

BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

Directores:

Elkin Rodríguez, Alfredo Correa Henao

Contenido:

Profesor Gil J. Gil (Caricatura).....	H. Longas
Notas Editoriales.....	Dr. Braulio Mejía
Estadística Quirúrgica.....	Dr. Gil J. Gil
Gil J. Gil (Esquema Biográfico).....	Dr. Hermán Posada
Tres Embarazos Molares.....	Dr. Gonzalo Botero Díaz
Variaciones Radiológicas del Bulvo Duodenal....	Dr. Martiniano Echeverri
Una Observación.....	" " "
Apuntes de la Pituitrina en la Práctica Obstetricia..	Dr. Albeto Bernal Nichols
Un Centenario.....	Dr. J. V. González
Aspecto científico en la educación Infantil.....	Dr. Jaime Bernal Moreno
El Problema Tuberculoso.....	Dr. Juan B. Pérez Cadavid
Cuerno del Pene.....	Dr. Gil J. Gil

Colaboradores:

Doctor Jacinto Echeverri Duque

Decano de la Facultad

Profesor de Patología Externa

Dr. Martín Noreña

Profesor de Anatomía.

Dr. José Vicente González

Profesor de Anatomía

Dr. Jesús Peláez Botero

Profesor de Química Biológica

Dr. Pedro Nel Cardona

Profesor de Anatomía Patológica

Dr. Juan Uribe Williamson

Profesor de Histología

Dr. Alonso Restrepo

Profesor de Parasitología



PROFESOR GIL J. GIL, M. D.

Profesor de Clínica Ginecológica en la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia

Presidente de la Academia de Medicina de Medellín.

Miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Bogotá.

Miembro del Colegio Americano de Cirujanos.

Ex-Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia.

NOTAS EDITORIALES

Complacidos insertamos nuestra página Editorial la siguiente galante comunicación con que ha tenido, como siempre, la bondad de estimularnos nuestro Maestro el Profesor Braulio Mejía, dechado de caballeros, modelo de profesionales y prez y honra del Cuerpo Médico de Antioquia.

En días pasados me participó el joven Elkin Rodríguez, estudiante de Medicina, el proyecto que tenía de fundar una revista clínica que representara los intereses de la Escuela. Me pidió concepto sobre el particular y aun solicitó mi cooperación.

Considero que es esta una feliz iniciativa, digna de todo aplauso, y desde luego no vacilé en apoyarla.

Con tenacidad encomiable Rodríguez ha realizado su empresa y al efecto acaba de salir el primer número del Boletín con material variado y selecto. Al frente de su dirección están dos estudiantes que, por sus condiciones de capacidad, cultura y caballerosidad son

garantía inequívoca de que el Boletín Clínico tendrá larga existencia, llenando así un vacío que se hacía sentir desde tiempo atrás. Me refiero a los Señores Elkin Rodríguez y Alfredo Correa Henao.

Para no enumerar sino algunas de las ventajas que esta publicación pondrá de relieve, bastaría considerar en primer lugar que se-
rá éste un admirable medio de gimnasia intelectual para el estudiante y que se traducirá en una fecunda ilustración clínica.

En segundo lugar, el estudiante adquirirá saludable disciplina para la redacción que ha de aparecer en público; bien sabido es que, en términos generales, la tesis de grado es la primera publicación del estudiante.

Desde otro punto de vista la importancia es aun mayor porque establece deseable cohesión entre los estudiantes y entre éstos y los profesores, lo que sin duda alguna contribuirá a la buena marcha de la escuela.

Felicito a los iniciadores y deseo para el simpático Boletín largos años de fecunda labor.

Se me informa que el presente número está dedicado al Dr. Gil J. Gil como homenaje en la celebración de sus bodas de plata profesionales. Cordialmente me adhiero a tan justa manifestación. Veinticinco años de lucha tenaz y desde todo punto de vista meritoria; veinticinco años de consagración inteligente y sin claudicaciones al servicio de los intereses de la Escuela y del público en general, son títulos de honorabilidad que no se adquieren sino bajo el dominio de una voluntad sustantiva poco común.

El Dr. Gil será siempre un representativo que por sus múltiples capacidades hará honor al cuerpo médico y a la sociedad.

Como colega y amigo me complazco en sus triunfos.

Medellín, junio de 1932.

Braulio MEJIA

Estadística Quirúrgica General

del Dr. Gil J. Gil (1907-1932)

Para el Boletín Clínico

OPERACIONES

MUERTES

Amigdalectomía y adenoidectomía	250	0
Amigdalectomía	55	0
Amigdalotomía y adenoidectomía	15	0
Amigdalotomía	33	0
Cauterización de amígdalas	5	0
Adenoidectomía	37	0
Turbinotomía	3	0
Extirpación de epulis	7	0
Extirpación parcial de la lengua	3	0
Ligadura de la arteria lingual	1	0
Extirpación de ránula	1	0
Extirpación de quiste sebáceo sublingual	1	0
Cauterización de noma	2	0
Curación de labio leporino	8	0
Reparación de labio por heridas	5	0
Autoplastia del labio	2	0
Extirpación de epitelioma del labio	10	0
Extirpación de epitelioma y autoplastia	2	0
Curación de labio leporino y uranoplastia	1	0
Extirpación de quiste tirogloso	1	0
Tiroidectomía	12	0
Ligadura de la arteria tiroidiana	2	0
Ligadura de la yugular interna	1	0
Extirpación de tumor del ganglio carotidiano	1	1
Extirpación de ganglios tuberculosos cuello	5	0
Extirpación de ganglios cancerosos "	3	0
Extirpación de tumor parotidiano	2	0
Esofagoscopia	6	0
Gastrostomía	3	1
Gastropexia y apendicectomía	2	0
Gastro y colonopexia	1	0
Gastro-colonopexia y apendicectomía	2	0
Gastroenterostomía posterior	77	1
Gastroenterostomía anterior	1	0
Gastroenterostomía y gastropexia	1	0

Gastroenterostomía y apendicectomía	8	0
Piloroplastia para estenosis congénita	2	0
Pilorectomía secundaria	2	0
Gastrectomía parcial y anastomosis	19	0
Gastrectomía parcial, anast. y apendicet.	1	0
Gastrectomía parcial, secundaria	1	0
Gastrectomía parcial y Polia anterior	2	1
Gastrectomía parcial y Polia posterior	8	2
Gastrectomía secundaria y Polia anterior	1	1
Gastrectomía Balfour y anastomosis	5	0
Resección úlcera yeyunal y nueva anast.	2	0
Resección úlcera yeyunal y entero anast.	1	0
Celiotomía exploradora	85	5
Celiotomía para adherencias	5	1
Celiotomía para herida penet. y suturas ints.	16	12
Celiotomía y gastrorrafia	11	4
Celiotomía para perforación intest. y dren.	5	2
Celiotomía para epiploitis y apendicectomía	7	2
Celiotomía y exclusión del píloro	1	0
Celiotomía y corto circuito del colon	1	0
Celiotomía para absceso postgástrico	2	1
Celiotomía y yeyunostomía secundaria	1	1
Celiotomía para enorme quiste pancreático	1	1
Celiotomía para extirpación de fístula cecal	1	0
Celiotomía para fist. esterc., anast. y apendicedomía	1	0
Celiotomía y drenaje para peritonitis	8	3
Celiotomía para invaginación	3	3
Celiotomía para ilius	7	5
Celiotomía y anastomosis intestinal	1	0
Celiotomía y anastomosis colosigmoidea	1	1
Celiotomía e iliosigmoidostomía	1	1
Colonopexia	1	1
Colonopexia y apendicectomía	3	0
Apendicectomía para apendicitis aguda	1	0
Apendicectomía para apendicitis sub-aguda	81	4
Apendicectomía para apendicitis crónica	58	0
Apendicectomía para peritonitis apendicular	278	1
Apendicectomía y salpingo-ovariectomía	9	1
Apendicectomía y miomectomía	19	0
Apendicectomía y curación hernia inguinal	15	0
Apendicectomía y salpingostomía	2	0
Incisión de absceso apendicular	1	0
Colecistostomía	21	3
Colecistostomía y apendicectomía	31	6
Colecistectomía	3	0
Colecistectomía y apendicectomía	19	4
	8	1

Colecistectomía y coledocotomía	3	0
Colecistectomía y sut. colédoco cabo a cabo	1	0
Colecistectomía y gastroenterostomía	1	0
Colecistenteroanastomosis	1	0
Colecistogastrostomía	1	0
Curación de eventración	18	0
Curación de eventración y apendicectomía	2	0
Curación de eventración y colecistostomía	1	0
Curación de hernia inguinal	92	0
Curación de hernia inguinal y apendicectomía	1	0
Curación de hernia inguinal y orquidopexia	3	0
Cur. hernia inguinal, orquidopexia y apend.	1	0
Cur. hern. ing. estr., apend. y ext. div. Meckel	1	1
Curación hernia. crural	12	0
Curación de hernia umbilical	12	0
Curación de hernia epigástrica	4	0
Dilatación anal y exploración	6	0
Extirpación recto y sutura	2	1
Extirpación fístulas rectoperineales	8	0
Extirpación pólipo rectal	1	0
Rectotomía posterior	2	0
Rectoscopia y cauterización	4	0
Curación prolapso rectal	4	0
Extirpación hemorroides, ligadura y sutura	7	0
Extirpación hemorroides (Whitehead)	1	1
Incisión del esfínter anal para fisuras	4	0
Rectorrafia	2	0
Abocamiento del recto para imperforación anal	1	1
Ano ilíaco para carcinoma del recto	1	0
Extirpación condilomas anales	7	0
Curación fístula recto-vaginal	2	0
Episiotomía	6	0
Ninfectomía y cauterización	4	0
Incisión himen	3	0
Incisión bridas vaginales	3	0
Curación fístulas vesico-vaginales	11	0
Colpectomía anterior	2	0
Colpotomía posterior	3	0
Perineorrafia	10	0
Perineorrafia y sutura esfínter anal	3	0
Colpoperienorrafia	3	0
Tabicamiento vaginal de Le Fort	17	1
Histero-colpo-perineorrafia	87	5
Histero-colporrafia	7	0
Histero-perineorrafia	12	0
Tráquelo-colpo-perineorrafia	3	0

	3	0
Traquelorrafia	2	0
Amputación cuello y traquelorrafia	1	0
Amputación cuello, traquelorrafia y Alexander	3	0
Dilatación cervical	43	0
Legrado uterino	1	0
Legrado uterino y perineorrafia	15	0
Extirpación de pólipo uterino	106	3
Histerectomía vaginal	4	0
Ligamentopexia (Alexander) y perineorrafia	13	0
Ligamentopexia (Dartigues) y apendicectomía	2	0
Ligamentopexia (Dartigues) y perineorrafia	3	0
Ligamentopexia (Dartigues) y ovariectomía	5	0
Ligamentopexia (Dartigues), apend. y salp. ovar.	3	0
Ligamentopexia (Dartigues), apend., salpingo ovariect. y ovariectomía	1	0
Ligamentopexia (Gilliam), apend. y salp. ovariect.	1	0
Ligamentopexia (Gilliam), y traquelorrafia	1	0
Operación de Kutsner	1	0
Operación de Ovi	1	0
Extirpación glándula de Bartholin	2	0
Miomectomía	1	0
Histerectomía vagino-abdominal	1	0
Histerectomía fúndica y apendicectomía	1	0
Histerectomía abd. subtotal	76	6
Histerectomía abd. subtotal y apend.	337	9
Histerectomía abdominal subtotal y ent. anas.	1	0
Histerectomía abdominal total	38	4
Histerectomía abdominal total y apend.	47	1
Extirpación quiste paraovariano y apendicec.	1	0
Ovariectomía	15	0
Ovariectomía y ovariectomía	3	0
Ovariectomía doble	2	0
Salpingectomía	5	0
Salpingo-ovariectomía y Ovariectomía	31	1
Salpingo-ovariectomía y apendicectomía	55	0
Salpingo-ovariectomía doble	19	0
Salpingo-ovariectomía doble y apendicec.	13	0
Salpingo-ovariectomía y salpingostomía	3	0
Salpingo ovariect. unil. ap. y colecistostomía	1	0
Salpingo ovariect. y colecistostomía	2	0
Salpingo ovariect. der., salpingost., apend y legrado	1	0
Salpingo ovariect der., salpingost y apend.	4	0
Salpingo ovariect. salpingectomía, apend. y colecist.	2	0
Salpingo ovariect, salpingectomía, apend. y Dartigues	1	0
Salpingo ovariect. salpingostomía, apend., colecisto-		0

tomía y ligamentopexia de Dartigues	1	0
Histerectomía abd. subtotal, apend y colecistostomía	2	0
Histerectomía abd. subtotal y colecistostomía	1	0
Marsupilización de quiste del ovario	1	0
Cesárea abdominal clásica	3	1
Cesárea abdominal clásica y salpingo-ovariect.	1	0
Cesárea abd. baja transperitoneal	2	0
Cesárea abd. e histerectomía subtotal	2	0
Termocauterización cuello uterino	1	0
Sinfisiotomía	1	0
Operación de Latarjet	1	0
Operación de Latarjet y apendicectomía	1	0
Operación de Latarjet, apend. y salpingostomía	1	0
Operación Latarjet, salpingo ovariect. y ovariectomía	1	0
Extirpación lipomas	24	0
Extirpación pequeños tumores	30	0
Extirpación quistes sebáceos	35	0
Extirpación quistes dermoides	18	0
Extirpación de higromas	3	0
Extirpación de fístulas cutáneas	11	0
Sutura de heridas	25	0
Incisión de abscesos	140	0
Incisión de abscesos del piso de la boca	2	0
Incisión de absceso hepático	7	1
Incisión de abscesos del psoas	4	0
Incisión de absceso urinoso	6	0
Incisión de absceso prostático	2	0
Incisión de absceso perinefrítico	3	0
Legrado de úlceras	22	0
Extracción de proyectiles	28	0
Extracción de cuerpos extraños	21	0
Extirpación de tatuaje	1	0
Liberación de adherencias cicatriciales	4	0
Extracción de uñas y legrado	25	0
Broncoscopia	5	0
Traqueotomía	8	1
Pleurotomía	12	1
Extirpación de pólipos nasales	20	0
Extirpación pólipos nasofaríngeos	1	0
Liberación de nervios	1	0
Sutura de nervios	1	0
Sección parcial del cubital	1	0
Laminectomía	2	0
Craniectomía	16	5
Extirpación de mielomeningocele	1	0
Toracotomía y resección costal	1	0

	2	0
Toracoplastia	15	0
Costotomía	14	0
Antrectomía de la mastoides	5	0
Antrectomía del seno maxiliar	3	0
Antrectomía del seno frontal	2	0
Punción del seno maxilar y lavado	16	0
Osteosíntesis	38	0
Legrado óseo	23	0
Legrado óseo y secuestrotomía	6	1
Trepanación ósea y legrado	1	0
Injerto óseo (Albee)	4	0
Resección ósea	1	0
Resección ósea y osteosíntesis	2	0
Resección del cóndilo del maxilar inferior	3	0
Resección del maxilar inferior	1	0
Resección de la cabeza de húmero	3	0
Resección de la extremidad inf. del húmero	2	0
Resección del olécrano	2	0
Resección total de la tibia	2	0
Resección parcial de la tibia	1	0
Resección de la extremidad inf. de la tibia	3	0
Reducción sangrienta de luxaciones	7	0
Reducción luxación del hombro	7	0
Reducción luxación del codo	8	0
Reducción luxación de la cadera	2	0
Reducción luxación de la rodilla	1	0
Reducción luxación del maxilar	4	0
Reducción de pequeñas articulaciones	4	0
Reducción y fijación de fracturas	63	0
Reducción abierta de fracturas	4	0
Amputaciones	34	5
Artrotomías	8	0
Curación de tálipes equino varus	8	0
Tenotomía simple	8	0
Tenorrafias	1	0
Reseccion escápulo-humeral	3	0
Extirpación de la mama	1	0
Extirpación de adenoma de la mama	4	0
Extirpación de la mama (Halsted)	3	0
Enucleación del ojo	14	0
Extirpación de terigio	7	0
Extirpación de osteoma de la órbita	1	0
Extirpación de sesamoide	1	0
Extirpación de pólipo del oído medio	1	0
Ligadura de la cubital	1	0
Ligadura de la femoral	1	0
	2	0

Ligadura de la poplítea	1	0
Ligadura del arco palmar	2	0
Ligadura de la radial	1	0
Simpatectomía periarterial	4	0
Extirpación de fístula coccigiana	3	0
Incisiones varias	27	0
Transfusión sanguínea	32	0
Extirpación teratoma del sacro	1	0
Circuncisión	38	0
Incisión prepucial liberadora	25	0
Extirpación cuerno del pene	1	0
Uretrotomía interna	32	0
Uretrotomía interna y ext. fístulas uretrales	8	0
Meatotomía	6	0
Uretrotomía externa	20	0
Uretrostomía	2	0
Uretrorrafia	1	0
Amputación del pene	5	0
Extirpación de fístulas uretrales anteriores	7	0
Extirpación de fístula peniana	1	0
Extirpación de fístula uretroprostática	1	0
Punción vesical	15	0
Cistostomía	53	0
Prostatectomía	33	1
Vasotomía	2	0
Extirpación de sarcoma del cordón	1	0
Extirpación de sarcoma del testículo	1	0
Extirpación de quiste del cordón	1	0
Resección de la vaginal	4	0
Inversión de la vaginal	5	0
Dislocación testicular	5	0
Nefropexia	2	0
Nefropexia y apendicectomía	2	0
Nefrotomía	1	0
Nefrectomía	2	0
Pielotomía	2	0
Uretero-cisto-neoanastomosis	1	0
Incisión lumbar para expl. renal	1	0
Incisión lumbar para pionefrosis	2	1
Orquidectomía	2	0
Emasculación total	1	0
Curación de varicocele por ligadura	3	0
Cur. de varicocele por resección escroto	2	0
Cur. de varicocele por res. escrt. y ligadura	1	0
Electro coagulación de epitelomas	13	0
Punción pericárdica	1	0

Toracentesis	9	0
Paracentesis abdominal	18	0
Paracentesis de la vaginal	4	0
Suturas varias	10	0
TOTALES	3783	120

Mortalidad global	3.16%
Muertes no imputables a la intervención	49
Mortalidad efectiva	1.8%
Detalles de algunas intervenciones	
Extirpación de las amígdalas	353
Mortalidad	0%
Hemorragia	0%
Complicaciones operatorias	0%
Apendicetomías:	
Para apendicitis agudas	81
Mortalidad a pesar de la operación	4.93%
Para apendicitis subaguda	38
Mortalidad	10%
Para apendicitis crónica	278
Mortalidad	2.7%
Para peritonitis apendicular	9
Mortalidad	11%
Para apendicitis y ovaritis escleroquística	18
Mortalidad	0%
Para apendicitis y fibromas subperitoneales	5
Mortalidad	0%
Para apendicitis y hernia inguinal	2
Mortalidad	0%
Para apendicitis y obstrucción de la trompa	1
Mortalidad	0%
Incisión de abscesos apendiculares	21
Mortalidad	3 o sea
Total de operaciones para apendicitis	14%
Mortalidad	453
Operaciones Gástricas	1.1%
Gastroenteroanastomosis posterior	77
Mortalidad	1
Gastroenterostomía y apendicectomía	1.2%
Mortalidad	8
Gastroenterostomía anterior	0%
Mortalidad	1
Gastroenterostomía y pexia	0%
Mortalidad	1
Gastropexias y apendicectomía	0%
	5

Mortalidad		0%
Gastrectomías por diversas técnicas		37
Mortalidad	4 o sea	10.8%
Gastrostomía		3
Mortalidad 1, no imputable a la intervención		
Piloroplastia		2
Mortalidad		0%
Total de operaciones gástricas		134
Mortalidad	5	3.7%

Histerectomías

Abdominal subtotal		76
Mortalidad	6	7.8%
Abdominal subtotal y apendicectomía		337
Mortalidad	9	2.6%
Abdominal total		39
Mortalidad	4	10.2%
Abdominal total y apendicectomía		46
Mortalidad	1	2.1%
Histerectomía vaginal		106
Mortalidad	3	2.8%
Histero-colpo-perineorrafia		87
Mortalidad	5	5.7%
Histero-colporrafia		7
Mortalidad		0%
Histero-perineorrafia		12
Mortalidad		0%
Histerectomía abdominal y otra intervenc.		7
Mortalidad		0%
Total de histerectomías		713
Mortalidad	28	3.9%
Anestesia:		
Avertina		34
Mortalidad		0%
Raquídea		626
Mortalidad	1	0.15%
Fracasos		5
Anestesia incompleta		25
Anestesia completa		574
Eter		988
Mortalidad		0%
Cloroformo		867
Mortalidad		0%
Anestesia local		357
Mortalidad		0%

Somnoformo	0%
Mortalidad	3
Somnífero intravenoso	5
Anestesia espidual	0%
Mortalidad	
Operaciones con avertina:	10
Gastroenterostomías	3
Apendicectomías	1
Operación de Halsted	1
Trepanación ósea y legrado	1
Histerectomías vaginales	5
Histerocolpoperineorrafia	1
Histerectomías abd. subt. y apendicec.	4
Salpingo-ovariectomías	2
Tiroidectomías	2
Curación hernia crural	1
Curación hernia inguinal	1
Amputación cuello y perineorrafia	1
Colecistectomía	1
Celiotomía	1

Los datos sobre anestesia comprenden solamente desde 1919; los datos anteriores, tanto los publicados como los inéditos, no permiten sacar números exactos, por lo cual prescindo de ellos. La mayor parte de las anestésias anteriores al período analizado fueron obtenidas con cloroformo, unas pocas con éter, raquídea con estovaína, y estovaína y novocaína locales. Aunque en los servicios de que he sido o soy actualmente jefe ha habido muchísimas más intervenciones y anestésias diversas practicadas por mis Jefes de Clínica o mis estudiantes, la estadística que publico hoy se refiere únicamente a intervenciones practicadas personalmente por mí.

Quizás tenga algún interés científico analizar algunos de los datos de la estadística anterior y deducir conclusiones que se apoyan en veinticinco años de experiencia.

Anestesia. No existe todavía el anestésico ideal y quizás pasarán muchos años antes que la ciencia encuentre la sustancia que reúna todas las condiciones exigidas: fácil aplicación, agradable o poco molesta, inocuo para el protoplasma celular, de acción segura, pero que pueda ser suspendida en cualquier momento, de rápida eliminación y que no deje rastros nocivos en el organismo. Entre nosotros la anestesia ha progresado con extrema lentitud, y el cloroformo es todavía el anestésico más empleado por la mayoría de los médicos. El éter fué introducido por el Dr. Montoya y Flórez, pero su uso no se ha generalizado sino en la última década, sin que por ello haya logrado desalojar al cloroformo. La acción tóxica de estas dos sustancias, verdaderos venenos protoplásmicos, las condena irremisiblemente a desaparecer como anestésicos generales, a pesar del dicho del Profesor Faure: "después de todos los ensayos con otros anestésicos y otras técnicas, quedan siem-

pre en primer lugar el cloroformo y el éter como los más seguros y los más eficaces”.

En los Estados Unidos está abolido definitivamente el uso del cloroformo, y el del éter ha disminuído en más de un cincuenta por ciento: la anestesia local y las mezclas gaseosas, óxido nitroso, etileno, bióxido de carbono y oxígeno, solos o combinados con el éter, han tomado la supremacía. En manos de los americanos la anestesia ha llegado a ser una ciencia que progresa continuamente, y un arte que ha reducido los peligros de la narcosis a cifras verdaderamente ínfimas. Entre nosotros, a pesar de que en los últimos años la anestesia local y la raquídea han tomado bastante incremento, el cloroformo y el éter se usan todavía con demasiada frecuencia; quizás sea esto debido a la ventaja común a todos los anestésicos por inhalación de poder suspender su acción a los primeros síntomas de peligro, lo cual los hace más seguros para ser empleados por anestesistas improvisados. En más de un millar de anestesis con cloroformo y otras tantas con éter, no tengo ninguna muerte que lamentar imputable directamente a la anestesia, pero indudablemente son muchos los casos en que, atribuída la muerte a la continuación de la enfermedad o a complicaciones pulmonares, hepáticas etc., queda la duda de que, a la larga, fué la acción nociva del anestésico el factor principal en la pérdida del enfermo. Sobre todo en los casos de abdomen agudo en que me he visto forzado a usar el cloroformo, me ha quedado muchas veces la angustia de pensar que el anestésico dió el golpe de gracia y fué factor principalísimo en la aparición de la toxemia hepática que cerró el cuadro clínico. Es sabido que el cloroformo, por lo general, no ataca la cédula hepática sana, pero produce rápidamente la degeneración hepática aguda en hígados insuficientes o ya enfermos. Y en nuestro medio las grandes y pequeñas perturbaciones hepáticas son muy comunes, y por ello el cloroformo es un anestésico que expone a graves peligros, no tanto en el acto operatorio, cuanto en los días posteriores, y su uso debe reducirse todo lo más posible. Sin embargo, el cloroformo es de una inocuidad pasmosa en los niños: en más de 500 anestesis para operaciones sobre las amígdalas, pie equinovarus, circuncisión, celiotomías, **en los niños**, no he visto la menor molestia posterior.

Es de lamentar que entre nosotros haya muy pocos médicos y poquísimos estudiantes que se den cuenta de la importancia de la anestesia. Por el contrario, hay muchos que la miran como cosa fácil, ligera, de poca responsabilidad, que está al alcance de cualquier persona medianamente técnica, y que no ven en la labor del anestesista sino la parte mecánica de echar unas gotas de substancia sobre una compresa o el manejo rutinario de un aparato. Aun hay muchos que tienen pavor a la anestesia y consideran depresivo el actuar como anestesistas, cuando por el contrario, la misión de éstos en el acto operatorio es de importancia capital, y el cirujano no puede estar tranquilo ni desarrollar su técnica serenamente sino cuando tiene la seguridad de que el anestesista domina la materia y le dá una anestesia satisfactoria. No hay nada tan inquietante para el cirujano como una anestesia irregular, discontinua, interrumpida por frecuentes accesos de vómito o por fenómenos asfíxicos, lo cual no le permite hacer su campo ni trabajar con tranquilidad. En esta mate-

ria debemos cambiar nuestros puntos de vista y trabajar porque en cada servicio se forme un especialista en anestesia, mejor un médico, aunque bien pudiera ser un estudiante o una enfermera inteligente. De esta manera el anestesista podría ahondar en los principios científicos y en todos los detalles del arte de la anestesia; podría escoger, de acuerdo con el cirujano y previo el examen personal de cada enfermo y de la determinación del equilibrio acido-base y de la reserva alcalina, el anestésico más conveniente para cada caso particular y descubrir así las contraindicaciones de cada caso, y aun hacer suspender una operación cuando por cualquier motivo encontrare que el enfermo no está en condiciones de soportar la narcosis.

Lo que quiere decir que debemos hacer del anestesista un colaborador del cirujano, y dejarle la responsabilidad de la escogencia del anestésico y de la oportunidad de la intervención desde su punto de vista. Al mismo tiempo, debemos mejorar la dotación del equipo para anestesia, introduciendo en la práctica—por lo menos en la hospitalaria—el uso de las mezclas gaseosas. Y digo en la práctica hospitalaria porque, hoy por hoy, no creo posible hacerlo en las clínicas particulares, por el alto costo del equipo, la necesidad de un especialista para su manejo y la dificultad de introducir periódicamente cantidades reducidas de gases, ya que éstos no pueden ser preparados en el país. Todo esto hace que esta anestesia resulte muy costosa y fuera de las posibilidades de la clientela en los actuales momentos.

ANESTESIA LOCAL Es sin duda la más simple, sencilla e inocua de las anestесias. Me ha tocado extender su radio de acción y he practicado con éxito completo la curación de hernias inguinales, crurales, epigástricas, umbilicales, celiotomías, cistostomías, colecistostomías, apendicectomías etc. Uso una solución esterilizada de 50 centigramos de novocaína para 100 gramos de suero fisiológico, y en el momento de emplearla agrego al frasco una ampolla de 1 miligramo de adrenalina. Desde que el cirujano sea paciente y mañoso, y vaya infiltrando capa por capa, la anestesia es siempre satisfactoria. Nunca he tenido contratiempo que lamentar y aun la supuración de las heridas, que es el temor de algunos cirujanos, no se presenta sino en muy raras ocasiones y no con mayor frecuencia que con otros anestésicos. El único inconveniente de este método es el de tener que operar con lentitud para dar tiempo a que el anestésico obre. La cantidad de substancia empleada varía mucho, pero no hay qué temer por este lado pues la solución es muy débil y hay amplio campo de seguridad para inyectar la cantidad necesaria. De 40 a 60 centímetros cúbicos de la solución mencionada son suficientes para cualquiera de las operaciones dichas.

AVERTINA La prueba de que ninguno de los anestésicos corrientes satisface con plenitud es el hecho de que los investigadores de todo el mundo continúen la búsqueda de la substancia ideal que llene todos los requisitos científicos, y el que los cirujanos nos apresuremos a ensayar ampliamente

todo compuesto de propiedades anestésicas que se lanza al mercado. La avertina, producto de la Casa Bayer, es una de las últimas novedades anestésicas que ocupa la atención de los cirujanos, y sobre la cual se encuentran a diario en la literatura conceptos muy variados. Fuí el primero en usarla en Antioquia en Mayo de 1930, y desde entonces he completado 34 casos personales, más 14 de mi servicio de clínica. Empecé por las dosis de 0.08, por kilogramo de peso, con lo cual obtuve una anestesia—base regularmente satisfactoria. Aumenté progresivamente la dosis en los casos siguientes hasta llegar a la dosis de 0.12 por kilogramo de peso, dosis con la cual he obtenido no sólo anestesia—base sino anestesia completa en muchos casos. Creo, pues, que esta es la dosis óptima entre nosotros, y que si no se pasa de ella no hay que temer ningún peligro.

La solución empleada es al $2\frac{1}{2}\%$, de tal manera que por cada gramo de substancia se ponen 40 centímetros cúbicos de agua destilada entre 35 y 40 grados de temperatura. La víspera de la operación se aplica un lavado intestinal. Al día siguiente y más o menos una hora antes de aplicar el enema, se inyecta 1 centigramo de morfina. Hecha la solución a razón de 0.12 centigramos por kilo de peso y 40 centímetros cúbicos de agua destilada a la temperatura dicha por gramo de substancia, se hace la prueba con el rojo del congo y si dá el color anaranjado típico, se aplica el enema con sonda rectal y una jeringa de cristal suficientemente grande; la inyección se hace con mucha lentitud y terminada se retira la sonda, aunque parece mejor dejarla **in situ** obturada por medio de una pinza de Kocher. Esto tiene la ventaja de poder retirar una parte del lavado no absorbido en cualquier momento.

La solución de avertina se absorbe rápidamente; el sueño es profundo desde 5 minutos después de aplicado el enema, y de 15 a 30 minutos después la anestesia es completa. La intervención se practica sin que el enfermo manifieste la menor molestia, salvo en algunos casos en que trata de moverse al hacer la incisión de la piel: la sensibilidad cutánea es la última que se pierde con esta anestesia. Después del acto operatorio, el sueño continúa por 3 ó 4 horas; es tranquilo y profundo, y al despertar no hay excitación por lo general; sólo en un caso una enferma estuvo un poco excitada y trató de levantarse.

Resumo la acción fisiológica de esta substancia por mis observaciones personales:

1. A la dosis normal de 0.12 por kilo el ritmo cardíaco se sostiene con pequeñas variaciones, pero la tensión arterial baja progresivamente, en algunos casos hasta 50 milímetros. Con dosis menores y anestesia insuficiente hay ligera excitación, el pulso se acelera y la tensión sube.

2. La temperatura baja moderadamente, como sucede con todos los anestésicos.

3. La respiración se hace lenta y superficial. Como la relajación muscular es bastante grande, y la mandíbula inferior cae, hay obstáculo respiratorio mecánico que es necesario corregir, lo cual regulariza la respiración.

4. Los reflejos desaparecen, la pupila en miosis no reacciona, hay relajación muscular e insensibilidad completa. A menor dosis o si no se ha dejado pasar el tiempo suficiente, el enfermo, aunque parece dormir profundamente, se

mueve y trata de defenderse al hacer la incisión. La espera de unos minutos, unas gotas de cloroformo o una aspiración de éter son suficientes para traer la insensibilidad, y continuar el sueño profundo.

5. El despertar es tranquilo, sin náuseas ni vómitos. Al principio hay un poco de inconsciencia, por lo cual es conveniente vigilar el enfermo para que no se haga daño.

6. El enfermo no tiene recuerdo del acto operatorio, aun en los casos de anestesiados que se mueven y hablan incoherentemente.

7. Aunque la anestesia produce silencio abdominal, éste no es tan completo como en la raquidia en las operaciones abdominales bajas.

8. En los casos observados no se ha presentado ninguna complicación ni fenómeno posterior digno de notarse, por lo cual infiero que la eliminación de la substancia es muy rápida. Un caso de muerte por neumonía izquierda en un individuo gastroenteroanastomosado, no puede atribuirse a la avertina.

Las ventajas de esta substancia son en mi opinión:

Poco tóxica; evita la excitación preoperatoria y por consiguiente está muy bien indicada en individuos miedosos y excitables; evita el choque operatorio; no produce náuseas ni vómitos; se elimina rápidamente y no deja lesiones orgánicas posteriores; la anestesia es satisfactoria o si es ligeramente insuficiente, basta para completarla una dosis insignificante de éter o cloroformo.

Sin embargo, tiene los siguientes inconvenientes:

Su dosificación es incierta; la baja de presión arterial es en algunos casos alarmante; su eliminación se verifica transformándose en el hígado, por lo cual puede afectar este órgano si ya tiene alguna lesión patológica; existe el peligro de su descomposición en el intestino si hay en este órgano lesiones ulcerosas, las que muchas veces no se han diagnosticado; como pasa con los anestésicos que se administran por vía rectal, como con los intravenosos, intraraquídeos, intratraqueales etc., una vez introducida la substancia en el organismo no se puede detener su acción; su solución es inestable: a más de 40 grados se descompone en ácido bromhídrico y dibromoacetaldehído, substancia esta última tóxica y que en muy pequeñas cantidades produce graves lesiones intestinales.

Mi discípulo el Dr. Gonzalo Botero, hoy Jefe de Clínica, presentó su Tesis de grado sobre 75 casos de avertina en los cuales están comprendidos los 48 de mi servicio. Sus conclusiones son francamente favorables al empleo de esta substancia. Mi opinión está en el mismo sentido, sobre todo para las operaciones gástricas, extirpación de los cotos y las operaciones de la cabeza, excepto las de la cavidad bucal y las decompresiones craneanas para tumor cerebral. Los accidentes que pueden resultar de la baja de presión pueden combatirse por la inyección intravenosa de cafeína o tirotoxina, y si no se pasa de la dosis indicada en la técnica que he expuesto, no habrá en la mayor parte de los casos motivo de alarma.

Algunos autores consideran contraindicado el uso del cloroformo como anestésico adyuvante cuando la anestesia es insuficiente; pero en varios ca-

Los de anestesia base se han empleado en mi servicio desde unas gotas hasta 2 gramos de cloroformo para intervenciones de media hora a tres cuartos de hora de duración y no he visto que la adición del cloroformo en esa pequeñísima cantidad haya producido ninguna molestia posterior.

RAQUIDEA: Mi primera experiencia con la raquianestesia fue de los años de 1912 a 1914, siendo Jefe de Clínica ginecológica en el servicio de Clínica quirúrgica general del Profesor Montoya y Flórez. Aplicaba éste la estovaina sola por la fórmula de Jonnesco. En este período se practicaron 204 intervenciones con raquianestesia, aplicadas directamente por el profesor la mayor parte de ellas, y unas pocas por el Dr. Castro y por mí. La aplicábamos aún para operaciones muy pequeñas como circuncisión, legrado uterino, y otras que no justificarían hoy semejante anestesia. Aunque, en tesis general, el resultado era satisfactorio en cuanto a la anestesia, sufríamos varios contratiempos y complicaciones pequeñas, y un caso de muerte con fenómenos meníngeos que decidió al profesor Montoya a abandonar el método. Yo mismo, aunque tuve muchas oportunidades para usarla en dicho servicio, ya como Jefe de clínica, ya como profesor suplente, no me atreví a volver a usarla por el mal recuerdo que de ella tenía.

En Febrero de 1928 y ya como Profesor de Clínica Ginecológica, y alentado por los buenos resultados que el mismo Prof. Montoya y Flórez había tenido en los dos años anteriores con la escurocaína, resolví volverla a usar, y desde entonces es este método el que se usa de preferencia en dicha clínica. Por orden de frecuencia se usan: Raquianestesia, anestesia local, éter, avertina y cloroformo. De 1928 a lo que va corrido de 1932 se han practicado en la Clínica Ginecológica y en mi clínica particular 739 raquianestesis con una muerte. De estas son 626 personales y 113 practicadas por mis jefes de clínica. El porcentaje de mortalidad viene a ser de 0.13%. Agregando a este número las raquianestesis practicadas en los otros servicios quirúrgicos del Hospital, Vías Urinarias y Clínica Quirúrgica general, se alcanza un total de un poco más de 1500 con tres muertes, o sea un porcentaje de 0.2%.

Mi impresión sobre la raquianestesia es bien definida: Considero que es una anestesia ideal para el cirujano por el silencio abdominal que produce, por la facilidad que permite para las grandes operaciones ginecológicas, por la ausencia o disminución del choque operatorio, y porque la post-operatoria es más tranquila y menos accidentada. Creo muy difícil encontrar una substancia y un método distinto que dé los mismos resultados, y con el cual se pueda operar con mejor técnica y con más rapidez.

De las 739 raquianestesis, puede deducirse el siguiente resultado:

Anestesia completamente satisfactoria en	682 casos o sea un	92.0%
Anestesis incompletas	47 casos o sea un	6.4%
Fracaso completo de la anestesia	10 casos o sea	1.3%

Atribuyo el resultado satisfactorio que obtengo con la raquianestesia a los siguientes detalles: 1º-a la técnica sencilla que he adoptado después de varios en-

sayos; 2º.—a que me ciño estrictamente a indicaciones precisas, desechando para esta anestesia los casos de abdomen agudo, los hipotensos por choque o por hemorragia aguda, los grandes debilitados o caquéticos, y los individuos de edad demasiado avanzada, 3º.—a la pequeña dosis de novocaína que uso aun para anestésias largas y grandes operaciones abdominales; 4º.—a que no pido a la raquídez más de lo que ella puede dar, y no trato nunca de hacer anestésias altas u obtener anestesia general.

La técnica seguida es la siguiente:

Lavado intestinal la víspera; el enfermo no toma ningún alimento en la mañana de la operación (al principio se les permitía café, pero el vómito es más frecuente cuando lo han tomado); una hora antes de la operación una inyección de 1 ctgr. de morfina; momentos antes de ir a la mesa se aplica otra inyección de 25 centigramos de cafeína. Posición sentada, dorso arqueado, tintura de yodo. Previo lavado de las manos, pero sin ponerme la ropa esterilizada ni guantes, hago la punción lumbar con una aguja corriente de pequeño calibre; el lugar escogido es generalmente entre la cuarta y quinta vértebra lumbar, aunque cuando encuentro dificultad o quiero explorar las vías biliares u operar sobre el estómago, escojo un espacio más alto entre la segunda y la tercera o la tercera y la cuarta, pero nunca más alto de este nivel. Obtenido el líquido céfalo-raquídeo, se recibe directamente en la ampolla de Raquinoocaína Corbière, que acaba de romperse y que es la droga que prefiero. Mientras el ayudante sacude un poco la ampolla para hacer la solución, coloco el mandrín en la aguja de manera de no perder líquido céfalo-raquídeo. Con otra aguja adaptada a la jeringa de 10 cc. aspiro la solución, quito la aguja, expelo el aire, quito el mandrín y conecto la jeringa a la aguja lumbar. Por la propia presión del líquido, es decir, sin aspirar, dejo que éste se mezcle con la solución, hasta doblar su volumen. Inyecto muy lentamente la mitad del líquido y vuelvo a dejar que éntre líquido céfalo-raquídeo; vuelvo a inyectar con la misma lentitud y retiro la aguja. Se ordena a la enferma que se enderece, se aplica tintura de yodo en el punto de la punción, y se hace una ligera presión con la pulpa del dedo. En seguida, se invita a la enferma a acostarse con mucha suavidad.

Mientras esto ocurre, tanto el primer ayudante como el segundo, se han lavado, vestido, clasificado los instrumentos y arreglado las compresas, y el catgut. En 4 minutos vuelvo a lavarme, me pongo la ropa esterilizada y los guantes y empiezo a aplicar el yodo en la piel. Al hacerlo ordeno a la anestésista dar a la mesa la posición de Trendelenburg, y mientras se completa el campo, pasan de 8 a 10 minutos en total. Para este tiempo la anestesia debe ser completa, lo cual se verifica cogiendo la piel con una pinza de Kocher.

Anótense los siguientes puntos:

- a—No dejo perder líquido cefaloraquídeo
- b—No hago barboteo por aspiración.
- c—El líquido se mezcla con la solución por su propia presión.
- d—La inyección se hace lentamente.
- e.—Uso solamente 0.08 centig. de cenovocaína.

f.—Aguardo pacientemente a que obre la droga.

g.—He desechado por inútil la inyección intravenosa de dos c.c. de líquido cefaloraquídeo.

Uso hoy la raquineocaína Corbières que se presenta en cristales dentro de una ampolla de color ámbar o azulado y que contiene exactamente 8 centigramos de novocaína. Anteriormente empecé por dosis de 15, 12 y 10 centigramos de Escurocaína; pero con estas dosis más altas son más frecuentes los vómitos y no es rara la tempestad bulbar. Con 8 centigramos aplicados con la técnica que he descrito en detalle, obtengo, en la gran mayoría de los casos, una anestesia que dura de $\frac{3}{4}$ a 1 hora por término medio, y que en ocasiones he visto durar hora y media; ella me permite hacer tranquilamente una histerectomía abdominal total para epiteloma del cuello, y en muchas ocasiones, cualquiera de esas operaciones más la exploración de la vesícula y la colecistotomía por el método de la puñalada (ginecológica Mayo). Todavía cuando se trata de operaciones más cortas como apendicectomías simples, ovariectomías, colpo y perineorrafias, bajo la dosis a 6 centigramos.

Con esta dosis pequeña de novocaína se evitan la mayor parte de los accidentes de la anestesia raquídea, especialmente la tormenta bulbar, y aunque en algunos casos hay náuseas y vómitos, éstos ceden fácilmente al hacer respirar profundamente a la operada, asegurándole que todo va muy bien. Si el estado nauseoso persiste, he visto que cesa con la aplicación de 2 ó 3 gotas de solución de adrenalina al milésimo en la mucosa nasal.

La explicación de los fracasos de las anestias incompletas ha sido siempre un poco difícil, y se ha atribuído a un tabicamiento meníngeo, a que el orificio de entrada de la aguja es muy grande y no se cierra espontáneamente por la ausencia de fibras musculares en la membrana, y quedando permeable, deja salir el líquido; a defectos de la solución o a soluciones viejas. Todo esto puede ser, pero estoy de acuerdo con los autores que atribuyen los fracasos a faltas de técnica, aunque hay dos hechos que quiero hacer notar: 1º.—que cuando sale sangre y se mezcla con la solución se disminuye el poder anestésico; 2º.—Que cuando se empieza la incisión y la anestesia no es completa todavía, el dolor que siente el enfermo parece que pusiera en alerta a los centros nerviosos, y ya la anestesia no se consigue o es incompleta. Además, hay ciertos individuos hiperestésicos, excitables, psíquicos, en quienes, a pesar de una técnica rigurosa, no se consigue la anestesia, como si la prevención del enfermo y la vigilancia exagerada del sistema nervioso, inhibiera la acción analgésica de la novocaína. En esta clase de individuos no debe usarse la raquianestesia y debe preferirse el éter. 3º.—Que los fracasos son más frecuentes en los enfermos operados en la Clínica particular, donde por exigencias del medio es necesario permitir la entrada a la sala de operaciones a dos familiares: el ambiente de simpatía familiar parece hiperexcitar al enfermo e inhibir la acción del anestésico.

Se ha exagerado indudablemente el peligro de la anestesia raquídea, cuando la mayor parte de las muertes que a ella se atribuyen son debidas a que se ha usado el método en casos en que estaba contraindicado. Con una es-

cogencia más escrupulosa de los casos, con una técnica tan sencilla como sea posible y con dosis pequeñas de novocaína, la mortalidad debe ser reducida al mínimo. El caso de muerte en mi estadística es explicable por la acción masiva sobre el bulbo por motivo de un movimiento brusco de la mesa. Se trataba de un caso de metro-anexitis, en el cual la anestesia había sido completa y sin incidentes; cuando ya aplicaba los ganchos a la piel, ordené a la persona que vigilaba la enferma que quitara el Trendelenburg, y éste, que era un estudiante poco ducho en el manejo de la mesa, lo hizo con sacudidas bruscas; dos minutos después la enferma empezó con convulsiones de los músculos de la cara, respiración irregular y a los 15 minutos moría por síncope respiratorio, sin que le hubieran valido las diversas inyecciones estimulantes que se le aplicaron. Todo cambio de posición durante la anestesia y en el período inmediato que sigue debe ser hecho con la mayor suavidad, y sin que el enfermo, que debe ser pasivo, haga el menor esfuerzo. Con toda razón dice el profesor Forgue: "Toda sacudida brusca, todo desequilibrio precipitado de los centros, desencadena el malestar raquianestésico, como el tambaleo y el movimiento gírtorio, provocan el mareo". En otra enferma y por la misma causa, aunque el movimiento fue menos brusco, se presentaron fenómenos alarmantes que cedieron rápidamente a una inyección intravenosa de $\frac{1}{2}$ miligramo de adrenalina. Un tercer accidente fué en una enferma muy agotada por una enorme colección salpingiana, y quien, ya casi terminada la operación, empezó a tener graves accidentes respiratorios y cardíacos con suspensión del latido del corazón; una inyección intracardiaca de adrenalina (1 miligramo) la volvió a la vida. Los casos de muerte en otros servicios los conozco sólo por referencia y no me corresponde discutirlos.

Durante la intervención, si ésta se alarga, o hay hipotensión, o el pulso es rápido y débil, hago aplicar cafeína y muchas veces suero cafeinado o adrenalinado, de 500 a 1000 c.c. El traslado a la camilla y de ésta a la cama se hace con mucha suavidad, evitando toda sacudida o movimiento brusco. El enfermo permanece en posición horizontal, sin almohada, por tres horas. En seguida se le permite volverse de lado y moverse. No he usado la posición de Trendelenburg en las primeras horas de la postoperatoria ni la creo necesaria, y como lo prueba la estadística que comento, tampoco es indispensable mantener la cabeza baja ni continuar la inmovilidad por más de dos horas o tres.

Después de la intervención no conozco más accidentes que la cefalea; ésta ha sido ligera, un poco molesta naturalmente, pero sin exageración, y jamás he tenido que usar remedio especial para ella. No he visto ninguna complicación en la postoperatoria: ni parálisis de los miembros ni de los músculos oculares, ni raquialgias, ni fenómenos de irritación meníngea. Una diarrea persistente se observa en algunos casos, especialmente en la histerectomía abdominal total por el método de Faure para cáncer del cuello.

El uso de la raquianestesia es todavía muy discutido en los círculos científicos: en los Estados Unidos no ha logrado entrar, y excepto Pricking, cuya técnica especial no he ensayado, muy pocos cirujanos la emplean o su uso es enteramente excepcional. Bevan, del Hospital Presbiteriano de Chicago,

decía el año pasado discutiendo los diversos anestésicos: "No nos ocuparemos de la anestesia raquídea. Hemos rehusado emplear la raquianestesia, por el peligro de muerte y de complicaciones, tales como meningitis, intenso dolor de cabeza, y por su técnica complicada; en fin, porque perdemos inmediatamente el control del anestésico una vez que ha sido introducido en el organismo..... En cambio, hay multitud de cirujanos que la usan sistemáticamente, y para quienes no hay contraindicación: ni la hipotensión de la hemorragia aguda, ni las septicemias, ni las obstrucciones intestinales. Aun para muchos hay una indicación perentoria en las peritonitis, hernias estranguladas y obstrucción intestinal.

Yo creo que la anestesia raquídea tiene su gran indicación en la cirugía abdominal baja y en la de los miembros inferiores, con las siguientes salvedades: su uso no debe ser sistemático, sino que para cada enfermo debe escogerse el anestésico que mejor le convenga; no la uso nunca en los niños ni en enfermos pusilánimes o especialmente nerviosos; la considero peligrosa en los hipotensos, en los hiperazoémicos y en los individuos muy debilitados por cualquier causa; en los casos de abdomen agudo o de infecciones generales prefiero el éter, y aunque la raquídea no tiene contraindicación en la cirugía gástrica considero que la avertina dá una anestesia superior y tiene muy pocos peligros; en los asmáticos, los hipertensos, los hepáticos y renales en general, la raquídea es el método de elección.

El mayor inconveniente de la anestesia raquídea es el de perderse el control de la droga una vez que se ha inyectado; desde este punto de vista, son superiores los anestésicos por inhalación, pero las siguientes ventajas no las tiene ningún otro anestésico:

Relajación muscular completa; absoluto silencio abdominal; por consiguiente mejor técnica operatoria y más rapidez; postoperatoria tranquila y menos complicada; ningún efecto nocivo posterior sobre el hígado o el riñón; ausencia de los fenómenos postanestésicos, bien molestos por cierto, del éter y del cloroformo. La objeción de estar el enfermo despierto puede ser real en muchos casos, pero, en general, es una ventaja inapreciable.

Y para terminar, creo, por la experiencia deducida de los casos que comento, que en la gran cirugía ginecológica la raquianestesia es el mayor progreso de los últimos tiempos en cuanto a técnica para el cirujano y confort para el enfermo.

Esquema biográfico

Para contribuir al homenaje debido al Profesor Gil J. Gil en sus bodas de plata profesionales el BOLETIN CLINICO solicitó al autor de estas notas la realización de un estudio sobre el distinguido Maestro. No pudiendo negarse a ello por tratarse de Gil a quien tanto debe como amigo y como discípulo, y por ser para el BOLETIN, no obstante ser empeño muy superior a sus capacidades, aceptólo gustosamente el autor y trató de llenar su cometido proveyéndose de todos los datos necesarios para lograr un resultado siquiera medianamente satisfactorio. Desgraciadamente la premura del tiempo y algunos inconvenientes insalvables impidieronle desarrollar sus propósitos y tuvo que conformarse con el reducido boceto que va a continuación, en el que apenas se esbozan los temas que podrán ser motivo de ulteriores desenvolvimientos, y cuyas deficiencias solicita muy respetuosamente le sean disculpadas.

H. P.

Gil Juvenal Gil nació el 9 de febrero de 1884. Yarumal, la prestigiosa villa norteña, vivero de hombres que han dado claro lustre a la raza, puede sumar a sus glorias la de contarle entre sus hijos más distinguidos.

Hizo sus primeros estudios en aquella ciudad y vino luego a Medellín, ingresando en la Universidad de Antioquia, de la cual recibió en 1901 el título de Bachiller, al mismo tiempo que terminaba el primer año de Medicina. Clausurada esta Facultad en 1903, Gil se vió obligado a expatriarse para continuar sus estudios, dirigiéndose a los Estados Unidos del Norte. La Universidad de Columbia, en el Estado de Nueva York, lo recibió en su renombrado Colegio Médico-Quirúrgico, en el que obtuvo la toga y el birrete en 12 de junio de 1907, hoy hace justamente 25 años.

Antes de regresar al país marchó a Francia, en cuya capital asistió durante algunos meses a las clínicas de Tuffier y Gosset, pues ya desde entonces se marcaban en el joven médico las inclinaciones quirúrgicas que ha

venido desarrollando posteriormente con brillo y competencia que lo destacan como uno de los primeros cirujanos de Colombia.

A fines del mismo año de 1907 volvió a Medellín y desde su llegada comenzó su iniciación en la ciencia de los Nélaton y los Dupuytren, al lado del lamentado maestro Baltasar Ochoa quien estaba encargado entonces de la Clínica Quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios y bajo cuya dirección trabajó hasta 1910, fecha en que volvió a abrirse la Facultad, y la Clínica Quirúrgica pasó a manos del Profesor titular Dr. Montoya y Flórez con quien continuó Gil, como jefe de Clínica hasta 1918.

Sin abandonar sus labores quirúrgicas ha contribuido en otras actividades al desarrollo de nuestra Escuela de Medicina. En 1910 desempeñó la Cátedra de Anatomía "primero" y en 1911 a 1916 la de Anatomía "segundo", y de este año en adelante, hasta 1927 inclusive, la de Patología Externa. Nombrado Director de la Escuela en 1918 fundó la Cátedra de Ginecología de la cual fue designado Profesor titular cargo que desempeña actualmente. Fue Profesor interino de Medicina Legal en 1913, y de Clínica Quirúrgica en los años de 1923, 24 y 25 durante la ausencia del Profesor Montoya y Flórez.

En 1910 ingresó como socio de número a la Academia de Medicina de Medellín de la cual es hoy Presidente, con un interesante trabajo sobre "Preñez ectópica". En 1915 la Academia Nacional de Medicina lo nombró miembro correspondiente y en 1924 recibió el título de F. A. C. S. (Fellow of the American College of Surgeons).

En 1913 asistió al Primer Congreso Médico Colombiano y presentó un trabajo sobre "Nuestro Código Penal y la responsabilidad de los delincuentes por enfermedad mental" estudio que fue muy elogiado entre otros, por el Dr. Luis E. Villegas.

En 1922 fue uno de los iniciadores de la Asamblea Médica de Antioquia y Caldas celebrada con motivo del Centenario de la Universidad y a la cual presentó un interesante trabajo sobre "Falsas apendicitis" publicado posteriormente en el N.º. 4 de la "Clínica Gil".

En colaboración con los Drs. Alfonso Castro y Gabriel Toro Villa dirigió la "Revista Clínica" fundada en 1916 como órgano de la "Sociedad Clínica del Hospital de San Juan de Dios", publicación que llegó a los veinticuatro números. Desaparecida desgraciadamente esta interesante revista por disolución de la Sociedad, fundó por su propia cuenta en 1924 la "Clínica Gil" que alcanzó a los treinta números.

Con los doctores Alfonso Castro y Antonio Mesa y la Droguería Antioqueña fundó en 1919 la primera clínica particular de la ciudad con el nombre de "Casa de Salud Medellín". En 1923 esta clínica pasó a su propiedad exclusiva tomando el nombre de Clínica Gil que conserva actualmente.

Miembro varias veces de los consejos universitarios, ha sido también concejal, miembro de la Sociedad de Mejoras Públicas (de la cual ha sido Presidente), de la Junta de Beneficencia y de la de Asistencia y Salubridad Públicas, en cuyo carácter le tocó intervenir activamente a la instalación de la

Planta Municipal de Leches y a la fundación y desarrollo del Hospital de "La María".

Desde la iniciación de su carrera profesional dedicóse Gil abiertamente a los estudios quirúrgicos. Provisto de un conocimiento profundo de la Anatomía, con una habilidad manual exquisita, e iniciado por maestros de la talla de Baltasar Ochoa y Montoya Flórez, pronto llegó a descollar entre los cirujanos más competentes de su generación. Investigador incansable ha sabido bordear airoosamente el escollo de la cirugía, la rutina, llegando a advenir una brillante técnica propia que participa a la vez de la clásica serenidad francesa y de la audacia de los norteamericanos. Sus intervenciones no son copias de los esquemas de los grandes maestros sino que son verdaderas obras de arte que llevan el sello de su propia personalidad. Parafraseando una frase vulgar, puede decirse que con Gil, se sabe cómo comienza una operación pero no cómo ha de terminar, pues su profundo sentido clínico, unido a lo que pudiera llamarse su genio quirúrgico, lo capacitan para resolver las dificultades provenientes de complicaciones clínicas, de anomalías anatómicas o de cualesquiera otras circunstancias imprevistas, hasta llegar, si es necesario, a inventar una técnica única para el caso en cuestión. Consciente de que la vida que el enfermo ha puesto en sus manos depende de la serenidad de su ánimo, de la certeza de su visión y de la precisión de sus movimientos, gracias al poderoso dominio de sí mismo que ha logrado desarrollar a lo largo de su numerosa experiencia sabe conservarse siempre ecuánime y firme aun en medio de las más ruidosas complicaciones, sin que su mirada se altere ni vacilen sus manos hábiles dotadas de un tacto tan exquisito que casi es visión. Incisiones limpias y precisas, ligaduras eficientes y suturas perfectas, he ahí la tríada básica de su técnica impecable.

Entre las innovaciones y perfeccionamientos que ha aportado a nuestro medio quirúrgico, basados en el estudio constante y juicioso de los grandes maestros clásicos y modernos, se pueden enumerar los siguientes: Ha preconizado y practicado con éxito la aplicación de la anestesia local en alta cirugía (hernias, apendicectomías, celiotomías, etc.). Fué el primero en aplicar la anestesia con Avertina. Ha revaluado la incisión de Senn para las apendicectomías en mujeres, ya que permite una exploración de los anexos que es de tan grande y notoria importancia. Ha preconizado y dado gran impulso a la anestesia raquídea que en sus manos ha mostrado éxitos manifiestos. Ha sido el primero en practicar las transfusiones sanguíneas con métodos e instrumentales modernos. Las operaciones de Latarjet (resección del nervio presacro), de Ovi y Kutsner para la inversión uterina y la cesárea baja transperitoneal han sido introducidas por él, lo mismo que la de Le Fort para el prolapso uterino, al mismo tiempo que ha sido uno de los primeros en preconizar y poner en práctica, en asocio del Dr. Nepomuceno Jiménez, la histerectomía precoz en las infecciones puerperales. Fué el primero que usó entre nosotros la endoscopia, lo mismo que el instrumental de De Martel para las craniectomías y resecciones, etc. etc.

Pero la noción de mayor importancia con que ha enriquecido nuestra patología quirúrgica es la referente a las amigdalitis crónicas, tanto desde

el punto de vista clínico, insistiendo sobre la noción del papel causal de las amígdalas crónicamente infectadas en los reumatismos apendicitis, etc. como desde el punto de vista quirúrgico, llevando la técnica de su extirpación a un grado de perfección difícilmente igualable. El aparato de La Force-Sluder en sus manos más que un instrumento es como una prolongación de sus dedos, tal es la limpieza, la precisión y la rapidez con que amígdalas, a veces enormes, son "guillotizadas".

Una amigdalectomía practicada por Gil es un espectáculo que maravilla, sin contar con que las 250 de su estadística están puras de fracasos y aun de las menores complicaciones.

Para juzgar de su labor quirúrgica en esta primera gran etapa de su vida profesional, basta pasar una mirada por la estadística completa publicada en estas mismas páginas: 3.735 intervenciones son una bella labor que haría honor a cualquier cirujano de renombre mundial, y que en medio tan difícil como el nuestro es más digna de loa y de encomio.

Provisto de una hoja de servicios tan lujosa y brillante, Gil al llegar a sus Bodas de Plata Profesionales, es acreedor a los honores del triunfo que yo, agradecido discípulo y amigo reconocido, me complazco en tributarle, en mi propio nombre y en el del "BOLETIN CLINICO".

Hernán POSADA.

Medellín, Junio 12 de 1933
2

TRES EMBARAZOS MOLARES

Doctor Gonzalo Botero Díaz

Jefe de Clínica Ginecológica.

A fines de abril del presente año, entró a la sala de Santa Margarita, servicio del Profesor Gil, la señora C. M., natural de Amagá, de 25 años de edad y enviada por un colega residente en aquella población para ser tratada de un embarazo molar.

Los antecedentes hereditarios son sin interés. Como antecedentes personales tiene: fuera de las enfermedades propias de la infancia, un pasado palúdico y parasitismo intestinal. Menstruó a los quince años, tipo lunar, sin cólicos ni leucorrea. A los diez y nueve años contrajo matrimonio y al año tuvo un parto normal. De allí en adelante principió un flujo blanco, poco abundante, que no quema la piel ni mancha la ropa y que la mortifica lo menos posible.

Hace veintinueve meses, y después de tres de amenorrea, por lo cual pensó estar en un nuevo embarazo, se presentaron rebeldes metrorragias, sin causa aparente; si entre días calmaba, era substituída por una secreción rosada, como lavadura de carne o jugo de moras. Estas tenaces metrorragias resistieron a todo tratamiento médico. A los tres meses de estar perdiendo sangre arrojó una masa grande, redondeada, formada de vesículas transparentes agrupadas en un solo racimo, y sin huellas de embrión. El abdomen, dice la enferma, se le creció como en una mujer a término, pero sin percepción de movimientos fetales. Por los caracteres mencionados, esta masa expulsada no podía ser otra cosa que una mola hidatiforme.

Transcurridos quince meses de este primer episodio y después de cuatro de amenorrea, se presentó un segundo embarazo en las mismas condiciones, y sólo se diferenció del primero por el contenido de las vesículas que era francamente hemorrágico. Después de este embarazo molar tuvo un embarazo y un parto normales.

Hace veinte días, y después de dos meses de amenorrea, comenzó de nuevo a tener abundantes pérdidas sanguíneas, acompañadas de vómitos tenaces, hasta hacerse imposible la alimentación por vía bucal, y en estas circunstancias entra al servicio de Ginecología. Es una enferma enflaquecida, de talla media, de color moreno, profundamente anémica, de nariz perfilada y ojos excavados; la presión arterial es de 10 de mx. y 6 de mn., al V.L. tiene 105 pulsaciones por minuto y 37,2° de temperatura. Los vómitos suceden a todo alimento que la enferma ingiere.

A la palpación abdominal encontramos: un útero a tres dedos por debajo del ombligo, no contráctil, reblandecido, sin esa renitencia característica de los úteros grávidos, no se tocan partes fetales ni se perciben ruidos

cardíacos. Hay línea negra abdominal, abundante secreción láctea y marcados tubérculos de Montgomery. Al examen genital hallamos un cuello corto con una desgarradura cicatricial hacia el lado izquierdo, permeable y reblandecido en más alto grado del que corresponde a una gestación de dos meses y medio. Por el orificio cervical se percibe la salida de un flujo más o menos continuo, gelatinoso y ligeramente teñido en sangre.

La enferma se somete a dieta hídrica por cuarenta y ocho horas con el objeto de calmar el vómito, saco de hielo en el abdomen; se alimenta con mil gramos diarios de suero glucosado por vía sub-cutánea, y se prescribe una poción tónica ferruginosa. Las metrorragias continúan diariamente con abundantes coágulos, no fétidos, y en los cuales, después de investigación minuciosa, no se logra descubrir la existencia de una sola vesícula.

Calmado el vómito, mejorado el estado general hasta donde fue posible, e hidratada lo suficiente, se operó al séptimo día con el diagnóstico de un embarazo molar. Se hizo una histerectomía sub-total con apendicectomía y extracción de los ovarios, éstos eran francamente quísticos, y el derecho presentaba manchas amarillosas, un poco duras, redondeadas, como si fueran cuerpos amarillos acumulados y en los cuales no se hubiera obrado la regresión. (1) Abierta la matriz, se encontró repleta de vesículas arracimadas, unidas entre sí por una substancia gelatinosa; cada vesícula es del tamaño de una uva pequeña y está repleta de un líquido sero-sanguinolento. No se encontró embrión.

La post-operatoria fue perfecta y la enferma salió sana del servicio a los catorce días de operada.

Podría decirse que, este caso es del dominio de la obstetricia, pero teniendo en cuenta los embarazos anteriores y convencidos de que probablemente tendría futuros embarazos molares y pensando en las íntimas relaciones histológicas que existen entre la mola vesicular y el corio-epitelioma maligno, no dudó el Pr. Gil en esterilizar la enferma para prevenirla contra mayores males.

El diagnóstico se hizo: por los conmemorativos de la enferma, por las abundantes y repetidas hemorragias, por el crecimiento exagerado del útero sin relación con la época supuesta del embarazo, y sobre todo por la historia de los embarazos molares anteriores presentados en parecidas circunstancias. No podría desecharse por el hecho de no haber arrojado vesículas por vía vaginal, pues es bien sabido cuán frecuente es la ausencia de este signo patognomónico.

Si la mola hidatiforme es un tumor benigno llamado frecuentemente velloma hidatiforme placentario, no por eso merece menos atención en cuanto al tratamiento, pues frecuentemente degenera en corioepitelioma, llamado comunmente carcinoma de la placenta; pero entre éstos dos tipos hay casos intermediarios en los cuales existen conjuntamente las dos formas anatómo-patológicas. Por todas estas razones, el Pr. Gil, resolvió esterilizar la enferma.

Esta historia es interesante porque ella nos muestra que muy frecuentemente los embarazos molares se suceden, y nosotros pensamos que, ante dos embarazos molares repetidos se debe esterilizar la enferma. Estas opiniones

pueden parecer atrevidas, pero al ponerlas en práctica sólo pensamos en el bienestar de las enfermas.

(1) El examen histológico de la pieza verificado en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad dió lo siguiente: "En medio de un tejido escleroso se encuentran, en abundancia, cuerpos redondeados de tamaños variables hasta de medio centímetro de diámetro, formados en su periferia por células de luteína dispuestas en una capa de espesor variable y el centro ocupado por un líquido mucinoso".

Variaciones Radiológicas del Bulbo Duodenal

Comunicación del Dr. R. A. Gutmann
a la Sociedad de Radiología Médica de
Francia, en su sesión del 9 de febrero
de 1932.

Traducido especialmente para "BOLETIN CLINICO"
por Martiniano Echeverri, Radiólogo del Hospital de
S. Juan de Dios.

En una comunicación anterior he tenido el honor de exponer ante la Sociedad, las ideas, a que he llegado progresivamente al respecto de la úlcera duodenal. La gran mayoría de las úlceras, decía yo, están sobre una de las caras y lo que se toma por un nicho no es sino una deformación sin importancia. Las deformaciones radiológicas que dan los aspectos típicos de la úlcera no son debidos a modificaciones EXTERIORES del bulbo sino muy a menudo, a la hinchazón inflamatoria de la mucosa; son imágenes INTERIORES. Es esta hinchazón de la mucosa la que impide que la barita llene regularmente el interior del bulbo y pone así de manifiesto, por contraste, el nicho interior que ella rodea.

Era útil recordar estas nociones pues ellas explican los hechos sobre los cuales quiero llamar hoy vuestra atención.

Si, en efecto, las deformaciones radiológicas del bulbo ulceroso están ligadas sobretodo al edema inflamatorio intrabulbar, se concibe que todo lo que haga atenuar esta inflamación disminuye la visibilidad de la úlcera.

Es así que algunas veces puede verse, cuando el brote ulceroso ha terminado, que los signos radiológicos se hacen apenas visibles, para adquirir de nuevo su nitidez durante el brote siguiente. Una hemorragia puede igualmente influir sobre el estado local para disminuir el edema y borrar temporalmente los signos radiológicos.

Todas estas nociones radiológicas, que indican que el examen debe repetirse, en caso de duda, en un momento más favorable, son tanto más importantes cuanto que la úlcera duodenal, contrariamente a las ideas clásicas, puede NO MARCAR TRAZA SOBRE EL BULBO A LA OPERACION. Si no se tiene un diagnóstico clínico y radiográfico absoluto, el cirujano puede estar inducido a concluir en un error de diagnóstico y a suturar de nuevo el abdomen, sin intervenir sobre una lesión que él cree que no existe porque no la ve.

Estas diversas condiciones se han encontrado realizadas en las dos

observaciones que os presento, acompañadas, vosotros lo veréis, de clisés absolutamente convincentes.

OBSERVACION. I—La señora D. me ha sido enviada a La Salpêtrière; presenta desde hace tres años una historia típica de úlcera: períodos de dolores de tipo tardío, que sobrevienen todos los días durante 15 días a un mes y desaparecen por dos ó tres meses. Las radiografías en serie, hechas en un momento en que la enferma no tiene dolor, muestran, sobre 11 clisés, un bulbo que es el tipo más esquemático del bulbo normal; no hay hiperquinésia gástrica. Sobre el duodécimo clisé, menos lleno, se distingue un nicho mediano. Por la clínica y la radiología hago el diagnóstico de úlcera duodenal y aconsejo la operación.

En el mes de Agosto de 1930 la señora D. es llevada por su médico a un cirujano que duda mucho del diagnóstico radiológico de úlcera pero que opera dado el pasado doloroso de la enferma. Este cirujano, sumamente distinguido y muy dado a la práctica de la cirugía gástrica, explora atentamente el bulbo, no ve nada, no toca nada y, en estas condiciones, sutura sin haber hecho ninguna operación gástrica. A mi regreso de vacaciones el médico de la enferma viene a ponerme al corriente de lo que ha pasado; yo le pido que me vuelva a enviar a la Señora D. en el momento de su próximo brote ulceroso que, evidentemente, no tardará en producirse. En efecto en Marzo de 1931 vuelven los dolores; nuevas radiografías, esta vez en pleno brote, muestran, y ahora en todos los clisés, una imagen absolutamente típica de una úlcera de una de las caras del bulbo duodenal.

OBSERVACION II—M. G. de 38 años de edad, presenta bruscamente, 8 días antes de serme enviado, después de "haberse resfriado la vispera" (?) y haber tenido calofríos, una melena.; este accidente se repite durante 8 días; el enfermo se siente de día en día más débil y el octavo día, en el curso de una deyección melénica, pierde el conocimiento.

Episodios del mismo género, pero más atenuados, se han reproducido dos o tres veces desde hace tres años; tales episodios han sido desconocidos porque el enfermo no había examinado sus deposiciones, pero durante una semana él se volvía de una palidez extrema, tenía vértigos, zumbidos de oídos y podía apenas tenerse en pie.

Además de estos episodios no dolorosos y puramente hemorrágicos, el enfermo tuvo hace seis años, hace tres años y hace un año, brotes de mes y medio, dolorosos pero no hemorrágicos. Este conjunto es característico de una úlcera y, en este enfermo que acaba de sangrar, yo pido que hagan radiografías en serie. Ellas muestran un estómago hiperquinético, un gran bulbo de contornos regulares, pero sin nicho alguno, a pesar de que la repleción bulbar en capa delgada habría permitido verlo si existiera. Mi opinión queda en suspenso, pienso fuertemente que se trata de una úlcera duodenal sin signos radiológicos porque el enfermo acaba de sangrar, pero no puedo descartar absolutamente—aunque se trata de un diagnóstico del cual desconfío siempre—la posibilidad de la duodenitis hemorrágica sobre la cual han insistido los autores lioneses. Aconsejo la operación, la cual es practicada, en mi presencia, en Mayo de 1930, por uno de mis amigos, cirujano habituado a la

Cirugía gástrica. El encuentra un balbo de talla muy grande, pero normal, no engrosado, no indurado, sin signo exterior de úlcera duodenal ni a la vista, ni al tacto, sin "rocío sangrante" a la fricción con la compresa. Como el enfermo estaba muy fatigado por su última hemorragia, el cirujano, ante esta ausencia de signos radiológicos y operatorios, prefiere, un poco contra mi deseo, cerrar de nuevo sin intervenir sobre el estómago ni el duodeno.

Doy a este enfermo un tratamiento gástrico y continuo observándolo persuadido desgraciadamente, por lo que sé de la úlcera del duodeno, de que un nuevo brote ha de sobrevenir. En efecto un año después, en julio de 1931, episodio doloroso durante el cual no examino el enfermo por estar ausente de París. Lo veo en Diciembre de 1931, en el curso de un nuevo brote doloroso, no hemorrágico; pido nuevas radiografías que esta vez muestran una imagen absolutamente típica de úlcera duodenal "de face"

Tales son los hechos que quería presentaros. Creo que de ellos se puede sacar una enseñanza útil para los especialistas de vías digestivas, para los radiólogos y para los cirujanos.

Discusión .

DOCTOR COTTENOT. Preguntaré al Dr. Gutmann cuál es, según él, la explicación anatómica de la desaparición de los signos radiológicos de úlcera duodenal en los días que siguen a la hemorragia.

La causa es simplemente la desaparición del edema al rededor de la úlcera?

Si este hecho es bastante frecuente, no se debería jamás practicar el examen radiológico durante el período consecutivo a una hemorragia.

DOCTOR PORCHER. Me alegro mucho de oír decir a nuestro colega Gutmann que las úlceras que sangran no dan signos radiológicos. Parece que este testimonio objetivo de una vuelta de actividad que representa la hemorragia, determina a la vez una desaparición de los signos directos, el nicho, y una desaparición de los signos indirectos, el espasmo enfrente de él.

Como explicación de la desaparición de estos signos, se pueden invocar dos hechos o más exactamente, una hipótesis y un hecho: de una parte la tendencia natural al rechazo de la barita, por una cavidad que sangra, acompañada de una obturación intermitente de la cavidad por un coágulo que se opone a la penetración de la droga.

De otra parte, hay naturalmente una tendencia general al reposo de todo órgano que sangra y yo invocaré este fenómeno para explicar la desaparición de los signos indirectos, en la especie el espasmo en frente, que nosotros creemos que es puramente mecánico.

DOCTOR H. BECLERE. Las dos observaciones de nuestro colega Gutmann son muy instructivas. Su interpretación nos parece juiciosa y nosotros nos adherimos a su explicación de la zona anular de claridad al rededor de la mancha representativa de la úlcera en actividad. Las radiografías presentadas son verdaderamente muy bellas.

Nuestro colega señala el caso de un enfermo atacado de úlcera duo-

denal, en el cual, a la intervención, el cirujano no reconoció la úlcera a la palpación. Esto no tiene nada de inverosímil. A propósito, nosotros recordamos la observación de un enfermo atacado de litiasis vesicular. La radiografía había mostrado dos cálculos. A la palpación de la vesícula el cirujano enguantado no sintió nada anormal pero unos meses más tarde una nueva radiografía mostró en vistas de frente y de perfil la imagen neta de los cálculos vistos en el primer examen.

A la intervención se encontraron en la vesícula los cálculos señalados.

Podríamos citar igualmente observaciones de cuerpos extraños metálicos intramusculares (fragmentos de obús, balas) que no daban ninguna sensación particular a los dedos enguantados del operador.

DOCTOR LEDOUX-LEBARD. Tengo el placer de felicitar a nuestro colega por la muy interesante comunicación que acaba de hacernos y que merece todos nuestros agradecimientos. Las dos observaciones que nos ha referido son la mejor demostración posible de la **INSUFICIENCIA DE LA VISTA Y DEL TACTO PARA UN DIAGNOSTICO OPERATORIO.**

Las imágenes que él nos ha proyectado muestran, una vez más, cuan indispensable es, en todo examen radiológico, del bulbo duodenal sobretudo la obtención de radiografías que den imágenes de evacuación como nosotros lo hemos precisado hace largo tiempo con Calderón.

En respuesta a la pregunta formulada por nuestro colega Cottenot, yo le confirmo la preponderancia que es preciso dar, en mi sentir, al examen en decúbito ventral. La técnica que nosotros empleamos, permite, utilizando sistemáticamente la toma de clisés en decúbito ventral (procubitos) no solamente obtener en más de 90% de los casos las imágenes más demostrativas sino también reducir al minimum el tiempo radioscópico para el examen de los enfermos (y estos son el mayor número) en los cuales los clisés dan inmediatamente, siendo los únicos que la dan, la imagen característica de la lesión y el diagnóstico de certeza o de cuasi-certeza que debe consituir el objetivo del radiólogo.

UNA OBSERVACION

Martiniano Echeverri D., Radiólogo del Hospital de San Juan de Dios.

La lectura de la comunicación que el Dr. Gutmann hizo a la Sociedad de Radiología Médica de Francia, en su sesión del 9 de Febrero de 1932, comunicación cuya traducción aparece hoy en "BOLETIN CLINICO" me trajo a la memoria una observación que publico porque considero que, como las de Gutmann encierra una "enseñanza útil para los especialistas de vías digestivas, para los radiólogos y para los cirujanos".

H. R. de 35 años de edad me es enviado para examen radiológico del estómago y el duodeno. En dicho examen, que practiqué el 17 de Marzo de 1927, encuentro retención de gran parte de sustancia opaca en el estómago a las seis horas, hiperquinesia gástrica, dolor a la palpación del bulbo del duodeno; una de las radiografías de la serie presenta un nicho duodenal típico en las otras el bulbo presenta deformaciones muy marcadas, aunque no se ve el nicho. Diagnostico una úlcera del duodeno.

Algunos días más tarde es operado por un cirujano de los más distinguidos y de los de más extensa práctica en Cirugía gástrica. Este cirujano encuentra el duodeno libre, suave a la palpación y no ve trazas de lesión alguna a nivel de él. Piensa en un error de diagnóstico y sutura sin intervenir.

Puesto al corriente del resultado de la operación insisto en que existe una úlcera del duodeno, tan característicos eran los signos radiológicos.

Más tarde el enfermo presenta nuevamente trastornos digestivos y emprende viaje al exterior. Es examinado cuidadosamente en Rochester en la Clínica de los Mayo, en donde concluyen en el diagnóstico de una úlcera duodenal a pesar de no haberse visto señales de ella a la operación. Proponen una nueva intervención que no es aceptada por el enfermo, quien se traslada a Alemania en donde un famoso especialista le afirma la existencia de su úlcera.

Por último va a París en donde un distinguido colega de Medellín lo acompaña a consultar al Dr. Henry Beclere, quien a la vista de las radiografías hechas en Medellín, le dice que es imposible no estar de acuerdo con el diagnóstico del radiólogo que lo examinó aquí.

El control del diagnóstico en los diferentes medios científicos citados es tan amplio y es tan grande la autoridad de quienes afirmaron tal diagnóstico en el Exterior, que creo poder catalogar este caso entre las úlceras del duodeno que, no marcan traza sobre el bulbo a la operación" y decir que esta observación corrobora la aseveración de mi ilustre maestro el Profesor René Ledoux-Lebard de que la vista y el tacto son insuficientes para un diagnóstico operatorio.

Medellín Junio 3 de 1932.

Apuntes sobre la Pituitrina en la Práctica Obstetrica

Dr. Alberto BERNAL NICHOLLS
Jefe de Clinica Obstétrica en el
Hospital de S. Juan de Dios

Desde 1921 empezaron en Estados Unidos a hablar de los desastres de la Pituitrina en la Obstetricia.

En 1923, Leprince escribió su tesis de París sobre el extracto Hipofisario empleado en Obstetricia; algo así como que "La pituitrina puede producir más mal que bien".

Estas ideas que él sostenía con razones poderosas, se extendieron rápidamente por Europa y EE. UU. e hicieron que algunos parteros llegaran hasta a borrar la Pituitrina de su arsenal terapéutico como lo habían hecho con la ergotina; otros, que habían observado ya los estragos de la droga, redujeron su empleo a la más mínima expresión; sin embargo hay parteros que todavía la emplean sistemáticamente y quieren hacer con ella el "parto a hora fija", alegando que los que temen a la Hipofisina es porque tiene pocos conocimientos en la materia.

Veamos algunas opiniones de grandes parteros sobre el extracto hipofisario, y hagamos un balance sobre los partos atendidos naturalmente y los que pudieron hacerse asimismo y la intervención médica cambió en distinción con el empleo de la Pituitrina o que su empleo costó la vida a un recién nacido.

Schafer dice que el extracto obra excitando directamente la sustancia contráctil.

Cómo obra esta reacción?

1) a dosis débil:

- a) Aumentando el tonus normal;
- b) provocando la aparición de contracciones fundamentales, si no existían; aumentándolas en la intensidad y en número si existían ya pero débiles;
- c) estas contracciones tienden a hacerse rítmicas;

2) a dosis fuertes:

Reforzamiento progresivo del efecto.

- 3) **a dosis sucesivas:** El efecto de las dosis no persiste más de dos horas, disminuye rápidamente.

INDICACIONES

La hipófisis en los diversos tiempos del embarazo y del trabajo:

1). **Durante el embarazo:** La hipófisis no es abortiva (Leprince). Hofbauer dice que en 70 casos consiguió adelantar el trabajo, en estas condiciones y aplicando la pituitrina en la mucosa nasal (The nasal application of solution of Pituitary for obstetric purposes

1º — Toxemia	28	cases
2º — Postmaturity	12	"
3º — Severe pyelitis	5	"
4º — Hydramios	2	"
5º — Dead fetus	2	"
6º — To test the method in normal pregnant women during the last month of pregnancy and at a term	21	")

2). **Durante el trabajo:** a) Antes de la dilatación completa:

Todos los autores están de acuerdo en proscribir su empleo en estas condiciones; por lo delgado del segmento inferior y la facilidad de desgarrarse al empezar las contracciones (causa de la mayor parte de las hemorragias post-partum) y el gran peligro de una ruptura uterina (De Lee)

b). Dilatación completa. Debe emplearse en:

- I) Estado febril, cuando se desea terminar rápidamente y sin intervención intra-uterina;
- II) Cardiopatías (la pituitrina sostiene el corazón al mismo tiempo que obra sobre el útero. Leprince)
- III) Embarazo gemelar, después de la salida del primer gemelo.

INDICACIONES POR EXCELENCIA

Insuficiencia verdadera de las contracciones uterinas, lo que se ha llamado inercia, o sea un estado de hipotonía o de atonía del músculo uterino; en otras palabras: en la hipotensión del músculo e hiposistolia de su contracción (Demelin). En los úteros perezosos que no deben confundirse con los úteros contracturados (Pouliot et Truchard). Esta atonía puede existir desde el principio del trabajo.

C) **Hipofisina y Alumbramiento** (Délivrance) Hamilton aconseja el empleo de la Hipofisina en el alumbramiento más bien que como ocitócico. Ryder trae cien casos con buen éxito y débil pérdida sanguínea. Bell en Inglaterra fué el primero que empleó la Hipofisina contra la inercia post-partum

y la preconizó en todos los partos; él le veía una doble ventaja: la de exitar la contractilidad del útero inerte y la de combatir el colapso consecutivo a la hemorragia, elevando la presión sanguínea.

Klotz cita dos casos de inercia post-partum en donde la pituitrina logró hacer lo que no había hecho la ergotina (nosotros creemos que se debe a que la pituitrina obra rápidamente (dos a cinco minutos) en tanto que la ergotina es de acción lenta (quince a veinte minutos).

Josephson dice que la única indicación **legítima** de la Hipofisis en Obstetricia es la hemorragia post-partum.

CONTRAINDICACIONES DEL EXTRACTO HIPOFISARIO

- A) Las primíparas; en estas el útero reacciona fácilmente hacia la contractura (está menos bien estriado, es menos rico en miofibrillas (Leprince)
- B) Todas las presentaciones que no sean las de vértice;
- C) Las Nefritis;
- D) La Eclampsia.
- E) La Hipertensión uterina; la tetanización del útero es un hecho que se comprueba frecuentemente con el uso de la Pituitrina.

PELIGROS DE LA HIPOFISINA

- Niños muertos.
- Desgarros perineales.
- Rupturas uterinas en número aterrador (Leprince)

CONCLUSION

- La hipertonia uterina contraindica formalmente su empleo;
- La tonicidad normal no lo justifica.
- Es en la atonia uterina verdadera cuando podrá tener una indicación esencial y siempre, después de haber estudiado a fondo el caso particular antes de resolverse a aplicar una droga que es causa de tantos desastres para la madre y para el niño.

En el servicio de Maternidad del Hospital de San Juan de Dios, está prohibido a los estudiantes el empleo de la pituitrina y todas las mujeres paren sin necesidad de tal ocitócico; sólo una vez nos ha tocado tener que emplear la pituitrina: Embarazo gemelar, después de haber nacido el primer gemelo y tener el segundo huevo un hidramnios de cinco litros más o menos y con hipotonía uterina; rotas las membranas y habiendo persistido la hipotonía, se puso medio centímetro cúbico de Pituitrina, obteniéndose el resultado apetecido.

Hemos tenido en el servicio dos casos de embriotomía en mujeres que han entrado a la clínica con feto muerto y tetanización uterina, atribuido a la pituitrina puesta inconsultamente en la calle.

Un caso de ruptura uterina, producido por la pituitrina que le fué propinado en la calle; la mujer murió al entrar en el Hospital.

Varios casos que han entrado al servicio con retención placentaria por contracturas o rigideces parciales del músculo uterino (encarcelamiento placentario) debido al empleo de la pituitrina en la calle. Varias aplicaciones de forceps en mujeres que han entrado, algunas hasta con infección amniótica, por distocia debido a la Pituitrina.

Ojalá que entre nosotros se difundieran las ideas abstencionistas (abstención de toda intervención inútil) para bien de las madres, de los niños y hasta de los médicos.

UN CENTENARIO

Dr. J. V. González

Profesor de Anatomía en la Universidad
de Antioquia

En este año se cumplen exactamente ciento de haberse introducido aquí las doctrinas médicas de Broussais, el fogoso reformador de principios del siglo XIX, que ayudó a batir con el ariete de su crítica los últimos reducidos de la medicina dogmática. El hecho, anotado ya por el doctor Robledo en su historia de la medicina en Antioquia, merece ser recordado de nuevo por haber dado origen a las primeras publicaciones de carácter profesional que aparecieron en nuestro medio, y por su innegable influencia en la formación de un ambiente científico alejado de la rutina y empirismo de los días coloniales.

Fue ello con motivo de la epidemia de cólera de 1830, tan notable por su larga duración; sus muchos estragos y lo extenso de su área de diseminación. Al tenerse noticias sobre una posible invasión del continente americano por haber aparecido algunos casos en Estados Unidos en los primeros meses de 1832, la natural alarma hizo que nacieran y prosperaran una multitud de nociones erróneas en nuestro ambiente indocto y para destruirlas, ilustrando el criterio del público, se reprodujeron en el Constitucional de Antioquia (Nros. 20 y siguientes), las "Lecciones del Dr. Broussais sobre el cólera morbus". No tendría objeto reimprimir hoy aquellas admirables páginas de literatura médica, pues el conocimiento de la verdadera etiología y de las condiciones de transmisibilidad, han modificado totalmente las enseñanzas del reformador de Val de Grace sobre el cólera y en general sobre todas las enfermedades contagiosas; pero habrán de perdurar para placer de los eruditos, la bellísima descripción clínica que hizo de la enfermedad; la noción sobre importancia de la predisposición individual como factor indiscutible, admitida hoy por los higienistas, y la necesidad de adoptar medidas de higiene urbana como base de una profilaxia racional.

Precisamente en este último sentido produjo la publicación de las lecciones de Broussais buenos frutos entre nosotros como lo demuestra el decreto del gobierno provincial de 28 de junio de 1832 firmado por el doctor Aranzazu como Gobernador y don Mariano Ospina como Secretario, decreto que en once artículos resume todo un código de policía sanitaria y aseo urbano, protección de las aguas, mataderos, etc.

Por muchos títulos es Broussais acreedor a uno de los puestos más elevados en la historia de la evolución de las ciencias médicas. Leyendo su libro sobre las flegmias crónicas (1808), en el que se muestra tan escrupuloso observador como erudito comentarista, es forzoso concluir dando la razón a quien afirmó que nuestra posición de hombres de ciencia, al lado de los grandes maestros de otras épocas, es la de niños puestos sobre los hombros de un gigante que ven todo lo que éste y a veces unas pocas cosas más.

Medellín—MCMXXXII.

Aspecto científico de la educación infantil

Dr. Jaime Bernal Moreno

Verdadero sentido del desarrollo físico.—Estudio real y posible de la Orientación Profesional.

Quisiéramos violentar en alguna forma la modestia habitual del distinguido profesional Doctor Eduardo Vasco, para ocuparnos de la realización de sus entusiasmos en el logro de una metódica, científica y juiciosa preparación de nuestra juventud.

Es un deber del alma gritar, para que todos oigan, la necesidad de volver por los fueros de una juventud que se mece entre los espasmos del arribo integral, terminando en el más estridente de los fracasos a causa de una orientación profesional mal entendida y de un desarrollo espiritual y corporal en desacuerdo absoluto con la capacidad prometedora de su cerebro, de su cuerpo y de su espíritu. Estas milicias y disciplinas son las que es preciso controlar, reglamentar y luego encauzar hacia su verdadero destino. La anarquía en la conducción de nuestras capacidades ha dado por fruto un proletariado profesional, cuyos resultados han sido la tragedia a que asistimos actualmente en medio del dolor de los que la crearon. Es necesario, preciso, de urgencia inmediata, crearle a las nuevas generaciones el derecho al triunfo sobre la vida. Es obra generosa, de proyecciones vastísimas y simboliza la prosperidad de un país, el afianzamiento de la paz y es la verdadera gimnasia de los ideales humanos y genuinamente nacionales. Tarde o temprano nos aplastarán estas verdades como templos y, a pesar del ambiente frívolo del siglo, el sentido de la responsabilidad será un hecho de aristas y ritos inconfundibles. No debemos buscar la responsabilidad por el hecho de ser controlados por los vicios de sociedad que traten de marginar las maneras de educar nuestros hijos. Cada hombre debe llevar en sí el sentido de la responsabilidad de sus actos, como algo inherente a sus más caros ideales y como una promesa y premio a una actividad purísima del alma. El premio de una bella acción, debe llevarlo ella misma. La satisfacción interior es su eco. Nada más puede desvelarnos y pensar siempre que la línea recta, sin soluciones de continuidad, ni tintes variables en su trayectoria, es la forma más acertada de ser bien. Violemos el espíritu chauvinista, conservador y antiguo de que como andan las cosas está bien. Es un error, creer en esto, cuando la misma naturaleza "malgré nous" se defiende formando individuos de selección y creando parcialmente formas de hacernos mejor. Colombia está cometiendo el peor de los adefesios viviendo del señuelo de que resuelto el problema económico y fiscal,—todos los demás aspectos de la vida están automáticamente resueltos. Grave error confundir

la mercancía con los bellos afanes del espíritu y sus ondulaciones de paz. Las crisis son justamente las que revelan el matiz espiritual y le devuelven su antigua y eterna apoteosis. La balumba mercantil pisotea en forma agresiva lo que no vibra al compás de sus efímeras campanas. Pero el tiempo, buen juez, da a cada cual su merecido y coloca en su lugar los legítimos valores, y pasa al tablero del olvido la estridencia horrorosa y el burdo arrivismo, el crudismo materialista y el aspecto obtuso de las delicias del espíritu. Obsérvese que en la situación crítica porque atravesamos el capital humano se extingue y el acervo espiritual se iergue, cada vez más atinado y certero. El profesional tiene su vida material resuelta en forma más o menos amplia si sus manifestaciones son obra legítima de su orientación profesional. El "cinco en todo" de los claustros se derrumba ante la rudeza de la lucha por la vida, y la buena calificación la impone el éxito y la verdadera orientación de las capacidades.

Todos no podemos ser médicos, ingenieros, abogados, etc. El polimorfismo profesional es la crucifixión de las potencias del alma. Es preciso materializar en cierta forma y medir la superficie de absorción espiritual de que somos capaces. Además escoger dentro de lo posible lo que ritme al son de nuestros sentidos. Hoy es un hecho esta selección y presagia días de triunfo y ahorra carreras fracasadas y esperanzas fallidas. Seamos humanos. Aboquemos la realidad a tiempo y los sinsabores no serán plato de nuestra mesa. No pretendamos creer que superar al tipo habitual y corriente es un don de la naturaleza. No! es una conquista del espíritu y una ambición vaciada en los moldes de la selección de nuestra propia alma! Error grande es creer que nuestros hijos por ser quienes son están preparados para todas las disciplinas del espíritu. De una terquedad apocalíptica se revisten muchos padres para orientar la vida de sus hijos y luego contemplar horrorizados el abismo a don llevaron subyugados por el calor de un cariño mal entendido y peor empleado. La orientación profesional es hoy el desvelo de todos los puericultores y psicólogos, única forma de oponerle un dique al fantasma del proletariado intelectual.

La educación física tal como la practicamos actualmente es otro grave error. Para ser gimnasta, atleta, futbolista, tenista, es preciso también una orientación profesional. La resistencia física no es la misma delante de la variedad de deportes, variables en esfuerzo, intensidad y equilibrio estático-dinámico. La anarquía y el polideportismo son la moneda actual. Es un grave error. Los deportes como las pasiones, son buenos, debidamente controlados y reglamentados. El ejercicio físico deprime, es fuente de desgaste, en exceso. Es creador de vida, tónico y rejuvenece dentro de los límites de la prudencia. Quizás es obra más sabia y difícil—medir el índice de resistencia física que la capacidad mental. Esta entra en cansancio rápidamente, aquella se rehabilita en forma más fácil y sigue atenuándose sin lograr el encuentro del límite de sus poderes.

Eduardo Vasco ha venido a implantar entre nosotros los métodos apropiados para medir el coeficiente de capacidad física y mental, que nos redima de hacer incursiones por los campos vedados de los títulos de nuestras reales

capacidades. Con el acervo de inteligencia, preparación y buena voluntad de que dispone, creemos será capaz de violar el medio nuestro, abiertamente hostil a estas disciplinas del espíritu. Su esfuerzo simboliza un capital de conocimientos y un capital invertido en bienes para modelar, plasmar y rehacer métodos y sistemas que han estado sometidos a la tiranía de la rutina y al desconocimiento absoluto del verdadero Norte de nuestras facultades. Tenemos confianza en que hoy cuando se inicia una campaña por la Escuela Activa, ésta se empeñe en dar comienzo por el niño desde sus primeros años hasta la segunda infancia, dotándole de los medios de desperezarse en el panorama de su porvenir.

EL PROBLEMA TUBERCULOSO

I.-El Contagio

Para "El Boletín Clínico.

Del libro de "NOTAS" del Dr. Juan B. Pérez Cadavid, Médico Jefe del Hospital de la María.

A)—"El Contagio tuberculoso nos rodea desde el vientre materno".

Hasta hace muy poco se consideraba desprovista de fundamento la infección a través de la placenta, se afirmaba en todos los tonos que el filtro materno no dejaba pasar los bacilos y se sostenía que la infección venía sólo de los contactos directos por las caricias de la madre, del padre, de la niñera enferma.

Estos contactos—y sólo ellos—con la predisposición o terreno que sacaba el niño para contraer la enfermedad, eran las causas de la infección en los primeros meses de la vida.

Las más recientes investigaciones de Calmette, Valtis, Pla y Armengol, Sergent y Benda prueban que el problema es más complicado. La infección ovular y la que resulta de un padre tuberculoso con semen positivo para el bacilo no está suficientemente probada. Lo que sí es un hecho real es la infección transplacentaria sea que existan o nó lesiones en ella. En el caso de una bacilemia en la madre—y esta se observa con frecuencia en los períodos cavitarios—los **bacilos acido-resistentes** pasan directamente de la sangre de la madre a la del feto, ya sean independientes o englobados en los leucocitos. En esta forma vienen el 11,5% de los casos de infección. En cambio, la infección transplacentaria por el **Ultravirus** (Ultravirus de Fontes) es mucho más frecuente y sobreviene entre el tercero y el sexto mes del embarazo. Para Pla y Armengol la infección fetal por la **bacteria** (Bacteria de Attenborough) es un hecho muy frecuente por no decir constante en casos de infección materna y según este autor el organismo de los hijos de tuberculosas estaría dotado de predisposiciones especiales para el desarrollo ulterior de la enfermedad y el ciclo evolutivo del bacilo.

Sea de ello lo que fuere, está plenamente probado que a través de la placenta sí pasan los bacilos acido-resistentes (bacilo de Koch) y elementos invisibles al microscopio, filtrables por las bujías de porcelana y patógenos para los animales de experimentación. De este ultravirus tuberculoso nace por mutaciones sucesivas el típico bacilo el cual parece ser una verdadera forma de resistencia.

Además es conveniente añadir que este germen invisible es conside-

rado bajo diversos aspectos según los autores: Para el sabio Ferran es la **bacteria plurimutans**, de vida saprofítica y que en virtud de un ciclo evolutivo llega hasta el bacilo ácido-resistente; para Pla y Armengol es el **micrococo**, con sus tres formas diferentes, bacteria de ataque, intermedia y de resistencia la que explica toda la cuestión, y para Fontes y muchos autores de la escuela francesa es el **ultravirus** que se presenta en partículas pequeñas invisibles pero comprobables por la positividad de las inoculaciones.

La prueba de los hechos anteriores nos la dan la Bacteriología y las inoculaciones sucesivas en el cobayo. Numerosas investigaciones muestran el bacilo de Koch en los fetos muertos procedentes de madres tuberculosas, bacilo en la sangre del cordón, en el hígado, &. Por otra parte, cuando se hacen siembras repetidas en el cobayo de productos salidos de tuberculosas se observa la presencia de bacilos ácido-resistentes y se comprueban lesiones de naturaleza típicamente bacilar.

Ante hechos de esta naturaleza no se puede seguir ciego sosteniendo las todavía clásicas teorías antiguas ni tampoco creer que con lo estudiado y aprobado se explica toda la cuestión. Hay algo más, dependiente no del agente microbiano sino del campo sobre el cual actúa él, el **terreno**, factor importante tanto desde el punto de vista evolutivo de la enfermedad como adyuvante de la profilaxia.

Es un hecho evidente y de observación diaria que los productos de tuberculosas están marcados con signos claros de inferioridad fisiológica. Los abortos, los partos prematuros, los nacidos muertos, los cretinos, de pequeña talla, los atrepsicos que sucumben a las pocas semanas o meses sin causa aparente, los clasificados de "debilidad congénita" son otros tantos ejemplos de lo que representa el terreno del nuevo organismo.

Los predicadores contrarios sostienen que sólo la infección debe tenerse en cuenta; pero, qué dirán de los casos atrás enunciados y qué argumento darán al hecho de observación diaria y que impresiona vivamente el espíritu del clínico: me refiero a la frecuencia de la tuberculosis en ciertas familias y la ausencia en otras. Se objetará que las condiciones higiénicas en las cuales se encuentran son las causantes de ello, pero no es así, lo más acertado es suponer algo orgánico que influye en la evolución de la enfermedad, concluir, como en todo proceso morboso, en una estrecha relación entre microbio y modificación del terreno en el desarrollo y poliformismo de la tuberculosis.

Terreno y microbio en simbiosis estrecha explican bien lo que a primera vista parece oscuro. La misma diversidad de formas clínicas y las distintas etapas del bacilo nos ilustran bien claramente y nos fijan derroteros tanto para la terapéutica como para la profilaxia.

El Profesor Sergent con sobra de razón ha dicho enfáticamente que no hay evolución tuberculosa sin preparación del terreno y en una bella frase, gráficamente él ha expuesto la cuestión: "no se puede hacer vegetar trigo sobre la roca".

La misma frase aplicada a la tuberculosis es la verdad desnuda. El microbio necesita cultivo especial, medio apropiado para vegetar, multiplicarse y producir sus lesiones. La misma Patología nos lo enseña, la lucha en-

entre microbio y organismo dá un vencedor y un vencido, del choque de ambas fuerzas resulta la derrota de una de ellas. Cuando el organismo es resistente, cuando es refractario por su composición humoral, la victoria le pertenece, pero cuando es débil, cuando está preparado por la herencia o por otras causas él no resiste al asalto y queda en el campo de batalla.

Esto, que parece tan claro, no es admitido por los que sostienen que el contagio es el factor exclusivo, y que la herencia del terreno no goza papel directo o indirecto, ni inmediato o lejano en la tuberculosis del niño siendo sólo el medio familiar, el contacto íntimo, el causante de todo.

Nadie niega que el contagio familiar sea el dominante y que sobre él como principal enemigo, deben dirigirse las reglas profilácticas, pero en el estado actual de nuestros conocimientos no se puede esquematizar la cuestión negando o aprobando teorías ya consagradas o desvirtuadas por las últimas investigaciones.

Retengamos como hechos probados y como conclusiones las siguientes postulados:

1) El bacilo tuberculoso **ácido-resistente** (de Koch) parece ser la última evolución del germen. Es una forma de resistencia capaz de conservar todo el potencial morbígeno del virus y encargado de dar lesiones, sobre todo necróticas y destructivas.

2) La bacteria **plurimutans**, el **ultra-virus** y el **micrococo** son escalas intermedias en la evolución del agente patógeno.

3) Este, como el ácido-resistente, pasa a través de la placenta y explica así el heredo-contagio y el poliformismo de la infección.

4)—El terreno del nuevo ser está impregnado de predisposición especial para la evolución de la enfermedad y en muchas ocasiones presenta el bacilo en sus órganos o éstos inoculados en serie dan a la postre el ácido-resistente.

5)—La Tuberculosis infantil viene en la mayoría de los casos del contagio que toma el nuevo ser en el medio familiar.

Comprendiendo de esta manera el problema, puede resolverse con mayor facilidad, las reglas terapéuticas y profilácticas serán al mismo tiempo de mayor alcance y la clave del difícil asunto de la tuberculosis humana, como también la concepción general del grano y del terreno será mejor aceptada. Así las bases de la lucha anti-tuberculosa, tomando las fuentes de infección (bacilo) y las condiciones individuales que favorecen la evolución de él y disminuyen las resistencias orgánicas (terreno) tendrán más importancia y ayudarán a luchar con más eficacia.



CUERNO DEL PENE

Profesor Gil J. Gil

El Sr. T. P., de 35 años, soltero y agricultor, se presentó a mi consulta para una fimosis, en abril de 1.924. Le practiqué una circuncisión clásica, pero hube de extirpar todo el prepucio debido a varias placas calcáreas que se presentaban en su cara mucosa. No hubo ninguna dificultad en la cicatrización y el Sr. P. quedó perfectamente bien. La cicatriz era suave, discreta, sin infiltración alguna, y el corte se hizo bien lejos de las placas mencionadas. Estas me llamaron la atención y pude apreciar que en unas se notaba el aspecto de leucoplasia, mientras otras blanquecinas, levantadas, duras y francamente calcáreas. Atribuí su presencia a irritación crónica de la mucosa y a transformación del epitelio con depósito calcáreo debido a una postitis crónica.

En 1.931—7 años después—vuelve a presentarse el señor P. con una formación crónica en la extremidad cutánea, parte interna y anterior del pene en el límite muco-cutáneo, el glande no está tocado, pero sobresale la formación un poco por encima de él. El aspecto es exactamente el de una uña del dedo gordo del pie, que ha sufrido perturbaciones tróficas, y parece separada en dos partes desiguales por un surco muy neto. La base de implantación es la piel misma, la formación es móvil con toda la piel, pero no independiente, y se aprecia que está adherida al surco balano-prepucial en el sitio de la antigua cicatriz. El Sr. P. es soltero y según dice, es absolutamente casto, pero se comprende la dificultad para el coito que resulta de esta uña exótica, por lo agresiva para la mucosa vaginal y lo doloroso que resultaría el acto para la mujer.

Con anestesia local pude extirpar toda la formación, cauterizar un punto sangrante y suturar fácilmente trayendo hacia adelante la piel flácida del pene. La cicatrización fué normal.

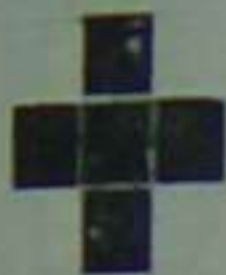
El examen de la pieza revela una superficie lisa por el lado de la implantación y una superficie rugosa, resquebrajada, por la parte superior, el aspecto no difiere del de una uña.

Consultando la literatura se encuentra la descripción de verdaderos cuernos implantados sobre el glande, pero no aplastados en forma de uña. Según Levi, su sitio de origen es una verruga con tendencia a la Hiperqueratosis. En un caso de Kewett, el cuerno tuvo su origen en las vegetaciones consecutivas a la ablación del prepucio, lo cual lo asemeja al que relato, pues el origen de esta fue sin duda la irritación de la cicatriz de la circuncisión con un desarrollo inusitado de las células epidérmicas en su capa córnea. ¿Se reproducirá?

Mayo 1932.

VARIEDADES MEDICAS

Nuestro Gobierno está en la obligación perentoria de fomentar y de favorecer la explotación de las diversas aguas minerales con que cuenta el País.



LA CRUZ ROJA en tiempo de paz trabaja incansablemente por el bienestar de la humanidad.

RADIUM

para el tratamiento del

CANCER

Dr. Pedro Nel Cardona C.

Medellín-Colombia

El Cáncer es curable en sus comienzos; no deje Ud. para última hora el tratamiento porque ya es imposible la curación

VARIEDADES MEDICAS

Nuestro Gobierno está en la obligación perentoria de fomentar y de favorecer la explotación de las diversas aguas minerales con que cuenta el País.



LA CRUZ ROJA en tiempo de paz trabaja incansablemente por el bienestar de la humanidad.

RADIUM

para el tratamiento del

CANCER

Dr. Pedro Nel Cardona C.

Medellín-Colombia

El Cáncer es curable en sus comienzos; no deje Ud. para última hora el tratamiento porque ya es imposible la curación

VARIEDADES MEDICAS

DECALOGO DE LA HIGIENE

En las escuelas públicas de Italia se ha fijado el siguiente Decálogo: El tesoro más grande es la salud. Guárdalo con cuidado, observando las reglas que te sugieren el maestro y este decálogo: 1 Ama el sol y el aire puro. 2 Emplea constantemente agua y jabón. 3 Haz que tu casa permanezca aireada, luminosa y limpia. 4 Mantén tu ropa limpia y decente y no la aprietes demasiado. 5 Muéstrate sobrio en la comida y la bebida. Considera el alcohol como un veneno. 6 Mantén los dientes limpios. 7 No escupas ni ensucies. 8 Protege tu cuerpo, vestido y casa contra las moscas y los insectos. 9 Alterna el trabajo, la gimnasia y el ejercicio al aire libre con el descanso reparador. 10 Prevee y combate las enfermedades infecciosas por medio del aseo y la desinfección.

BOLETIN CLINICO

Organo de los hospitales

Revista Médica mensual

ELKIN RODRIGUEZ

Directores:

ALFREDO CORREA HENAO

Administrador: RAFAEL PEREZ R.

Condiciones de abono:

ABONO ANUAL.....	\$ 1.00
NUMERO SUELTO.....	\$ 0.10
NUMERO ATRASADO.....	\$ 0.15

Monografías, Originales, Tesis y Libros deben ser enviadas a la dirección del
"Boletín Clínico"

Carrera Junín No. 178

Apartado No. 132

Medellín - Colombia - S. A.

VARIEDADES MEDICAS

LOS INSTRUMENTOS DEL MEDICO

Observación y raciocinio son los dos grandes instrumentos de que se vale el médico para el diagnóstico, para el pronóstico y para el tratamiento de los enfermos. Si agregamos la experimentación, que no es sino una observación provocada, es decir, hecha en condiciones determinadas, tendremos reunidos los tres procedimientos fundamentales de la ciencia y del arte de la medicina. Despertar y perfeccionar el espíritu de observación; fortificar o enderezar el sentido crítico, han de ser siempre los objetivos principales de la educación médica.

G. Aráoz Alfaro.

Limo-Lax

Solución de Citrato de Magnesia en agua carbonatada, con sabor de bebida gaseosa y de una acción purgativa ideal. No extriñe y obra como descongestionante del hígado, regularizando así sus funciones y activando la secreción.

Es el purgante ideal para todos.

Laboratorios Uribe Angel

Medellín - Barranquilla - Colombia

VARIEDADES MEDICAS

La labor del médico no tiene equivalente en el mercado de la vida; no hay valor para dar, en cambio de una asistencia que determina el salvar de la muerte a un hijo, no hay remuneración o haber que pague el servicio que al buen nombre de un hogar preste un médico; por eso es por lo que vemos con dolor que este sacerdote del deber tenga que servir como un empleado contratando trabajo en vez de oír a su conciencia que no le ha marcado límite en el cumplimiento sus deberes, sino que le demanda abnegación a tal grado que, olvidando su persona y la de su esposa e hijos, en medio de una epidemia o en el campo de batalla, se juegue su vida sin otra recompensa que la del deber cumplido, ya que los grandes honores y subvenciones para los herederos son semillas que no parecen florecer y fructificar en la heredad de la noble clase médica.

Bol. de la Asoc. Med. de Puerto Rico.

FARMACIA ARGENTINA

*Científico despacho
de fórmulas.*

*Honorabilidad,
Precios bajos.*

*Servicio rápido a do-
micilio.*

*Carrera Junín x Colombia
Teléfono Nro. 24-00*

*LIBRE
para su aviso*

VARIEDADES MEDICAS

A PROPOSITO DE DEPORTES

Se anda con los músculos.
Se corre con los pulmones.
Se galopa con el corazón.
Se resiste con el estómago
Y se llega a la meta con el cerebro.

Profesor Tissié.

POMADA PEÑA, legítima

Para suavizar y embellecer la piel

Dirija sus pedidos a

Leonor Quevedo de Peña

Calle de Bolivia No. 119

Teléfono: 8-1-7

Medellín-Colombia S. A.

Por Telég: "LEDEPEÑA"

CLINICA ORTOPEDICA

CARUPANO N°. 44. — MEDELLIN

BAJO LA DIRECCION DEL

DR. S. NORRIS SMYTHE S.

GRADUADO EN CHILE Y EN ESTADOS UNIDOS

MASAJE-MEDICO KINESITERAPIA - REEDUCACION
ORTOPEDIA: FRACTURAS, DEFORMIDADES DEL SISTEMA
ARTICULAR Y OSEO

Fisioterapia: Diatermia Médica - Conservadora y Quirúrgica

ELECTRODIAGNOSTICO - REACCION DE ERB Y JOLLY.

A DISPOSICION Y SERVICIO DE TODOS LOS SRES. MEDICOS

VARIEDADES MEDICAS

CONVERSION DE GRADOS FARHENHEIT A GRADOS CENTIGRADOS

Siendo de 32° la diferencia en el punto de partida de ambas escalas, será 1°8 Farhenheit, por consiguiente, el equivalente de 1° Centigrado; de suerte que a una temperatura Farhenheit dada, se le restarán 32° y la diferencia se dividirá por 1,8.

CECALGIA

Provocada por la palpación, indica seguramente afección gástrica o hepática.

El gorgoteo y el clapotaje a nivel del Ciego, no son patrimonio exclusivo de las diarreas; existen también en los viejos constipados.

Prou.

En ésta edición anuncian

Proygnon Schering

Dr. Alonso Restrepo

Laboratorio Clínico

Farmacia Blanca, COLEDOSINA

Labortatorio Samper Martínez

Varios de sus Productos

Droguería Universal

Confortativo Salomón

Droguería Industrial, UROL

Hijos de Eleázar Ospina

Mesas para clínica

Farmacia "La Luz", OVARICINA

Ramón Peláez y Cía., VENESOL

Dres. Alfonso Castro y Castro D.

Clínica "La Merced"

Adolfo Stapff

Productos de la Casa "MERCK"

Laboratorios Uribe Angel, Limo-Lax

Farmacia Argentina, — Pomada Peña

Imprenta Editorial, Trabajos de lujo

Farmacia Medellín, Ducreycida Barú

Jaramillo Villa "Vacunas Pasteur"

La Química Industrial Bayer Meister

Lucius Weskott & Cía., CASBIS

Droguerías Aliadas, OVOMALTINA

Trabajos

de Lujo

La Imprenta Editorial se ha especializado en toda clase de trabajos de lujo. Las tarjetas de invitación, participaciones, menús y catálogos elegantes llevan siempre el sello de la IMPRENTA EDITORIAL.

Papelería Nacional

Imprenta Editorial

Medellín

VARIEDADES MEDICAS

PROFILAXIS DE LAS INFECCIONES VENEREAS

Durante la Guerra Europea, con muy buenos resultados, se empleó en el Ejército Canadiense la pomada siguiente:

Vaselina	50	gramos
Lanolina	15	-"-
Calomel al vapor	52,50	-"-
Acido Fénico	1,50	-"-
Alcanfor	1	-"-

R/.

La experiencia ha demostrado que el

DUCREYCIDA BARU

es el mejor tratamiento para el

CHANCRO BLANDO

Muestras a solicitud de los médicos

Farmacia Medellín

Esquina de la Veracruz

VACUNAS PASTEUR

Las respalda el Instituto Pasteur.

GARANTIA ABSOLUTA

Fijación matemática de virulencia.

Cuando los ganados valían, vacunaba. Vacune ahora y disminuya sus pérdidas.

Agentes:

Jaramillo Villa & Cía.

Palacé 183 - 185.

VITAEMULSION



FORMULA

Cada 100 gramos contienen:

Hipofosfito de cal 0.5

“ “ sodio 1

Aceite Hígado de bacalao 30

PROPIEDADES

Proporciona a los organismos debilitados y faltos de vigor aquellos principios que hacen falta a sus tejidos para llenar cumplidamente sus funciones vitales.

TERAPEUTICAS

INDAGACIONES

Catarros, gripas, enfermedades de la garganta y bronquios. Tisis pulmonar, Raquitismo y escrófulas, Anemia, Debilidad general, Lactancia etc.

ADULTOS:

Tómese una cucharada de las de sopas después de cada comida y si posible es, una a tiempo de acostarse.

DOSIS:

NIÑOS:

Tómese una cucharadita después de cada comida.

VARIEDADES MEDICAS

La antigua medicina en China.

La antigua medicina china admite 365 huesos en el cuerpo humano, de los que el cráneo posee, según algunos sistemas, uno solo, y según otros, ocho en el sexo masculino y seis en el femenino. La laringe venía a abrirse en el corazón; la medula espinal, en los testículos; el pulmón tenía ocho lóbulos; el hígado, siete. El bazo y el corazón son los órganos de la razón. Cada órgano está relacionado con un color, sabor, estación y momento del día: tiene un padre, amigos y enemigos. El corazón es el hijo del hígado; el hijo del corazón es el estómago; su amigo, el bazo; su enemigo, el riñón; el rojo es su color; el verano su estación y recibe al medio día (Welch).

SEÑORES MEDICOS:

Prefiera siempre productos del país que son más baratos

COCADILATO DE SODIO

Caja de 12 ampolletas de 1 c.c. Caco " 0.60

CIANURIO DE MERCURIO de 0.01 y 0.02

Cajas de 12 ampolletas de 1 c.c. Cica " 0.80

Fascos de 50 c.c. Cifa " 1.00

CLORHIDRATO DE EMETINA

Caja de 12 ampolletas de 1 c.c. de 0.01 Cema " 0.60

Caja de 12 ampolletas de 1 c.c. de 0.02 Ceme " 0.80

Caja de 12 ampolletas de 1 c.c. de 0.03 Cemi " 0.90

Caja de 12 ampolletas de 1 c.c. de 0.04 Cemo " 1.00

Caja de 12 ampolletas de 1 c.c. de 0.05 Cemu " 1.10

ENTEROVACUNA BILIADA TIFO-PARATIFOIDEA

Dosis para una sola persona. Enri " 0.50

ENTEROVACUNA DISENTERICA

Dosis para una sola persona. Endi " 0.50

El Laboratorio SAMPER MARTINEZ le da plena garantía.

Agente para Antioquia:

José J. Toro U.

Bolívar No. 128

EL ASCARIDOL es el único vermífugo que cumple esta acción terapéutica.



Oxyurus Vermicularis



Nudo de Ascaris (lombrices)



Ankylostomum Duode Nale



Trichocephalus

Gusanos del intestino que se expelen con el
“ASCARIDOL”

VARIEDADES MEDICAS

La Discordia.

Si los hombres quisieran sinceramente alzar un templo a la deidad que les dirige, deberían dedicarlo a la Discordia. Discordia entre los hermanos, entre los ciudadanos, entre los esposos, entre los pueblos, entre las corporaciones. Discordia en las academias, los salones, los cabarets, los talleres, las chozas, de suerte que para juntar en un día de fiesta a cuantos honran la siniestra diosa, el templo sería aún pequeño así abarcara de Gibraltar a Arkangel.

Ch. Richet.

PARA CURAR LA
INDIGESTION, LO
MEJOR ES UN
POCO DE
UROL



**UROL FACILITA LA
DIGESTION**

VARIEDADES MEDICAS

Los eunucos.

Castrados a la edad de 6 a 7 años, los eunucos, ofrecen a la edad adulta un aspecto muy particular, que permite distinguirlos al punto. Ordinariamente de talla elevada, a causa del alargamiento anormal de sus tibias, tienen el rostro imberbe, pálido, con las mejillas colgantes que les dan el aspecto de mujeres viejas. Obesos la mayoría, poseen formas redondeadas y frecuentemente senos voluminosos. Las carnes son flojas y la musculatura aminorada. La voz es infantil a consecuencia de la detención del desarrollo de la laringe, y frecuentemente discordante. Habiendo disminuído el vigor del cuerpo, les es imposible producir un trabajo que necesite un esfuerzo de cierta duración. La sangre es pobre, y la anemia acentúa aun más su endeblez. En suma, la decadencia física parece alcanzar a todos los órganos, y así vemos se-



El suscrito médico cirujano,

Certifica:

Que ha usado la preparación titulada "VENESOL" para la anestesia local en la extirpación de NEVIS: CHALAZIONES, con magníficos resultados. En consecuencia, seguirá usándola.

Dr. Nicanor González U.

OVARICINA—Un elixir absolutamente diáfano y agradable que contiene en cada 15 centímetros cúbicos

<i>Extracto fluido de Algodonero</i>	—	$\frac{1}{2}$	<i>cms.</i>	<i>c.</i>
" " " <i>Hidrásstis</i>	—	$\frac{1}{2}$	"	"
" " " <i>Hamamelis</i>	—	$\frac{1}{2}$	"	"
" " " <i>Piscidia</i>	—	$\frac{1}{2}$	"	"
" " " <i>Valeriana</i>	—	$\frac{1}{2}$	"	"
" " " <i>Viburno</i>	—	$\frac{1}{2}$	"	"
<i>Glicerina</i>		5	"	"
<i>Alcohol</i>		$1\frac{1}{2}$	"	"
<i>Elixir aromático y ácido fosfórico c. s. para 15 c. c.</i>				

Este conjunto de medicamentos bien escogidos, bien dosificados y en forma de Elixir agradable, sabrán apreciarlo todos los médicos.— La dosis corriente es de 2 a 4 cucharaditas al día, pudiendo el médico modificar, según el caso, estas dosis.

Preparado en la Farmacia "LA LUZ". — Palacé x Av. 1º de Mayo

res consumidos, lánguidos, rebajados en toda su vitalidad. La relajación intelectual y moral no es menor. Siéndoles penoso cualquier trabajo, son naturalmente perezosos, indolentes, sin energía. Los sentimientos afectivos están muy borrados, y el egoísmo no es su menor defecto. Medrosos como los capones, sacrifican fácilmente su amor propio, incapaces de una réplica enérgica. Envejecen prematuramente. A los 30 ó 35 años, su piel pierde la flexibilidad y se vuelve escamosa. Después de los 40, el círculo senil de la córnea es constante. Rara vez alcanzan una edad avanzada. Su inteligencia está muy debilitada, y los pocos que se citan como habiendo representado algún papel en la antigua Bizancio, estaban castrados a la edad adulta y pudieron conservar, cuando menos en parte, las cualidades ya adquiridas. Aún en tales condiciones, no estando mantenida la vitalidad del organismo por el aporte renovado de estimulante enérgico, cuya reserva se agota pronto, esta vitalidad sufre una disminución notable.

Sergio Voronoff.

CLINICA GIL

Servicio Quirúrgico

74-76 Cálibío

Medellín

Colombia

Libre para su aviso