síntomas siguen en mejoría y del cuarto día para adelante empieza el enfermo á esputar grandes coágulos no corrompidos. Esto dura dos días. Hubo, pues, herida del pulmón. Todo entra en el orden y á los 20 días no se encuentra nada serio. Hoy yá está curado.

CLINICA OPERATORIA

(SERVICIO DEL DR. MONTOYA Y FLÓREZ.)

I

P. B., de Guarne, viuda, 60 años de edad, oficios domésticos.

Antecedentes hereditarios : gota.

Es arterio-esclerosa.

Ha tenido 6 abortos y 3 partos á término y fisiológicos.

Hace 11 meses comenzó á sentir endurecimiento de la piel que avecina el maxilar superior derecho, con dolor y ardor, semejante á una quemadura, síntomas que han venido agravándose hasta obligar á la enferma á solicitar hospitalidad.

Al examen directo se nota el color amarillo característico de los carcinomatosos y un empastamiento mal limitado de la mejilla derecha, la cual está completamente adherida al maxilar superior correspondiente, sin producir gran dolor su presión.

Diagnóstico: carcinoma del maxilar superior.

El 29 de Mayo, el Dr. Montoya y Flórez practicó la extirpación del maxilar superior.

La anestesia fué muy satisfactoria por la raquies-tricnoestovainización por el procedimiento de Jonnesco, ó sea: 0,03 centgs. de estovaina, 0,005½ miligramos de estricina y 1 gr. de agua hervida.

Se le dejó á la enferma una mecha de gasa que salía por la boca, la cual se retiró á los dos días.

En el primer momento de la anestesia la operada estuvo afásica y con extravismo externo; luégo no volvió á presentar ningún síntoma que llamara la atención.

A los 28 días abandonó el Hospital.

II

P. P., de Frontino, 60 años de edad, casado, agricultor.

Sin antecedentes hereditarios.

Antecedentes personales: ha sufrido blenorragia, pero no sabe precisar su época de aparición ni su terminación.

Desde hace cuatro años el enfermo tiene emisiones frecuentes de orina, con especialidad durante la noche, micción difícil; el chorro de orina se suspende por momentos, necesitándose para su continuación grandes esfuerzos del enfermo; últimamente la disuria se ha vuelto tal que necesita sondearse constantemente.

Hace siete meses, en una de estas sondeadas, se le quedó la sonda en la vejiga.

Desde entonces la micción es más penosa y á ello se ha venido á agregar los síntomas de cálculos vesicales.

El 10 de Mayo entró al Hospital y el 12 del mismo le hizo el Dr. Montoya y F. la talla hipogástrica,

y se encontró un cálculo formado por una sonda de Nelaton incrustada de uratos y fosfatos.

La anestesia fué hecha por la raquiestovainización lumbar, según el procedimiento de Jonnesco.

Duró la operación 15 minutos y el enfermo no sintió absolutamente nada; únicamente le incomodaba, según él, el entorpecimiento de los miembros inferiores.

(Es este el primer caso en el cual se ha empleado en Medellín, con resultado maravilloso, el procedimiento de Jonnesco.) (Estovaina 0,10 centgrs., estricnina 0,001 milg., agua hervida 1 gramo.) Y desde entonces rarísimos son los casos en que se ha empleado en el Hospital la anestesia clorofórmica.

Este individuo, profundamente anémico, presentaba un edema de la parte inferior de las piernas, del vientre, y abotagamiento de los párpados, lo cual es debido á una lesión cardio-renal avanzada, que fué precisamente lo que decidió á usar la estovaina en lugar del cloroformo. La estovaina no produjo en él ningún incidente digno de notarse, ni aún el dolor de cabeza de que hablan los autores.

III

ANEXITIS

E. G., 18 años de edad, de Medellín, casada, sirvienta. Antecedentes hereditarios sin importancia. En sus antecedentes personales se encuentran el paludismo y la blenorragia, esta última habiéndole aparecido por primera vez hace ocho meses, y sólo en parte le ha desaparecido hoy, debido á los lavados con permanganato, que se le ha prescrito lo que hace que está en el Hospital, pues en la casa no se hizo absolutamente nada para el flujo blenorragico.

A los quince años empezó á menstruar y sus reglas han sido siempre poco abundantes pero sí regulares en época de su aparición; sólo de dos meses á hoy ha habido retraso de algunos días. Hace año y medio tuvo un hijo el cual murió de 18 meses de edad.

El parto fué á término y fisiológico. Hubo en él

infección puerperal. A los 3 días hizo su primera levantada:

Hace dos meses comenzó á sentir dolores en el bajo vientre, más localizados en la región ovárica derecha, primero, y luego en la región izquierda, siendo el dolor la causa que la obligó á venir al Hospital.

Los dolores se calmaban un poco durante la quietud; también al principio de la enfermedad tenía ligeros aumentos térmicos, especialmente durante la noche.

Entró al Hospital el 10 de Marzo. Examen:

A la palpación bimanual no se produce dolor alguno, lo mismo que á la vagino-abdominal.

Adherido á los dedos que han servido para el tacto vaginal sale una secreción espesa de color y aspecto de clara de huevo, la cual examinada al microscopio, no demostró el gonococo.

Al tacto bimanual se siente una colección de los lados derecho é izquierdo del hipogastrio, los fondos de sacos posterior borrados, y el fondo uterino adherido á él en retroflexión.

DIAGNÓSTICO: piosalpingitis doble. El 30 de Marzo le hizo el Dr. Montoya y F. la histerectomía abdominal subtotal, con la extirpación de los anexos, y la apendicectomía, por encontrarse afectado el apéndice.

A la abertura del abdomen se encontraron las trompas y el ovario inflamados y adherentes á los intestinos, necesitándose para su separación una disección manual muy cuidadosa. La trompa izquierda presentaba cerca á su inserción uterina una ulceración del tamaño de una moneda de dos pesos y de fondo amarillo y granuloso, probablemente de naturaleza actinomicósica. El apéndice también estaba inflamado con ulceración de la misma clase en la mitad de su trayecto, pero sin alcanzar á perforarlo.

En esta enferma, como en la mayor parte de las que se han operado en el Hospital en el presente año, se encontró mayor número de lesiones de las que el examen directo hacía creer.

Después de hecha la ligadura de los pedículos y la operitonización, se suturó la pared abdominal en dos planos, uno profundo peritórneo-muscular con catgut,

y otro superficial, comprendiendo el tejido adiposo y la piel; este último con ganchos de Michel, agregándole para mayor seguridad cuatro puntos con crines.

Se le dejó un dren de aluminio por 48 horas y una mecha de gasa.

Durante los 12 días que siguieron á la operación la enferma tuvo diarrea y ligeras ascensiones térmicas.

El catgut se supuró en su totalidad, á pesar de lo cual siempre pudo levantarse á los 22 días, tiempo que es el habitual para esta clase de intervenciones.

El 28 de Mayo abandonó el Hospital.

JULIO ORTIZ V.

RESULTADOS

de un millar de intervenciones después de desinfección de los tegumentos por medio de la tintura de yodo.

por el Dr. V. PAUCHET.

Desde hace 18 meses hemos venido empleando la tintura de yodo como medio exclusivo de desinfección de la piel en los contornos de las llagas accidentales y antes de las operaciones quirúrgicas.

Hé aquí la técnica seguida:

Al enfermo, ya fuese operado en el hospital, ya en una clínica quirúrgica privada, se le bañaba y enjabonaba la víspera. No se le aplicaba ninguna cura aséptica. Apenas había comenzado la narcosis, se embadurnaba el campo operatorio con tintura de yodo, y, una vez ésta evaporada, se le aplicaba una segunda capa.

En las mujeres y en los niños empleábamos la solución del Códex desdoblada; en los hombres, la solución pura.

Cuando el alcohol se había evaporado pasábamos sobre la superficie yodada una compresa empapada en alcohol, de manera que el exceso de yodo desapareciese.

Al obrar así era nuestro objeto que no se alterase el corte de los instrumentos, y que no se produjesen eritemas secundarios, ni tampoco irritación en nuestras mucosas nasales y conjuntivales.

Hé aquí los INCONVENIENTES por nosotros observados: la herida superficial sangra á menudo más, pero esa hemorragia capilar solamente dura algunos instantes. El

corte de los bisturíes se altera, razón por la cual es bueno separar el yodo con ayuda de un tapón empapado en alcohol sobre la línea donde toque el instrumento.

Los vapores de yodo son irritantes para la mucosa nasal y ocular del cirujano.

Por esta razón, igualmente, es por lo que separamos el exceso de yodo con ayuda de un tapón empapado en alcohol. Pueden producirse eritemas, verdaderas quemaduras, en ciertos individuos. Estos accidentes dependen verosíblemente de que la tintura de yodo se altera y de que se produce ácido yodhídrico. Todavía por esta razón, esos eritemas pueden evitarse en gran parte cuando se tiene el cuidado de disolver, como hemos indicado, el exceso de yodo.

Ventajas del método. —El procedimiento es más rápido que el cepillado y el enjabonado, y es facilísimo de aplicar, pues el cirujano tiene la certeza de que la piel está desinfectada con tal de que esté coloreada. En ciertas regiones, el cepillado y el enjabonado son de aplicación delicada; en el cuello, por ejemplo, en las inmediaciones de las clavículas, en el hueco de las axilas. Por el contrario, el embadurnado yodado es facilísimo de aplicar.

En caso de colección purulenta del abdomen ó de perforación de una víscera, es peligroso el masaje de la pared abdominal ó frotar fuertemente; el embadurnado yodado no produce traumatismo alguno profundo, y, sin embargo, la desinfección es perfecta.

Hemos observado cinco ó seis casos de *supuración* después de laparotomías ó de curas radicales de hernias. En estos enfermos es verosímil que el yodo no había penetrado profundamente á causa de la sudación intensa del sujeto en el momento de la aplicación; por lo demás, en tales enfermos el método había sido mal aplicado. El ayudante solamente había puesto una capa de tintura de yodo y no había esperado á que completamente se desecara antes de pasar el tapón empapado en alcohol.

Si comparamos los RESULTADOS obtenidos por el antiguo método de cepillado con la desinfección yodada, puedo juzgar del siguiente modo: la desinfección yodada produce una esterilización de la piel tan completa como el cepillado y el enjabonado, seguidos de fricciones con éter y con alcohol.

En los casos de *cirugía urgente* es infinitamente superior al antiguo método. Todos los inconvenientes señalados: alteración de los instrumentos, irritación de las mucosas del cirujano, los eritemas, todo puede evitarse si se

tiene el cuidado de separar el exceso de yodo con un tapón impregnado de alcohol.

Esto por lo que respecta á los resultados de la esterilización de la piel antes de las intervenciones quirúrgicas.

La esterilización de los tegumentos por el yodo antes de la cura de heridas accidentales, como cortaduras, picaduras, aplastamientos, etc., es infinitamente superior á cualquier otro procedimiento. Sabemos hasta qué punto es el cepillado difícil cuando se aplica á tegumentos que bordean las heridas y que forman á veces fragmentos flotantes, tegumentos á menudo impregnados de cuerpos grasos, etc. En los casos de este género, la tintura de yodo hace maravillas; el operador embadurna la piel, ampliamente, en seguida de producido el accidente y sin lavado previo.

El yodo debe colorar la totalidad de los tegumentos que bordean la herida, y se aplicará sobre la parte sanguiinolenta una cura seca. En caso necesario, se hará una inyección de suero anti tetánico, y en la raíz del miembro se aplicará la venda de Bier. La herida cura con una rapidez incomparablemente superior á la que otras veces observáramos.

El yodo presta grandes servicios para la *desinfección de la vagina*. Antes de practicar una histerectomía abdominal, basta introducir en la cavidad vaginal, en contacto del cuello, dos tapones de guata empapados en yodo; al cabo de dos minutos, se retiran los tapones, y la desinfección es suficiente.

Antes de las perineorrafias y de las operaciones sobre la vagina, ano, recto, etc., el embadurnado de los tegumentos con solución yodada procura una esterilización suficiente.

La desinfección *pre-operatoria de la boca*, el embadurnado de las *encías* con objeto de evitar la congestión pulmonar, es igualmente de gran eficacia.—Por último, si el cirujano no opera con guantes y si dispone de poco tiempo para desinfectar sus manos, *el embadurnado yodado de los dedos*, ó una fricción con bencina ó con alcohol yodado, producen la esterilización rápida y prácticamente suficiente.

Como conclusión, pues, diremos: que la aplicación de la tintura de yodo, la desinfección de la piel, de las manos y de ciertas mucosas, *constituye un ligero progreso en cirugía general y un gran progreso en la cirugía de urgencia y rural.*

(De *La Pratique Thérapeutique*).

LOS CALCULOS DE LA VEJIGA

POR EL DR. MARIÓN

Profesor agregado de la Facultad, cirujano del Hospital Lariboisiere
(Servicio Civiale.)

A propósito de algunos enfermos que tenemos en la sala, deseo hablaros de los cálculos de la vejiga. De un modo particular insistiré hoy sobre la sintomatología, el diagnóstico y las indicaciones operatorias.

En clínica los cálculos de la vejiga se presentan bajo tres tipos diferentes.

I. En un *primer tipo*, que no es el más frecuente, se encuentra reunido al máximo todo el cortejo sintomático clásico descrito por los autores. Se trata de enfermos que presentan frecuencia en las micciones, pero una frecuencia muy especial, que podríamos llamar provocada. Durante la noche apenas si se ven incomodados: á lo más se levantan una ó dos veces para orinar. Durante el día las micciones son mucho más frecuentes: orinan 10, 15, 20 veces. En definitiva, se trata de una frecuencia diurna en relación con la marcha, los movimientos. Si, además, estos enfermos sienten necesidad imperiosa de orinar, puede ya casi, desde luego, afirmarse que se trata de un cálculo vesical, aun cuando no haya habido hematuria ni dolor.

Al cabo de un cierto tiempo aparece el dolor. Su principal carácter es el de ser provocado. Todo lo que sacude este *cascabel*, que es el cálculo, provoca ó exagera el dolor: la marcha, la carrera, los choques, las sacudidas, &c. Os recordaré que la observación de los hechos ha demostrado á GUYON que, bajo el punto de vista de las causas provocadoras del dolor, existe una *gama en los vehículos*. Así es que un coche de dos ó cuatro ruedas, aun cuando reúna las mejores condiciones posibles, es siempre muy mal tolerado por los calculosos. El dolor aparece desde las primeras sacudidas, y rápidamente se hace intolerable. También el carruaje ligero que recorre los caminos vecinales resulta doloroso.

Muy diferente resulta el ferrocarril: generalmente es bien tolerado. La diligencia es aún mejor tolerada que el vagón. Cosa curiosa: el efecto de este pesado vehículo es casi nulo bajo el punto de vista de la producción del dolor en los calculosos.

Al igual que la frecuencia, el dolor disminuye y desaparece gracias al reposo.

De ordinario los enfermos localizan los dolores en el periné, en el ano, y sobre todo en la extremidad del pene y del glande. Son provocados por la micción, y aparecen al final de ésta, cuando la vejiga se contrae.

Finalmente aparece un tercer síntoma, que los calculosos conocen bien y cuya importancia tienden á exagerar: me refiero á la *hematuria*.

DOCTOR :

Cuantas veces se ha presentado que Ud., después de haber tratado pacientemente á un enfermo en largo padecimiento que agotó todas las fuerzas, no ha encontrado un reconstituyente verdaderamente eficaz, para levantar las fuerzas abatidas del enfermo; pues en esos casos, se trata de hallar un remedio, tónico, reconstituyente y sobre todo fácil de absorberse por el organismo, después del sacudimiento de una grave enfermedad. La SOMATOSA LÍQUIDA DE BAYER, es el TÓNICO Y RECONSTITUYENTE POR EXCELENCIA, su aplicación en las convalecencias, en los casos de raquitismo, de debilidades orgánicas, de clorosis, debilitamiento de la sangre, en general da resultados admirables. También se debe prescribir á la mujer, durante el período de la preñez, y después, en la lactancia. Exigir siempre la marca de "BAYER", pues son medicamentos que darán á Ud. la seguridad de que los efectos terapéuticos previstos se obtendrán tales como se desearon.

Dr. Z. Z.

Esta aparece siempre algo tardíamente, como lo demuestra el enfermo de la sala que sufre desde hace diez ó doce meses, y cuyas hematurias datan solamente de cuatro.

Al igual que los dos otros síntomas, nunca, en este primer tipo, la hematuria aparece sin ser provocada. Se presenta después de una marcha, de un paseo en coche, de una fatiga cualquiera.

De un modo accesorio puede observarse la *suspensión del chorro*, su interrupción brusca durante la micción. Esta suspensión pocas veces es sintomática de un cálculo vesical. No adquiere el valor de un síntoma patognomónico sino cuando se produce en condiciones bien determinadas. La suspensión brusca del chorro, cuando es debida á un cálculo, se produce en la *micción estando de pié*; en cuanto el enfermo se acuesta, cesa la interrupción y la micción se restablece. Algunos calculosos hacen cesar la detención del chorro inclinándose fuertemente hacia adelante.

Este tipo clínico no es con seguridad el más frecuente. Ninguno de los enfermos que este año han venido á solicitar nuestros cuidados en este Hospital, ha presentado este cuadro sintomático completo.

II. Un *segundo tipo* de calculoso vesical es el *tipo infantil*.

Los cálculos vesicales no son muy raros en los niños. En efecto, esta afección se encuentra de preferencia en las dos edades extremas de la vida: en el niño y en el viejo.

En el niño observaréis sobre todo la frecuencia de las micciones, pero en estos casos no hay tendencia á provocarlas; la necesidad imperiosa y frecuente se observa durante la noche y durante el día, lo mismo en el reposo que durante los movimientos. Una consecuencia frecuente, en estos enfermitos, es la incontinencia: en efecto, más bien se muestran como incontinentes que como calculosos, y su incontinencia tiene como carácter el ser lo mismo diurna que nocturna. Nunca, ó casi nunca, observaréis en ellos hematurias producidas por cálculos.

Vienen después los dolores, y éstos son, en los niños, más intensos y más constantes que en el adulto. No es raro ver algunos niños que llegan á ser verdaderos mártires. Conocí, en el Hospital de Dijon, un niño afectado de cálculo vesical que se revolcaba por el suelo á causa del sufrimiento. El dolor en la extremidad del miembro era tan intenso, que allí llevaba constantemente la mano tirando, apretando, malaxando el prepucio y el glande para procurar encontrar un alivio á sus sufrimientos. Tenía un cálculo oxálico en la vejiga. Por excepción, la litiasis vesical se acompaña en ellos de hematurias.

Un síntoma muy frecuente y muy importante en los niños es la suspensión del chorro. En efecto, en ellos, la vejiga es casi oval, carece aún de bajo fondo: los cálculos tienen una mayor tendencia á insinuarse en el cuello y á provocar la retención.

III. Un *tercer tipo* es aquel bajo el cual se nos presentan de ordinario los antiguos calculosos hospitalizados. Es el más común. También aquí se observa la frecuencia en las micciones; pero esta frecuencia es espontánea, y orinan lo mismo de día que de noche.

Los dolores existen, pero tampoco son influenciados por el movimiento: los enfermos sufren lo mismo durante el reposo que durante el ejercicio.

Puede resumirse este tercer tipo en una palabra: la *cistitis*. En efecto, estos enfermos tienen micciones frecuentes y emiten orina turbia. El cuadro es el de la *cistitis*: se hospitalizan por la *cistitis*, y los signos son los de esta afección. Algunas veces tienen ligera hematuria al final de la micción, y no hay que olvidar este detalle: cuando en un prostático afecto de *cistitis* observéis un pequeño hilo de sangre al final de la micción, pensad en un cálculo. Los prostáticos no sangran de un modo regular al final de la micción.

Otro carácter que debe llamarnos la atención del lado del cálculo es la larga duración, la persistencia de esta *cistitis*. Si la *cistitis* que presentan estos enfermos no mejora rápidamente por medio de las inyecciones de nitrato de plata, ó si permanece estacionaria, estamos en el derecho de sospechar que la *cistitis* no es toda la enfermedad, sino que hay otra cosa que entretiene la inflamación vesical, ya sea un tumor, ya sea un cálculo. En otros términos, toda *cistitis* rebelde á los medios ordinarios de tratamiento es una *cistitis* prolongada generalmente por un cálculo.

Antes de entrar de lleno en el estudio de los signos físicos, deseo señalaros algunas causas de error que, si no estáis prevenidos, podrán hacer desviar vuestro diagnóstico.

De modo que, si el enfermo no tiene *cistitis*, si la orina es clara, si la frecuencia de las micciones es sobre todo diurna, podréis á veces tomar por un calculoso un simple neurópata urinario. Pero lo que caracteriza á estos individuos es que en ellos la frecuencia de las micciones es producida por una causa totalmente diferente que en los calculosos. No es yá el movimiento ni las sacudidas lo que hay que recriminar, nó: el neurópata orina á menudo, sobre todo porque está constantemente preocupado, obsesionado por el temor de no poder llevar á cabo la micción. Son estos enfermos los que antes de entrar en el teatro, por ejemplo, orinan varias veces de miedo de no poder satisfacer su necesidad una vez dentro de la sala de espectáculos

(Concluirá.)