

CLINICA GIL

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

DICIEMBRE 1924 - VOLUMEN I - No. 6

CONTENIDO:

Angustias, Tribulaciones y Alegrías del Cirujano,

JOHN B. DEEVER, M. D.

Algo sobre Pelagra, Dr. LAZARO URIBE C.

Clínica Quirúrgica. Notas.

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA



EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT
FELIX DE BEDOUT E HIJOS
MEDELLIN

ados por la
a ilustró la
análisis de or
color amarillo
da; albúm
os bi:

CONDICIONES:

CLÍNICA GIL saldrá cada dos meses.

Valor de la suscripción por un año.. \$ 1.00

Valor del número suelto..... \$ 0.20

AVISOS:

Página exterior..... \$ 5.00

Página interior..... \$ 3.00

Media página \$ 2.00

Esta Revista agradece y acepta la colaboración científica, pero la Dirección no hace suyas las ideas emitidas ni da explicaciones caso de no publicación.

Para todo lo relacionado con canjes, avisos y suscripciones dirigirse a la CLÍNICA GIL, Calibío 74—Medellín—Colombia—S. A.

Venta de números sueltos en la Librería de D. Antonio J. Cano.

SUSCRIPCIONES Y AVISOS

SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

CLINICA GIL

Director, GIL J. GIL, M. D.

Dbre. de 1924

MEDELLIN - COLOMBIA

Vol. I - No 6

✓
ANGUSTIAS, TRIBULACIONES Y ALEGRIAS
DEL CIRUJANO

JOHN B. DEEVER, M. D.
Filadelfia.



TRADUCCION DEDICADA A MIS DISCIPULOS
DE CLINICA Y PATOLOGIA EXTERNAS

GIL, M. D.

Mirando hacia los primeros años de su carrera, es difícil para un cirujano decir si los fracasos sobrepasan a los triunfos o viceversa. Es más que natural que, llevado del entusiasmo juvenil, el joven médico esté más en peligro de engreírse con sus primeros éxitos que de desanimarse por sus fracasos. A medida que el tiempo pasa, la tendencia es a aceptar los triunfos con la humildad nacida de la conciencia de la propia limitación. Si los triunfos estimulan, los fracasos deben también hacerlo, puesto que deben impulsarnos a mayor esfuerzo e intensidad de estudio: es necesario aprovechar la enseñanza de nuestros errores.

Desde otro punto de vista, puedo decir que si hace 30 años, o aun 20, se me hubiera preguntado si las tristezas del cirujano sobrepasaban sus alegrías, hubiera contestado que entonces era menos sensible a las alegrías de lo que hoy soy. No hay duda que el desarrollo de la Cirugía en las últimas décadas ha añadido un grado de certeza a los resultados de

nuestra técnica operatoria como no se soñó en los círculos quirúrgicos, aun en los días que siguieron inmediatamente al descubrimiento de Lister del tratamiento antiséptico de las heridas. Este descubrimiento, que hizo época, marca la transición definitiva de la Cirugía del dominio del empirismo a la dignidad de ciencia. No es un reproche para los grandes hombres de los tiempos prelisterianos usar el término *empirismo* como aplicado a su trabajo. Al contrario, no es menos de admirar su valor ante los frecuentes fracasos y su constancia frente a la oposición sistemática. No fué cosa insignificante, por ejemplo, el que Mc. Dowell, y más tarde los Atlees y sus contemporáneos, continuaran haciendo la ovariectomía a pesar de la contumelia y la crítica que los apabullaba. Su triunfo exige nuestro mayor respeto y admiración. Su determinación abrió la vía para la más extensa y benéfica cirugía pelviana que hoy practicamos, e inspirada por este trabajo de exploración, la ginecología fué probablemente la primera especialidad que benefició de la introducción de la técnica moderna, principalmente desarrollada por la gigantesca figura de Lawson-Tait.

Es bastante justificado el hablar de la Cirugía primitiva como empírica, porque es un hecho bien sabido que, aunque en el apogeo de la civilización griega el cirujano y el médico eran tenidos en igual estima, vino después un largo período en que esta igualdad desapareció a costa del cirujano. Este llegó a ser el sirviente del médico. Ocurría, sin embargo, que de tiempo en tiempo, surgían unos pocos hombres que por su condición social, su habilidad y conocimientos superiores lograron conquistarse un puesto igual al de los mejores médicos de su tiempo. Gradualmente aumentó el número de ellos. Hoy ya no hay discusión de igualdad entre la posición relativa del internista y el cirujano. Ambos son médicos concientes de las responsabilidades que les impone el ejercicio de su arte. De ambos se exige, como atributos personales necesarios para triunfar, cortesía y gentileza, constancia y firmeza, pureza de pensamiento y de vida, generosidad para el pobre, afabilidad sin servilismo para el ri-

co, y un carácter bondadoso para todos nuestros prójimos. Los requisitos educacionistas son hoy los mismos, si se exceptúa la mayor habilidad técnica y destreza de mano exigible al cirujano *per se*.

La riqueza de las ciencias colaterales que se han desarrollado en nuestros tiempos ha contribuído indudablemente a los éxitos de la Cirugía, pero hay en éstos el peligro de llevarnos a una presumida satisfacción en nuestro progreso. Ocasionalmente, cuando voy sintiéndome demasiado satisfecho de las cosas como están, me viene a la memoria la declaración de un famoso cirujano francés, hecha hace poco más de una centuria, de que la Cirugía había en ese entonces casi alcanzado, si no alcanzado del todo, el mayor grado de perfección de que era capaz! Y esto dicho antes del descubrimiento de la anestesia! Antes de Pasteur y de Lister! Ciertamente esta declaración encierra todo un discurso contra una satisfacción humilde. . . . Al mismo tiempo no hay contradicción en decir que el cirujano de hoy está equipado con medios de diagnóstico y tratamiento que, comparados aún con los de un pasado próximo, deben hacer su labor relativamente más fácil y su carga relativamente más liviana.

Una mirada retrospectiva a la Cirugía antigua, no sólo a la practicada por los barberos-cirujanos, sino aún a la de tiempos más recientes, nos muestra un cuadro de horror tan espeluznante que causa admiración tanto el que los pacientes se sometieran de buena gana a sufrir tantas torturas, como el que los cirujanos se atrevieran a operar estando más seguros del fracaso que del éxito. Con la introducción de la anestesia clorofórmica y etérea el cirujano trató naturalmente de ampliar el campo, pero a cada paso se vió impedido por el siniestro espectro, llamado entonces *podredumbre de Hospital*, y más conocido por nosotros como *infección de las heridas*. Un cambio radical se produjo, sin embargo, cuando Lister, armado con la varita mágica de Pasteur, derrumbó la muralla que se oponía al progreso de la Cirugía. Y así una de las mayores pruebas del cirujano se convirtió en la oportunidad para mayores triunfos. Toda la técnica quirúrgica su-

frió una completa revolución, no en un día ni en un año, sino en casi una década de tribulaciones para el hombre de progreso que se veía asaltado por la crítica hostil y la complacencia reaccionaria de los opositores, quienes se mostraban tan renuentes a aceptar las nuevas doctrinas como a dejar sus blusas operatorias manchadas de sangre y llenas de productos sépticos.

Pero lo nuevo triunfó y Lister mismo vivió lo suficiente para ver sus métodos adoptados por todo el mundo civilizado. El cirujano moderno, en su sala operatoria de muros lavables y piso de mármol, todo a prueba de gérmenes patógenos, con blusa esterilizada, máscara y guantes, con su instrumental estéril, parece un general armado *cap a pie* para la batalla contra la insidiosa infección. Acompañado de un cuerpo de ayudantes inteligentes y capaces, de enfermeras y asistentes, todos uniformados con sus blusas esterilizadas, no tiene más que mandar para que sus órdenes sean obedecidas con precisión militar. Pero él mismo, como un general, debe traer a la mesa de operaciones un conocimiento detallado de cada punto estratégico, no sólo dentro de los límites del inmediato campo de batalla, sino de toda la región circunvecina. En lenguaje quirúrgico quiere decir esto que necesita un conocimiento exacto de la anatomía y de las relaciones anatómicas, unido a un no menos exacto conocimiento de la fisiología y del efecto fisiológico que ha de tener el procedimiento que se propone llevar a cabo. La naturaleza, como toda hembra, es muy sensible: si muchas veces muestra una tolerancia sorprendente, esta tiene sus límites y entonces se rebela; es deber del cirujano conocer estos peligros y sólo evitándolos puede pensar en ganar la batalla.

Si el cirujano se ha levantado a un plano de igualdad social y profesional con los llamados internistas, es porque ha dejado de ser un simple mecánico. Su siempre creciente experiencia de comparación entre la patología viva, como se ve en la mesa de operaciones, y los síntomas y signos clínicos, le ofrece la oportunidad de mayor certeza de diagnóstico, y le da también mayor agudeza para diagnósticos puramente

médicos. En verdad, es tan importante para el buen éxito que el cirujano tenga buenos fundamentos para el diagnóstico médico como que el internista se familiarice con el diagnóstico quirúrgico. Una y otra vez he insistido, y sigo insistiendo, en que el internista acompañe sus enfermos a la mesa de operaciones; sólo así adquirirá habilidad en el reconocimiento de las entidades quirúrgicas y tendrá la oportunidad de ver con sus propios ojos los perniciosos resultados de las contemporizaciones. Porque son los muchos casos traídos tardíamente al cirujano los que mayores angustias le producen.

Puede ser cierto, como generalmente se afirma, que se nace cirujano como se nace poeta. Pero al mismo tiempo depende del cirujano el rodearse de hombres que tengan verdadero amor a la profesión, verdaderos médicos, deseosos de gastar años en el aprendizaje y capaces de aceptar órdenes de un superior; hombres que comprendan que sólo después de un adiestramiento sistemático, arduo y prolongado, es posible llegar a tener primacía en una profesión que ha alcanzado su actual posición sólo después de siglos de esfuerzos.

Se puede muy bien contar entre las alegrías del cirujano el adiestramiento de sucesores dignos de continuar una labor que le es tan grata.

Entre mis recuerdos más agradables y satisfactorios figuran las horas gastadas en la Clínica con mis discípulos; me he esforzado por hacerles comprender lo sagrado de su misión y por convencerlos de que en sus manos está el desarrollo de la Cirugía del porvenir. Si he tenido éxito en inspirar solamente a unos pocos en el verdadero espíritu de consagración a las verdades científicas, y si solamente uno, o felizmente dos, llegan a ser verdaderos *leaders*, creeré que he contribuído con algo digno para el honor de mi profesión y para el desarrollo de la Cirugía futura.

Este adiestramiento no termina en las aulas sino que debe seguir durante toda la vida activa. En su servicio del Hospital el cirujano no sólo debe rodearse de ayudantes competentes, sino que debe por medio de conferencias con ellos,

hacer periódicamente una inspección de su clínica para darse cuenta de los resultados de su trabajo, así de los éxitos como de los fracasos. El intercambio de opiniones, la discusión abierta y el análisis son de la mayor importancia para estimular el cuerpo de ayudantes a obtener mayor eficacia. El éxito exige gran esfuerzo para continuar con el resultado satisfactorio; el fracaso exige todavía un esfuerzo mayor para prevenir su repetición. Los problemas que se presentan en esta revista abren la vía para investigaciones experimentales, por medio de las cuales puede averiguarse el por qué y el cómo de los resultados de ciertos tratamientos. Sólo si desarrollamos hábitos metódicos de pensamiento y de trabajo, podemos derivar alguna enseñanza de nuestros errores. Y es de esta manera como la Medicina y la Cirugía pueden llegar a ser ciencias más exactas.

Al Colegio de Cirujanos Americanos se debe el que esta línea de trabajo sea la norma en su programa hospitalario. Y es grato observar que esta tendencia va siendo reconocida entre las sociedades médicas y quirúrgicas del extranjero. Sir Harold Stiles, en la sesión del Colegio de Cirujanos habida en Filadelfia en Octubre 1921, se expresa de la manera siguiente al tratar de la necesidad de cooperación en Cirugía: "Las posibilidades que ofrece vuestro Colegio para organización e investigación sistemática no sólo de los resultados inmediatos y lejanos de la operación, sino sobre el valor de varias medidas empleadas en la terapéutica quirúrgica, son inmensas. La maravillosa organización que tiene el Colegio, la riqueza imponderable del material clínico de que dispone y las observaciones dignas de confianza que puede presentar, me convencen de que América regirá otra vez el mundo. La ciencia es cada día más internacional. América se ha aprovechado más que nosotros los ingleses de este espíritu cosmopolita, y es esta a mi juicio la razón principal para que América empuñe hoy el cetro de la Cirugía". Esto es lisonjero, alentador y estimulante.

Y el estímulo se necesita especialmente en lo tocante a tomar mejor las historias clínicas y a hacerlas más comple-

tas de lo que generalmene se acostumbra en nuestros hospitales. La pobreza de información de las historias impide tanto el buen resultado del plan de conferencias entre el cuerpo científico de los hospitales, como el que se cumpla la predicción de Sir Harold Stiles referente al cetro de la Cirugía. Sólo con historias tomadas cuidadosamente y con un sistema de información lo más completo posible referente a los resultados de los casos operados, puede hacerse acopio de datos que sirvan de base a investigaciones científicas que redunden en el progreso de los conocimientos médicos.

Este asunto de tomar historias ha sido siempre, y probablemente seguirá siendo, objeto de dificultades. Algunas veces me ha parecido que todo se podría arreglar teniendo a la mano esqueletos impresos de varias formas y con todos los datos necesarios para cada caso, de manera que la integridad de la historia no dependiera de un individuo; pero, aunque así se evitarían las historias descuidadas e incompletas, el método tiene los defectos de su mismo mérito, en cuanto que no adiestra al interno en el hábito de expresar en su propio lenguaje la información dada por el enfermo, hábito que debiera estimularse, puesto que la responsabilidad personal es parte esencial en la vida del cirujano.

Todo cirujano debe aceptar las responsabilidades inherentes a su profesión, y a mi modo de ver, estas son mayores que las del médico. En ninguna otra profesión ni en ningún otro ramo de la Medicina se entrega el individuo tan completa y confiadamente como cuando se pone en manos del cirujano. Con la vida de su cliente en su cuchilla, la carga de aquel es verdaderamente pesada. Por esta razón, fuera de muchas otras, es esencial que el cirujano aplique al estudio del enfermo antes de la operación todos los conocimientos que posea, excepto en los casos de emergencia en que tal estudio no es posible. La preoperatoria debe ser rigurosa, y es por esta razón que el diagnóstico quirúrgico adquiere inusitada importancia en nuestro trabajo. Hasta que el diagnóstico se haya hecho con bastante certidumbre no debe pen-

sarse en intervenir, y una vez resuelta la operación debe ser practicada cuando el riesgo que entraña dé las mayores probabilidades de buen éxito. Quiero volver a recalcar sobre la importancia de que el internista sea capaz, si no de hacer un diagnóstico quirúrgico, al menos de reconocer cuando una enfermedad se vuelve quirúrgica. Las angustias del cirujano serían menores si estos compañeros comprendieran la necesidad de referirnos sus casos al principio, en lugar de enviarlos cuando han fracasado en un largo tratamiento médico. Muy frecuentemente el cirujano es llamado como último recurso y cuando no puede pensarse sino en un fracaso. Cuántas veces he sido llamado a operar un apéndice perforado cuya inflamación empezó benignamente algunos días antes, y fué tratada—o mejor mal tratada—por purgantes, hasta que el apéndice se reventó en señal de protesta! En lugar de una simple apendicectomía nos encontramos con los peligros de la peritonitis, la infección etc., y cuando debiéramos esperar justificadamente una mejoría rápida de una operación benigna, tenemos la angustia de la post-operatoria y el temor de fístulas fecales, obstrucción intestinal y, aún más remotamente, de hernias, todo lo cual pudo haber sido evitado si se hubiera intervenido a tiempo. En otras ocasiones se nos llama para operar de urgencia una úlcera perforada del estómago o del duodeno; una investigación posterior nos revela el hecho de que el individuo ha presentado por años síntomas de úlcera, y que en lugar de haberle dado el beneficio de la intervención en tiempo oportuno, se le dejó llegar hasta la perforación o la hemorragia, exponiéndolo a los graves peligros de estas complicaciones. Cuántas veces se ha dejado progresar un tumor maligno tratándolo erradamente por sífilis? El riesgo para la vida en una operación precoz es seguramente mucho menor que cuando se pospone, sin contar el perjuicio económico y social que la demora puede ocasionar.

Supongamos que el médico nos envía el caso pronto y que la historia bien tomada está de acuerdo con los datos clínicos y de laboratorio. Toda la atención del cirujano quedará en seguida concentrada en la sala de operaciones. Pero an-

tes quiero explicar algún concepto que quizás ha sido mal interpretado cuando he dicho que no pongo demasiada fe en los hallazgos de laboratorio: aunque no vacilo en hacer resaltar las deficiencias de los exámenes de laboratorio e insisto en que sólo tienen valor relativo, no por eso dejo de apreciar su inestimable mérito. Sin la ayuda del laboratorio la Medicina no habría podido alcanzar el progreso que hoy tiene; además, creo que el trabajo aunado del internista, el experto de laboratorio y el cirujano no sólo es indispensable para el éxito de los tres, sino que atiende de la mejor manera a los intereses del enfermo. Conscientes de nuestra responsabilidad y deseosos de dar al paciente lo mejor que pueda ofrecer la Cirugía, es imperativo que la sala de operaciones esté bajo el control supremo del cirujano, acompañado de un cuerpo de ayudantes competentes y de enfermeras bien adiestradas. La menor falta de técnica significa al menos una herida supurada y a lo más la muerte del enfermo: la realización de este hecho le da un carácter sagrado a la sala de operaciones. Para mí ésta es tan sagrada como un templo. EL RITUAL DE UNA OPERACION es el título sugestivo de un interesante artículo de Sir Berkeley Moynihan sobre este tema; en él describe al cirujano como un "ritualista", quien, aunque fiel a las reglas de su secta quirúrgica, no debe quedar absolutamente sujeto a las formas y ceremonias, sino que debe buscar continuamente métodos más sencillos y mejores técnicas. "Entre los técnicos de la Cirugía la maestría la da la simplicidad".

La simplicidad se obtiene con una técnica limpia, cuidadosa y bien estudiada; de esta manera es como mejor se asegura una rápida cicatrización, una convalecencia sin contratiempos y los más agradables recuerdos de toda la ceremonia. Es hoy superfluo recalcar sobre la necesidad de usar máscaras y ropa esterilizada, no sólo el personal quirúrgico sino también los visitantes; o como lo dice Moynihan, el sacerdote, los acólitos y la congregación. Entre los acólitos debemos incluir, continuando la metáfora, el coro vestido de blanco: el cuerpo de enfermeras. Cualquiera falta de atención de és-

tas es como una nota discordante en un himno, capaz de hacer perder la armonía a todo el conjunto.

Después del cirujano, la persona más importante en la operación es el anestesista. En nuestro país y en casi todos los servicios quirúrgicos esta delicada tarea se asigna a una enfermera adiestrada especialmente, y según mi experiencia, el resultado es satisfactorio. Aunque su responsabilidad es grande, el anestesista no es el llamado a escoger el anestésico; toca esto al cirujano, quien está más al tanto de las condiciones del enfermo. Soy partidario de selección en la anestesia: se debe escoger la "asociación inocua" si con ella se evita la inquietud y el choque del enfermo; si el riesgo disminuye con el gas, debe preferirse aunque el acto operatorio sea menos favorable para el cirujano. La responsabilidad de una muerte por anestesia recae tanto sobre el cirujano como sobre el anestesista, y quizás más sobre aquél cuando se emplea para el oficio una enfermera en lugar de un médico adiestrado como se hacía anteriormente. No son sólo las muertes las que se deben tener en cuenta, ya que éstas son raras, sino el estado del paciente: el anestésico debe ser escogido cuidadosamente para cada individuo.

Un motivo de angustia para el cirujano es el que el joven ayudante de hoy tienda a concentrar toda su atención sobre el acto operatorio y descuide lo que sigue, sin comprender que la operación es solamente la primera parte de la batalla. Es verdad que el dicho "bien comenzado está medio hecho" se aplica aquí como en cualquier otra cosa; pero por diestra y brillantemente que se practique una operación, la post-operatoria tiene tanta importancia como ella, especialmente para el enfermo, quien en último análisis es el más interesado en el éxito. Porque ¿qué se gana si la operación es un éxito y la post-operatoria un desastre? Nuestra responsabilidad no termina cuando el enfermo abandona el Hospital, más feliz y en mejores condiciones que cuando entró; todavía tenemos deberes para con él, para con nosotros mismos y para con los que han de venir después de él y de nosotros. Nuestro primer cuidado es darle instrucciones minuciosas

sobre su régimen, dieta, modo de vivir etc.; las angustias del cirujano disminuirían si esto se hiciera cuidadosamente y si el enfermo siguiera al pie de la letra las indicaciones, porque así seguramente oiríamos con menos frecuencia los reproches del retorno de síntomas después de una operación. Es natural que a un enfermo que ha sufrido por años de litiasis biliar, úlcera del estómago etc., se le imponga la necesidad de continuar un régimen dietético estricto por algún tiempo después de la operación; esta no puede quitar en un momento las perturbaciones que han durado meses y años, y aún hay que pensar en la perturbación—por pequeña que sea—que la misma operación puede producir.

Nuestro deber posterior hacia el paciente y hacia los que han de seguirle, implica que debemos continuar en contacto con él por medio de un sistema bien organizado de información. Los resultados del tratamiento serán apreciados por sus consecuencias lejanas y serán de utilidad en la escogencia de la operación y el tratamiento para enfermos posteriores. Las alegrías del cirujano serán más gratas si puede apreciar con sus propios ojos de lo que es capaz su habilidad al devolver a un cuerpo inválido y debilitado la salud y el vigor, y hacerlo útil a la sociedad. Y como ya lo he sugerido, los resultados lejanos contribuirán eficazmente al progreso de la Cirugía. Las estadísticas en la cabeza no valen lo mismo que en el papel, a pesar de que se ha dicho con frecuencia que las estadísticas pueden probar lo que uno quiera. Pero un análisis honrado de los resultados lejanos suministrados por un buen sistema de información, es evidencia indiscutible del resultado general de nuestro trabajo.

La importancia de los resultados post-operatorios no es ya la mortalidad sino la morbilidad, y no podemos considerar como un éxito una operación de resultado inmediato bueno, pero que deja al enfermo incapacitado y víctima de sufrimientos crónicos. Si nuestros resultados lejanos en operaciones para apendicitis crónica, por ejemplo, nos demuestran que un porcentaje de enfermos no han sido mejorados de sus dolencias anteriores después de un tiempo razonable, te-

nemos que reconocer que nuestro tratamiento no fué el mejor para esa clase de enfermos, aunque la mortalidad en la serie haya sido nula. Tenemos que convenir en la necesidad de variar el tratamiento cuando nos encontramos en adelante con el mismo tipo de enfermos, en las mismas condiciones generales y con iguales síntomas.

Tenemos que las alegrías y angustias del cirujano no se limitan a su actividad hospitalaria, sino que se proyectan en tiempo y en espacio a campos más amplios. No toda's ellas se refieren a su labor operatoria: hay otras causas de tribulaciones sobre las cuales tiene muy poco control. Me refiero a los numerosos obstáculos para el progreso quirúrgico que presentan a diario la ignorancia y el fanatismo, como lo prueba la agitación contra la experimentación en animales. El resultado de este antagonismo es el que permanezcan vírgenes muchos campos de investigación esenciales al avance científico. Es inútil repasar las múltiples contribuciones que la experimentación animal ha dado a los métodos modernos, y es sólo continuando en ese camino de investigación como podemos llevar adelante la antorcha encendida que tan luminosamente ha brillado en el pasado.

Un poeta ha dicho que "un deber es un imperativo del momento". Y es deber de todo médico laborar por impedir toda tendencia que trate de limitar la investigación médica. Huxley, al discutir la oposición de los antiviviseccionistas al auxilio para el Instituto Pasteur, se expresa de la manera siguiente: "Procede en parte de los fanáticos del tipo del *laissez faire*, los que piensan que es preferible podrirse y morir que conservarse sanos mediante la acción del Estado; en parte de los ciegos opositores a toda experimentación fisiológica bien conducida, quienes prefieren que sufran los hombres más bien que los conejos o los perros; y en parte también de los que por no menos poderosas razones, odian todo lo que contribuye a probar el valor de los métodos científicos de investigación en todos los problemas que afectan el bienestar social". Yo me adhiero de corazón a estos conceptos.

Si las tribulaciones de hoy han de ser las alegrías de

mañana, es preciso que las investigaciones experimental y clínica vayan mano a mano. ¿Y de qué otra manera los días angustiosos de la época prelisteriana pudieron ceder el paso a la tranquilidad de los actuales métodos asépticos? Comparad nuestros conocimientos de las enfermedades de la cavidad abdominal con los de hace veinticinco años y veréis la verdad de mi aserto.

Es grato saber que aun cuando todavía somos mirados por algunos de nuestros amigos los internistas como poco superiores a los barberos cirujanos de antaño, diariamente tenemos la oportunidad de corregir errores en la interpretación de la patología viva y salvar de esta manera a enfermos condenados a sufrir por la contemporización médica. Podemos señalar con orgullo las contribuciones que han enriquecido la patología y fisiología del abdomen, por ejemplo, y que han salido de la sala de operaciones. El internista tiene que permanecer al lado del cirujano si quiere compartir con él la información que así se obtiene, y obtener seguridad en el diagnóstico y una concepción correcta del tratamiento. Como he dicho antes, la cooperación entre el médico, el cirujano y el laboratorio es necesaria para el progreso y para mejorar aún más los procedimientos actuales, de los cuales estamos tan orgullosos. Cuando aumente la intimidad y el contacto entre ellos obtendremos los mayores triunfos.

Qué alegría es ver que la Cirugía agrega diariamente su grano de arena al acervo del humano saber, y que “el dolor, la hemorragia y la infección, los grandes males que han amargado siempre el ejercicio de la Cirugía e impedido su progreso”, no son ya los tétricos fantasmas de antaño!

Nuestra vocación exige los altos atributos intelectuales y la nobleza de carácter que deben tener todos los que se dedican a laborar por el bien de la humanidad. Las grandes hazañas de la Cirugía son el fruto de constante celo y entusiasmo, y su cosecha científica igual a la de cualquiera otra ciencia o arte. Aunque no todos podemos llegar a la misma altura profesional, los honores los compartimos todos, porque todos tenemos parte en esa magna empresa de aliviar el

sufrimiento. Como dice Ambrosio Paré, “la más bella y la mejor de todas las faenas es laborar por el alivio y la curación de los que sufren”. Hay allí amplio campo para todas las actividades y suficiente alegría para compensar todas las congojas que encontremos, porque “poco conocéis vuestra propia bendición: viajar con esperanza es mejor que haber llegado, y el verdadero éxito es trabajar”.

✓

ALGO SOBRE PELAGRA

DR. LÁZARO URIBE C.

Director Alienista

del Manicomio Departamental.

A pesar de la gran importancia que tiene para nosotros el estudio de la entidad Pelagra, desde múltiples puntos de vista, nada formal hemos visto publicado sobre esta materia después de la muy interesante tesis del Dr. Eduardo Uribe R. Hoy, cediendo a insinuaciones que no queremos desatender, vamos a hacer un ligero esbozo de su sintomatología, a dar nuestro parecer sobre su etiología probable, ajustándonos a lo que hemos podido observar en el medio manicomial donde ejercemos especialmente.

El “Mal de la rosa”, como la llamó Casal, primer autor que describió esta enfermedad en 1775, Pelagra de los psico-neurólogos, *pelazón* o *peladera* como es vulgarmente llamada entre nosotros, ha sido en todo tiempo atribuída a la ingestión de cereales alterados, al uso excesivo de las bebidas fermentadas provenientes del maíz, y a otros factores que hoy han perdido su importancia. Actualmente las opiniones están orientadas de distinta manera y unos autores atribuyen dicha afección a las insuficiencias glandulares, mientras que otros la colocan en el grupo de las enfermedades llamadas por *carencia* o *avitaminosis*; entre estos últimos milita el Dr.

B. Caravedo, quien ha escrito comentarios y observaciones muy interesantes sobre esta entidad morbosa, y es este también nuestro modo de pensar sobre esta cuestión.

Es de observación corriente que esta *dermitis* no ataca sino a las personas que por una circunstancia cualquiera están sometidas a una alimentación insuficiente o de mala calidad, por lo cual es fácil observarla en los indigentes, en los alienados con negativismo alimenticio, en los enchichados que voluntariamente se privan de los alimentos, en los niños sometidos a alimentación artificial y defectuosa, condiciones todas que favorecen el desarrollo de las afecciones que provienen de la insuficiencia de la ingestión de sustancias nutritivas o de la deficiencia de asimilación de éstas; esto es lo que se designa hoy con el neologismo de *avitaminosis* o *enfermedades por carencia*. Ciertamente es que no puede negarse del todo la acción de la luz solar sobre las partes descubiertas, pero nos parece que este es un elemento accesorio como podemos deducirlo de estas cortas reflexiones: no aparece la *dermitis* en individuos que viven constantemente expuestos a los rayos del sol—el eritema solar de los asilados es cosa fugaz, sin trascendencia y de caracteres nosográficos distintos;— la curación de la *pelagra* puede obtenerse a pesar de la acción directa de la luz solar siempre que se modifiquen favorablemente las condiciones alimenticias de los pelagrosos, y por otra parte a enfermos mal nutridos los ataca la *pelagra* aunque estén protegidos contra la influencia de los rayos solares. Vemos que nuestros obreros trabajan bajo los rayos de un sol tropical y que nada les acontece, debido a su sana y abundante alimentación, a pesar de que no podemos aborrarles una abstención completa, ni mucho menos, de las bebidas alcohólicas de toda clase. En cambio, Caravedo y nosotros hemos podido comprobar que la *pelagra* se cura cuando se suministra al paciente una ración suficiente de alimentos, y sobre todo cuando la calidad de estos satisface desde el punto de vista de su riqueza en vitaminas; las observaciones hechas en este sentido pueden decirse que son concluyentes. Sin el requisito que dejamos anotado toda medicación contra

la enfermedad fracasará indefectiblemente y en los más de los casos puede contribuir a agravarla.

Hemos tenido en nuestro servicio un número apreciable de insuficientes glandulares, pero convenientemente alimentados, y en ellos no hemos visto desarrollarse la afección, por lo cual creemos que esta deficiencia anatomo-fisiológica no deba considerarse como el factor etiológico de la enfermedad que estudiamos.

Conviene tener presente que la *pelagra* no es únicamente un eritema o una dermatitis como lo han creído muchos. Este eritema o esta dermatitis no son sino la parte pintoresca de la entidad patológica, un sistema no más del síndrome que es mucho más complejo de lo que vulgarmente se cree, y que nos vamos a permitir esbozar con el objeto de facilitar el conocimiento de la afección tal como nosotros la entendemos.

Algún autor ha denominado la *pelagra* de una manera muy gráfica diciendo que es una enfermedad de cuatro D.: Delirio, Dermatitis, Diarrea, Defunción, por lo cual en nuestro servicio acostumbramos nombrarla con este remoquete alusivo a aquella designación: la enfermedad de las cuatro D.

DELIRIO. No creemos que el delirio sea un elemento inseparable de la afección, aunque sí es muy frecuente ver que en los delirantes aparece la enfermedad, pero hay casos en que puede evolucionar con sus otros síntomas sin que el enfermo sea un delirante; pero sí es de diaria observación que es enfermedad muy frecuente en los alienados, y la mayor parte de los autores han hecho sus observaciones en asilados de los manicomios. En cuanto a la forma de enajenación más favorable al desarrollo del *mal de la rosa* puede decirse que lo son aquellas psicosis que se acompañan del negativismo alimenticio llamado sitiofobia, por esto la vemos con más frecuencia en los dementes precoces, en los lipemaniacos, en los paranoicos etc.

La psicopatía persiste a pesar de la mejoría o curación de la *dermatitis*, mas hemos visto que en algunos casos hay una mejoría muy manifiesta cuando la *pelagra* se cura, lo que no debe sorprendernos, sabiendo, como sabemos, que todos los

estados de desnutrición son propicios a la aparición de múltiples formas de perturbaciones mentales o a la exaltación de ellas.

DERMITIS. Como atrás lo dijimos es esto lo pintoresco, lo decorativo del cuadro clínico que venimos describiendo.

Es al principio un eritema difuso, con edema concomitante o sin él, de una duración indefinida que puede ser de meses, que en ocasiones se complica con vesículas o pústulas. Su color es rojo vinoso al principio y con la evolución de la enfermedad se nota que este color perdura en los bordes de la placa mientras que las partes centrales se vuelven pálidas. Las placas se hacen escamosas sobre todo en las partes centrales despigmentadas y se eliminan por láminas más o menos grandes que al desprenderse dejan descubierta una piel lisa, seca, menos coloreada que las partes circunvecinas. Pueden verse en ocasiones pequeños islotes de piel hiperpigmentada en medio de la región que ha descamado.

Un tiempo después de la curación no se encuentran ya huellas de la *dermitis*, salvo en los casos en que una complicación haya hecho aparecer un proceso capaz de perdurar como serían la supuración del dermis o una verdadera ulceración, las que también se observan.

El prurito es insignificante o nulo y sorprende la indiferencia que los enfermos muestran ante las modificaciones cutáneas, aunque estas aparezcan en personas no alienadas o en alienados que hayan mejorado notablemente en el curso de la enfermedad.

DIARREA. Es este el síntoma de mayor importancia y el que debe preocuparnos principalmente. Es una diarrea serosa, en veces sanguinolenta o disenteriforme, muy abundante, rebelde a las medicaciones ordinarias, las que asociadas a los regímenes ordinarios,—dieta alimenticia,—no hacen sino empeorar una situación ya muy delicada. Debemos emplear una medicación etiológica, y no sintomática que es lo que generalmente se hace, recurriendo a una alimentación suficiente y rica en vitaminas, si no queremos ver avanzar de una manera desastrosa los progresos de la enfermedad.

La diarrea, empero, no es el único signo revelador del mal estado general del pelagroso; se observan también edemas de los miembros inferiores, en los párpados y mejillas y en ocasiones se generalizan como en un verdadero estado caquético. En los psicópatas la depresión se acentúa, aumenta el negativismo alimenticio y por lo tanto el estado del enfermo se hace más y más precario. No hay estado febril; la orina es escasa, albuminúrica. El vómito no es constante, pero en algunos enfermos puede manifestarse con caracteres especiales de tenacidad, lo que acaba de obscurecer el cuadro ya tan sombrío.

Un paso más y veremos aparecer la etapa final, especialmente si no logramos renutrir nuestro paciente, única manera de afrontar victoriosamente la situación; de lo contrario la fatídica y cuarta D.

DEFUNCIÓN. No siempre el desenlace es fatal, y no lo es aún en casos ya muy avanzados, pero eso sí siempre que no nos obstinemos con terquedad empírica y rutinaria en tratar al enfermo con una medicación sintomática: el opio, el bismuto, la ipeca de nada nos sirven en estos casos, o apenas si nos sirven como correctivos de los excesos de derrame, mas no son curativos ni mucho menos; lo mismo podemos decir del eldoformo y de tantos otros específicos de nombres pomposos y sonoros. Y la dieta alimenticia? El colmo de los desaciertos!

Nuestra norma y la que hemos visto aconsejada es ésta: renutrir el enfermo por cuantos medios podamos utilizar con ese fin, y nada mejor que suministrarle alimentos ricos en vitaminas, porque no es la cantidad lo que deba preocuparnos sino especialmente la calidad, es decir la capacidad asimilativa de aquellos, o en otros términos, la riqueza en vitaminas. La leche cruda, la carne, los cereales, las legumbres, los huevos, las frutas etc. Hemos empleado, a ejemplo de Caravedo, el bacalao, que según los autores contiene una cantidad extraordinaria de vitaminas y quizás de esto provenga su reputación como producto alimenticio, lo hemos empleado, decimos, con muy buen resultado.

No tenemos la ingenua pretensión de hacer creer que con esto se salvarán todos los enfermos afectados de *pelagra*, pero sí nos atrevemos a sostener que si no logramos realizar la renutrición de nuestro paciente por este medio todo lo que por él hagamos será inútil cuando no nocivo.

Damos el resumen de dos observaciones seguidas en nuestro servicio de enfermedades mentales que sirven para confirmar lo que en los párrafos anteriores hemos expuesto.

OBSERVACION PRIMERA

F. P., de 35 años de edad, mestiza. Hace años está asilada en el Manicomio Departamental. por estar padeciendo de una psicopatía paranoide. Habitualmente vive retraída en un pasadizo que separa dos departamentos del Asilo, por lo tanto al abrigo de los rayos directos del sol. Alguna ocasión nos llamó la atención el mal estado de la enferma y pudimos averiguar que de días atrás venía negándose a tomar sus alimentos ordinarios. Al examinarla encontramos esto principalmente: palidez general, enflaquecimiento, ligero edema de los miembros inferiores, vómito intermitente, diarrea profusa de carácter seroso; el eritema existe en la cara posterior de los antebrazos, región dorsal de las manos, parte anterior de las piernas y superior de los pies, con el aspecto ordinario.

Llevada a la enfermería fue puesta en tratamiento siguiendo la medicación comunmente empleada en casos semejantes, con la dieta alimenticia por supuesto. Pasados unos días nos dimos cuenta del fracaso de todo lo que se había indicado hasta entonces, por lo cual resolvimos ajustar el tratamiento a lo aconsejado por los autores como Caravedo, y ordenamos una alimentación lo más nutritiva posible, y esto a pesar de que se nos advirtió que la enferma tenía *daño de estómago*. Dos o tres días después supimos que la diarrea se modificaba favorablemente y siguió efectuándose una mejoría tan sorprendente como inesperada. Pasado un mes la enferma estaba completamente mejorada: ni diarrea, ni vómito; relativamente robusta, de buen color y el eritema o der-

mitis había desaparecido dejando una *placa* de piel lisa, des pigmentada, salvo algunos islotes de superpigmentación. Retirada de la enfermería vive ahora de manera distinta porque ya sale a los patios y se expone al sol; a pesar de eso el eritema no ha vuelto a aparecer.

La alimentación suministrada fue compuesta de carne, leche, chocolate, coladas de harinas y sopas. La medicación se suspendió totalmente desde el día que se ordenó la alimentación mencionada.

Se advierte que faltan un número apreciable de signos clínicos de gran valor, porque la enferma no se prestó sino para un examen objetivo muy superficial debido a su estado de enajenación.

OBSERVACIÓN SEGUNDA

J. D. B., 30 años, indio; alienado delincuente con impulsiones homicidas. Diagnóstico psicopático: Esquizofrenia.

Cuando comenzamos el tratamiento de este enfermo su estado era muy precario, tanto que dijimos al Interno del servicio que lo pasara a la enfermería general para que allí esperara la cuarta D.

El paciente se negaba a tomar los alimentos y los vomitaba con frecuencia; diarrea serosa y abundante, palidez de los tegumentos externos no afectados por el eritema, enflaquecimiento extremo. Habíamos visto enfermos como éste que morían a pesar de todos los cuidados que se les prodigaban.

La *dermitis* era muy extensa y muy típica. Ocupaba las regiones predilectas de los brazos, manos, piernas, pies y cara, pero, además la región posterior del cuello, y la esternocostal hasta la apófisis xifoidea, tal vez por la costumbre que tenía de dejar la camisa abierta por delante.

El enfermo se negó a tomar la cama, de modo que hubo que atenderlo casi tirado en los rincones donde solía tumbarse. Desde el primer día se prescribió el régimen alimenticio rico en vitaminas, sin drogas de ninguna clase. El resultado no se hizo esperar y la diarrea, el vómito, la dermitis y el estado general se mejoraron de manera inesperada, pues la muerte y no otra cosa se esperaba en este caso.

Advertimos que la deficiencia del cuadro clínico se debe en parte a la imposibilidad de completarlo por no prestarse a ello el paciente. El régimen alimenticio consistió para este enfermo en carne, leche, huevos, arroz, chocolate; como frutas se le dieron naranjas y mangos, y como indicación muy especial bacalao, que de tan buena reputación goza como rico en vitaminas. El enfermo vivió expuesto al sol porque no hay cómo evitar ésto.

Sólo publicamos estas dos observaciones por parecernos suficientemente instructivas.

Medellín, Octubre de 1924.

CLINICA QUIRURGICA

PROFESOR GIL.

I

CRANIECTOMÍA PARA FRACTURA.—Jesús M. H., mestizo, de Urrao, 18 años, agricultor, sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia.

Hace cinco meses le cayó un árbol en la región occipitoparietal y estuvo con pérdida de conocimiento por espacio de ocho días y con hemorragias bucal y nasal. Vuelto de ese estado comatoso, día a día se ha ido idiotizando; la marcha es indecisa; visión disminuída y parece que le fuera necesario mirar siempre al suelo para guardar el equilibrio.

Examinado en la fecha presente se nota al nivel de la coronilla y a la izquierda, una depresión transversal, profunda, de unos ocho centímetros de largo por cuatro de ancho, no dolorosa ni epileptógena; presenta la cicatriz de la lesión de las partes blandas producida por el traumatismo en cuestión.

Los reflejos exagerados al lado derecho; pupila perezosa, visión retardada y confusa; pierde con frecuencia la noción de lugar y tiempo. Ideación casi nula. Abulia marcada. Hay sudoración casi continua.

Los demás órganos funcionan bastante correctamente.

La radiografía muestra al nivel de la depresión traumática, una fractura de la bóveda con hundimiento del fragmento superior; apenas si interesa la línea media, pero no señala lesión del seno longitudinal superior.

Antes del traumatismo era un muchacho alegre, inteligente y activo; hoy es casi un idiota.

OPERACIÓN.—El 3 de Septiembre se empieza la anestesia con éter y se continúa con cloroformo. Se hace un amplio colgajo periostocutáneo de base posterior, que abarca la región deprimida y fracturada. Se trepana, asierra y levanta el hueso. Se ve una paquimeningitis local con adherencias a los focos de hiperostosis al nivel de la fractura, que se liberan y resecan respectivamente. La expansión cerebral es poco marcada. Una vez reseca todo el campo fracturado y hundido, y liberada la dura, se repone el colgajo periostocutáneo y se sutura dejando dos drenes en las partes declives.

No hubo dificultad alguna operatoria.

POST-OPERATORIA

Día primero.—P. 98, T. 37,5°. Lengua limpia y húmeda. Cambio de curación y expresión de la sangre colectada bajo el cuero cabelludo.

Día segundo.—P. 92, T. 38°. Cambio de curación y extracción de los drenes. Un poco de sangre fluída; nada de supuración.

Día tercero.—P. 92, T. 37,6°. Magnífico estado general.

Día quinto.—P. 80, T. 37°. Estado general excelente. Se ha levantado y ya el cambio es notable.

Días siguientes continúa en convalecencia normal. Al octavo día se quitan los puntos y los ganchos. Nada supurado; cicatriz perfecta.

La diferencia es maravillosa: la apatía ha desaparecido, alterna con los demás enfermos; contesta con franqueza y facilidad toda pregunta; su marcha es segura, mira de frente y la expresión de su mirada es ya viva.

La región operada no presenta anormalidad: el antiguo

hundimiento es reemplazado por una continuación de la curbadura cefálica.

Sale del servicio el 13 de Septiembre y no hemos vuelto a verlo; pero quedamos convencidos que va rápidamente hacia la normalidad de ideas y acciones.

ANTONIO ARBELÁEZ, Practicante.

II

✓
ENORME FIBROMA INTRAUTERINO. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.—Carmen O., 40 años, mestiza, sirvienta, soltera. Entra al servicio el día 17 de Junio, procedente de Armenia.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su padre murió hace veinticinco años de tifo. Era hombre sano, de buenas costumbres. Su madre también murió de tifo hace cinco años. Era mujer muy sana. Tiene cuatro hermanos vivos que gozan de salud perfecta.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Viruela, disentería, paludismo. Regló a los 15 años, tipo regular. Nunca se perturbaron sus reglas hasta hace tres años que empezó la enfermedad que la trajo al hospital. Es mujer virgen y no hay la menor señal de enfermedad genital.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Empezó hace tres años por crecimiento lento del abdomen después de una época corta en que tuvo dolores muy marcados en la pequeña pelvis, propagados hacia la región lumbar. A medida que le crecía el abdomen le aparecían dolores intermitentes en el hipogastrio con propagación a los dos miembros inferiores y a la zona lumbar. Al mismo tiempo sentía un marcado entumecimiento de toda la región glútea y parte superior de los muslos al colocarse en cuclillas. Desde entonces comenzaron a perturbarse sus reglas, presentándose cada quince o veinte días, eran muy abundantes, pero pasado uno o dos días se suspendían para quedarle en los intervalos solamente una leucorrea amarillosa sin olor repugnante. Siempre dismenorréicas, le traían al presentarse un marcado tenesmo vesical. Le acompaña prurito vulvar. Es desde entonces una constipada crónica.

Mujer de talla regular, abdomen prominente, con manchas generalizadas de carate, sin anomalías de conformación y con un estado general maravilloso.

Localizándonos a su órgano enfermo encontramos en el abdomen un tumor regular, mediano, muy prominente, separado del apéndice xifoides por un surco profundo de tres dedos de ancho, no dilata los flancos, no tiene surco de separación con la región pubiana, es macizo a la percusión en toda su extensión, lo corona una zona de claridad desde la región cecal a la ileopélvica; ligeramente dolorosa a la palpación, da una sensación de dureza franca sin bosesaduras en ningún punto, se desplaza lateralmente con facilidad y con dificultad apenas sí se mueve verticalmente; no se percibe independencia entre el tumor y el músculo uterino. Al inspeccionar las vías genitales encontramos ligera lencorrea amarillosa, inodora y un himen labiado sin la menor desgarradura. Al hacer el tacto vaginal nos encontramos con el cuello alto, duro, ligeramente aplanado y sin desgarraduras; fondos de saco vaginales ocupados por una masa dura, inmóvil y completamente indolora. No hay secreción láctea ni línea media abdominal pigmentada, ni ruidos fetales. Conserva las metrorragias anotadas antes, si es que merecen esta designación.

Todos sus aparatos, si eliminamos su estreñimiento habitual, marchan con toda regularidad. Ningún elemento patológico hay en su orina.

Eliminadas todas las posibilidades de un embarazo, de un quiste del ovario o de una hematometria, se diagnostica un pólipo de la cavidad uterina formando el clásico útero montgolfiero.

INTERVENCIÓN.—Bajo anestesia por el éter el cirujano Dr. Gil practica una incisión de la parte superior del epigastrio al pubis. Aparece inmediatamente en la cavidad abdominal un tumor regular, de color rojo oscuro en la cima que desvaneciéndose llega a ser muy claro en las partes lateral e inferior; surcado de abundante red vascular fina, es piriforme, con la extremidad delgada hacia abajo donde hace continuación interna con la porción inferior del útero; en la cima tie-

ne una porción que hace relieve, dividida por una incrustación blanca en dos partes que se van adelgazando hacia los lados del tumor hasta confundirse con él. Se practicó una histerectomía subtotal que por lo difícil en este caso, trajo el accidente de la rotura del fondo vesical y del fondo de saco vaginal izquierdo. Se hizo la sutura de la vejiga en cuatro planos, sutura del fondo de saco vaginal, sutura de la pared en tres planos, drenaje abdominal, vaginal y sonda vesical a permanencia. (Pezzer)

Hecha una sección mediana del tumor en sentido vertical se encontró que gritaba al escalpelo, tenía una coloración amarillosa muy tenue, con fibras longitudinales al corte y compacto en todas sus regiones. Disecado el músculo uterino se observó que era para el tumor un verdadero forro adherido a él por todas partes, pero fácil de liberar menos en el fondo donde encontramos un pedículo grueso y ancho; las caras y bordes del útero estaban reducidas a láminas casi del grueso de una hoja peritoneal y el fondo tenía por el contrario un grueso de cuatro traveses de dedo con un pequeño fibroma de fibras circulares en la parte central. El enorme fibroma de la cavidad pesó 4.500 gramos y la matriz con los ovarios y la trompa 1 kilogramo. Ovarios escleroquísticos con hiperplasia y trompas congestivas.

POST-OPERATORIA

Día primero.—Tarde: pulso 80, respiración 31, temperatura 37°. Hay orina mezclada con sangre. Está tranquila.

Día segundo.—Mañana: pulso 78, respiración 27, temperatura 37,8°. Se hizo la curación. Ha tenido un poco de vómito. Tarde: pulso 81, respiración 26, temperatura 38°. Está tranquila. La sonda ha funcionado muy bien.

Día tercero.—Mañana: pulso 82, respiración 26, temperatura 38,2°. Se retiró el dren abdominal y la gasa vaginal. La sonda vesical funciona bien. Tarde: pulso 80, respiración 25, temperatura 37,5°. Está tranquila.

Día cuarto.—Mañana: pulso 62, respiración 25, tempe-

ratura 36,9°. Nueva curación. Lavado intestinal. Sonda vesical funcionando. Tarde: pulso 65, respiración 26, temperatura 37°.

Día quinto.—Mañana: pulso 65, respiración 25, temperatura 37,9°. Tuvo anoche calofrío y fiebre. Lavado rectal, urotropina. Tarde: pulso 70, respiración 27, temperatura 38°.

Día sexto.—Mañana: pulso 80, respiración 24, temperatura 37,8°. Hay síntomas de cistitis. Sigue la urotropina. Tarde: pulso 84, respiración 28, temperatura 38,2°.

Día séptimo.—Mañana: pulso 86, respiración 30, temperatura 37,9°.

La convalecencia continuó normal y la enferma abandonó el Servicio al mes completamente restablecida.

GERMÁN GIRALDO, Practicante.



NOTAS

Agradecemos cordialmente a la *Revista Médica* de Sevilla la reproducción del artículo PROSTATECTOMÍA, y a la *Revista de Ciencias* de la Argentina la de CIRUGÍA DE LAS VÍAS BILIARES. La atención del distinguido Profesor Víctor Delfino nos honra altamente.

NUEVOS DOCTORES. Han optado el grado de Doctor en Medicina y Cirugía nuestros distinguidos discípulos D. Martín Noreña, D. Alfonso Palacio, D. Julio Ceballos, D. Oscar Scarpetta, D. Rafael Uribe O. y D. Alberto Bernal A., a quienes felicitamos muy cordialmente.

ESTUDIOS MÉDICOS. Con este nombre ha aparecido una nueva *Revista Médica* dirigida por aventajados Estudiantes de Medicina. Con el canje van nuestras calurosas felicitaciones por tan meritoria labor.

EL PAQUETE
ANTIUNCINARIASICO,

arreglado según las indicaciones del Dr. Miguel M^a Calle, autoridad reconocida en Terapéutica y distinguido médico que desde hace 20 años viene dedicando especial atención a la ANEMIA TROPICAL, contiene las drogas precisas para curar la enfermedad e instrucciones detalladas para su uso.


No debe faltar en las empresas mineras y agrícolas.

LABORATORIOS QUIMICO-FARMACEUTICOS

DROGUERIA BEDOUT

MEDELLIN

De venta en todas las Farmacias y Droguerías.



CLINICA GIL

INSTALACION CENTRAL, MODERNA
E HIGIENICA.

BAÑOS DE AGUA CALIENTE.

LUJOSOS APARATOS DE ESTERILIZACION.

DOS SALAS DE OPERACIONES.

MESA GALIA.

INSTRUMENTACION COMPLETA.

TREPANO ELECTRICO DE DE MARTEL.

ENFERMERAS COMPETENTES.

Director, GIL J. GIL,

*Profesor de Patología Externa y Clínica Quirúrgica,
Cirujano del Hospital de Medellín.*

Calibío 74 - Medellín - Colombia.

Teléfonos: Dr. GIL 2 - 6 - 4.

CLINICA 14 - 07.

