

# CLINICA GIL

---

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

ABRIL 1924 — VOLUMEN I - NRO. 2

---

## CONTENIDO:

Prostatectomia, Dr. GIL J. GIL  
Tratamiento Médico de los Prostáticos, Dr. M. M. CALLE  
CLINICA QUIRURGICA, Observaciones:  
Gastrectomía, FELIX NAVARRO O., Practicante.  
Apendicitis aguda y preñez tubaria derecha,  
GERMAN GIRALDO SALAZAR, Practicante.

---

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA



---

EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT  
FELIX DE BEDOUT E HIJOS  
MEDELLIN

CONDICIONES:

CLÍNICA GIL saldrá cada dos meses.

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

Valor del número suelto..... \$ 0.20

AVISOS:

Página exterior..... \$ 5.00

Página interior..... \$ 3.00

Media página ..... \$ 2.00

---

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

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

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

---

SUSCRIPCIONES Y AVISOS  
SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

# CLINICA GIL

Director: GIL J. GIL, M. D.

Abril 1924

MEDELLIN - COLOMBIA

Vol. I - N° 2

## PROSTATECTOMIA

GIL J. GIL M. D.

La hipertrofia de la próstata, como patrimonio casi obligado de la vejez, es muy común entre nosotros; pero la atmósfera terrorífica que se le ha formado al tratamiento quirúrgico, ha retardado la vulgarización del único tratamiento racional: la prostatectomía. Por muchos años el sondaje, y más raramente la cistostomía permanente, han sido los medios para luchar contra el "mal de orina", y multitud de enfermos terminan sus días entre los más crueles sufrimientos víctimas de la cistitis crónica, las infecciones urinarias ascendentes y la insuficiencia renal. Sabido es que el cáncer de la próstata no es común y que todos los fenómenos graves de la hipertrofia dependen de la intoxicación crónica producida por retención de sustancias que debieran ser eliminadas por el riñón.

Entre nosotros, las primeras tentativas de tratamiento quirúrgico fueron las resecciones de los canales deferentes practicadas por los Dres. Pérez y Londoño, en 1897, cuando se pensaba que semejante procedimiento tenía influencia sobre la próstata y la hacía disminuir de tamaño. Por supuesto que el resultado fué nulo, pero no dicen las observaciones si hubo algún cambio benéfico en el estado general y si se modificó algo la esclerosis arterial, observación que tendría gran interés ahora que ha vuelto a surgir con Steinach la ligadura y la resección de los canales para estimular la secreción interna testicular y modificar algunos desgastes de la senectud.

Mas tarde se limitaron nuestros médicos a practicar la cistostomía permanente como procedimiento paliativo, sin atreverse a ir más adelante, por el temor de los fracasos y por la resistencia del medio, y limitándose a dar algún alivio a sus enfermos, aunque al poco tiempo vinieran las hemorragias o la uremia a producir el desenlace fatal. La primera prostatectomía perineal por el método de Proust fué practicada en Envigado el 2 de Septiembre de 1903 por el Dr. Avelino Saldarriaga, acompañado de los Dres. Tomás Quevedo Alvarez, Obdulio Toro y Carlos de Greiff, en un enfermo valeroso que casi impuso la operación; en Julio y Noviembre del año siguiente hizo el Dr. Montoya sus dos primeras prostatectomías por el mismo método y otra el Dr. Tomás Quevedo Alvarez. Algunas de estas intervenciones fueron parciales y todas tuvieron buen éxito. A pesar del feliz resultado, la operación no prosperó, y pasaron cerca de 8 años antes de que Montoya y Flórez volviera a operar próstatas, esta vez por la vía transvesical en un tiempo, abandonando, a pesar del éxito anterior, la vía perineal. Como era natural, dada la poca preparación preoperatoria de los enfermos y la falta de laboratorios para hacer los exámenes adecuados, hubo al principio un porcentaje elevado de mortalidad, pero una mejor comprensión de los cuidados preoperatorios y postoperatorios y la facilidad de hacer toda clase de exámenes por la fundación de laboratorios manejados por expertos competentes, han hecho bajar la cifra de mortalidad a un porcentaje que iguala el alcanzado en las mejores clínicas mundiales. Con respecto a las prostatectomías practicadas en Antioquia he podido recoger los siguientes datos:

Dr. Avelino Saldarriaga	1 caso	perineal	1 curación		
Dr. Tomás Quevedo A.	2	—	2	—	
Dr. Montoya y Flórez	3	—	3	—	
Dr. Montoya y Flórez	18	—	transvesical	15	3 muertos
Dr. José Vicente Maldonado	2	—	—	1	1 —
Dr. Echeverri Marulanda	2	—	—	1	1 —
Dr. B. Henao Mejía	4	—	—	3	1 —
Dr. L. Rpo. Isaza	2	—	—	parciales 1	1 —
Dr. Gil	13	—	—	13	—

Lo que da un total de 47 prostatectomías con 14 $\frac{1}{2}$ %

de mortalidad global. En las mejores condiciones la mortalidad no debe pasar de 6%.

El objeto de la prostatectomía es el de quitar, de una manera permanente, el obstáculo mecánico que impide el vaciamiento normal de la vejiga; pero ello ha de hacerse respetando las estructuras anatómicas de la vecindad, el esfínter vesical y los canales eyaculadores, y por procedimientos que disminuyan el choque al mínimo, eviten la hemorragia hasta donde sea posible y no expongan a la infección. Si el enfermo está en buenas condiciones de permeabilidad renal y se llenan aquellas condiciones que pueden considerarse como el desideratum, el resultado debe ser satisfactorio. A obtener este estado de cosas tienden, en primer lugar, basado en el resultado de los diversos exámenes de laboratorio, un tratamiento preoperatorio conciente, y en segundo lugar, la escongencia del procedimiento operatorio. Descartados los métodos intrauretrales que pueden tener indicaciones muy limitadas, la extirpación del adenoma por la vía alta o por la baja se han disputado el campo, con variaciones temporales en favor de la una o de la otra; después de un auge sorprendente a que la llevaron Proust, Albarran y Young la vía perineal ha cedido hoy su puesto a la vía transvesical, aunque se considera, y con razón, que aquella es la vía de mejor drenaje, pero que, por las dificultades operatorias, está reservada a cirujanos expertos en el procedimiento, mientras que la vía alta está más al alcance del cirujano general, es más completa, y conserva mejor las funciones genésicas. Entre nosotros las primeras operaciones fueron practicadas por la vía perineal, la cual fué abandonada luego; en Bogotá el ilustre cirujano Dr. Cuéllar Durán practicó la primera prostatectomía en Septiembre de 1904, y en la memoria presentada a la Academia Nal. de Medicina para ingresar como socio de número, presentó varias observaciones y se declaró francamente partidario de la vía baja; más tarde, en su trabajo presentado al 2º Congreso Médico Nal., trae otras intervenciones por la vía alta, y termina concediendo la "superioridad indiscutible" de la vía transvesical sobre la perineal.

Las operaciones practicadas por la vía alta lo han sido

generalmente en un tiempo, y aunque todos los autores admiten la indicación de hacerlo en dos tiempos en casos especiales, solo conozco 2 casos del Dr. Henao Mejía y los míos en que se haya adoptado este método. El Dr. Montoya, hablando de la gravedad de la prostatectomía, dice que "el problema parece resuelto con la operación en dos tiempos", pero no hay datos en su estadística de si ha empleado este procedimiento. Yo creo que la vía perineal tiene algunas indicaciones limitadas, que la vía de elección es la transvesical, pero que como el éxito de la operación depende del tratamiento preoperatorio basado en las indicaciones del exámen general, en el estado de la vejiga y la cantidad de orina residual, y en los datos de laboratorio, considero que la cistostomía previa coloca al enfermo en las mejores condiciones, acorta el tiempo de los cuidados anteriores y disminuye considerablemente la gravedad de la intervención. A ilustrar estos puntos tiende la presentación de 13 prostatectomías consecutivas en dos tiempos con curación en todos los casos, lo que es un record operatorio digno de tenerse en cuenta, ya que algunos han sido casos hospitalarios de estado general malo. Siguiendo al cirujano Piltcher, quien ha popularizado el método aún con opositores de la talla de Cathelín, la operación en dos tiempos tiene las siguientes ventajas: 1º permite la decompresión renal con el mínimo riesgo; 2º permite el drenaje completo de la vejiga con una herida seca, sin escape de orina, y el enfermo puede levantarse al siguiente día de la cistostomía; 3º cicatrización por primera y al enuclear la próstata los tejidos peri y prevesicales quedan excluidos y al abrigo de la infiltración urinosa; 4º puede escogerse un momento oportuno para la operación secundaria con el menor riesgo para el enfermo, cuando el estado de depresión que sigue el drenaje ha pasado. En efecto, después de que este se establece, se verifica la decompresión renal, pero el órgano se congestiona y se edematiza y su capacidad funcional decae notablemente; esto explica la muerte de prostatectomizados al 3º o 4º día, cuando en los primeros su estado era satisfactorio; al choque operatorio, la hemorragia y el anestésico se agrega esa brusca deficiencia

funcional y el paciente muere en uremia. Después de algunos días—7° a 10° de la operación—la capacidad funcional aumenta, la albúmina desaparece, la prueba de la fenotaleina da un resultado satisfactorio, y si la prostatectomía se verifica entonces se evita al enfermo el peligro de ese estado de depresión vital y se obtiene un resultado feliz.

En cuanto a técnica operatoria sigo generalmente la siguiente: Si el caso no es de urgencia, tomo la presión arterial y hago hacer el examen de la orina y de la urea en la sangre; si hay una retención aguda, procedo a la cistostomía sin estos datos. Cuando puedo pasar la sonda, lleno la vejiga con solución boricada al 4%, pero como en algunos casos no me ha sido posible hacerlo, me atengo a la distensión del órgano por la orina residual y a la disección metódica, guiado por la vista y por el tacto. Hago la cistostomía con anestesia local, previa inyección de sedol; uso una solución de novocaina en suero fisiológico al 1/2% con 10 gotas de adrenalina e infiltro los tejidos capa por capa, a medida que corto, aguardando el tiempo necesario para que la anestesia sea completa; no me preocupa el tiempo que gaste en la operación sino el obtener un buen resultado en cuanto a que mi enfermo no sienta dolor y a que mi disección vaya capa por capa hasta llegar a la vejiga, la que también infiltro, por ser su pared extremadamente sensible. Hago una pequeña incisión en la vejiga, en la parte más alta, suficiente para introducir el índice, explorar la próstata y averiguar si hay cálculos, y con las hebras de catgut que me han servido para el ancoraje, fijo la pared vesical a la fascia superficial; introduzco una sonda de Pezzer N° 22 a 24 y con otros dos puntos de catgut fijo las extremidades inferior y superior de la incisión vesical, procurando que el orificio se adapte exactamente a la sonda; pongo un punto más para defender el espacio de Retzius y cierro con 2 puntos de crines, uno arriba y otro abajo de la sonda, y ganchos de Mitchell suplementarios. La convalecencia es generalmente satisfactoria; la herida se mantiene seca y se obtiene cicatrización por primera. Pasados de 6 a 8 días hago hacer un examen de la urea en la sangre y vuelvo a tomar la presión arterial; en los últimos

casos he podido valerme también de la sulfofenotaleína, y como para este tiempo los resultados son satisfactorios, procedo a la segunda operación; en algunos casos hay necesidad de diferirla 15 días, un mes o más porque la tasa de urea sea muy alta. No uso la constante de Ambard por considerar que, faltando un standard fijo respecto a nuestra alimentación, esta reacción no tiene hoy por hoy entre nosotros el valor que se le asigna en las clínicas extranjeras. Pero, por sobre todos los exámenes, me atengo al criterio clínico derivado del examen cuidadoso del enfermo, para juzgar su resistencia; busco apoyo en los medios de laboratorio para juzgar el valor funcional del riñón, y sigo sus indicaciones para decidir el acto operatorio; pero si hay una fragante discordancia entre el estado del enfermo apreciado por mi criterio clínico y los datos de laboratorio, me atengo siempre a la clínica. Por ejemplo: me abstengo de toda intervención si la urea de la sangre es 2 gramos; pero si, como en uno de los enfermos cuya observación presento, el estado general es bueno, presión arterial concordante con su edad, urea sanguínea 0.39, examen de orina normal, y ha resistido bien 3 intervenciones anteriores, decido la prostatectomía, aunque la sulfofenotaleína sea solo de 15% en la primera hora. Y el resultado me dió la razón en esta apreciación. Y es que todos los métodos de exploración renal son útiles, pero sus resultados no son absolutos; aunque ayudan al pronóstico, los cálculos basados en ellos únicamente suelen salir fallidos con frecuencia. Según Legueu, hay un elemento que no explican las cifras de laboratorio, y es la *fragilidad* del funcionamiento renal, influenciada por causas que son desconocidas; de tal manera que no se debe "juzgar un enfermo, es decir, hacer un pronóstico ni formular un diagnóstico, por los solos datos de la exploración, y en caso de oposición entre la clínica y el laboratorio, es siempre la clínica la que tiene la razón".

El segundo tiempo, la prostatectomía, lo hago con anestesia general, éter o cloroformo según esté más indicado; hago una pequeña incisión transversa que tiene como centro el orificio de la cistostomía y que va hasta la fascia de los rectos; prolongo por la antigua incisión hacia abajo unos 2



centímetros guardándome de abrir el espacio de Retzius; levantada la próstata por el índice izquierdo en el recto o por el dedo de un ayudante, introduzco el índice derecho en la vejiga, busco la uretra, la dilato un poco y rompo la mucosa, buscando luego el plano de clivaje que sigo por todos los contornos del adenoma; extirpado este por lóbulos o en un solo bloque, vuelvo a buscar nódulos accesorios que extirpo y luego taponó provisionalmente con compresas mojadas en agua caliente; hago el taponamiento definitivo con gasa yodoformada o con el balon de Piltcher que es eficiente, fácil de colocar y seguro, pero que tiene el inconveniente de dañarse muy prontamente en este clima; coloco el tubo de Freyer, Marion, ocasionalmente el doble de Perier-Guyon, y termino con 2 puntos de sutura a cada lado, uno de los cuales fija el tubo. Muchas veces he tenido que retirar por la tarde los tubos de Freyer o Marion por estar completamente obstruídos por coágulos y reemplazarlos por dos sondas de Pezzer.

I.—Antonio H., de Barbosa, 54 años, casado, alcohólico por muchos años, carpintero. Niega antecedentes venéreos. Hace dos años viene sufriendo perturbaciones urinarias consistentes en disuria, polaquiuria, especialmente nocturia, dificultad para empezar la micción y retención pasajera de la orina ocasionalmente. En los últimos tiempos el dolor vesical ha sido intenso, hay micciones frecuentes y en muy poca cantidad, espasmo final y unas pocas gotas de sangre al terminar. Hace una semana se atacó y le han tenido que pasar sonda cada 8 horas. El examen indica: sujeto relativamente joven y bien conservado; no hay estrechez; próstata sensible y muy poco aumentada de volumen. Después de un tratamiento médico sin resultado, se le practicó una cistostomía para descansar la vejiga y combatir la cistitis; la operación se hizo bajo cloroformo y al explorar el interior se notó que el lóbulo medio de la próstata estaba hipertrofiado y hacía válvula. El enfermo salió de la Clínica con una sonda de Pezzer, bastante mejorado y con instrucciones respecto a tratamiento y a la retirada de la sonda pasadas dos semanas. Así lo hizo y la herida cicatrizó rápidamente; a poco de ce-

rrar se le formó un flegmón que vació espontáneamente, y continuó luego bastante bien, sin disuria ni retención. Pero pasados 2 meses empezó a sufrir las mismas dolencias anteriores, por lo cual, no pudiendo trabajar, volvió a la Clínica pasados 4 meses. Examen general satisfactorio; presión arterial 140 milímetros; orina sin anormalidad especial, urea sanguínea 0.50. Previo reposo y régimen adecuado, se le practicó el 30 Agosto de 1920 bajo anestesia clorofórmica la prostatectomía del lóbulo medio, único hipertrofiado, saliente en la vejiga y que hacía válvula. Poca hemorragia; taponamiento con gasa yodoformada, tubo de Freyer por 24 horas, cambiado luego por 2 sondas de Pezzer. Taponamiento se retiró a las 48 horas; al cuarto día se le dejó una sola sonda, la cual se retiró al 7º; se introdujo fácilmente la sonda uretral y se dejó a permanencia. Desde el 4º día lavados diarios con solución de nitrato de plata al 1 por 5000. A los 12 días salió de la Clínica bien y una semana después la fístula cerró definitivamente. Continúa bien después de 3½ años de operado.

II.—Carlos G., de Andes, 65 años, casado, abogado. Buena salud anterior. En los últimos años ha sufrido de disuria, dificultad para empezar la micción, falta de fuerza en el chorro, polaquiuria y sobre todo nocturia. Hace 8 días sufrió una retención aguda de cerca de 24 horas, hasta que fué sondeado; nueva retención; habiendo decidido el viaje a esta ciudad su médico le colocó una sonda a permanencia. Examen general satisfactorio; se queja de mucha sed, hay gran cantidad de orina (3 litros en 24 horas), y el viaje a bestia le ha producido una placa necrótica del tamaño de una moneda de 50 centavos en la región glútea. Próstata hipertrofiada regularmente al tacto rectal; orina contiene 33 % de azúcar; tensión arterial máxima 150 milímetros; urea en la sangre 0.55. Régimen alimenticio adecuado, pero no exclusivo; píldoras de Sejournet al principio y después *Co-pal-chi* en infusión  $\frac{1}{2}$  litro al día; lavados vesicales diarios con solución de nitrato de plata al 1 por 5000. Después de 15 días el examen de la orina demostró no contener azúcar. Cistostomía con anestesia local. Nuevos exámenes de orina no revelaron

azúcar; presión máxima 140 milímetros; urea sanguínea 0.48. Marzo 1923: prostatectomía a los 12 días; poca hemorragia; taponamiento con gasa yodoformada; tubo de Freyer; a las 48 horas se retiró el taponamiento y se cambió el tubo por 2 sondas de Pezzer. Convalecencia normal, salvo orquitis derecha al 6° día. Dificultad para pasar la sonda uretral; 10° día pudo pasarse y se fijó quitando la sonda suprapubiana; cicatrización lenta; la orquitis regresó sin consecuencias. La micción se estableció a los 30 días y continuó fácil. No volvió a presentarse azúcar. Hace año y medio de la operación y C. continúa en magnífico estado de salud.

Llama la atención en este caso la benignidad de la intervención en 2 tiempos en un individuo glicosúrico, y la rápida desaparición del azúcar; he tenido 2 enfermos en quienes el *Co-pal-chi* ha tenido el mismo efecto rápido y permanente.

III.—Hipólito A., de Envigado, 59 años, casado. Sin antecedentes de importancia. Hace 3 años viene notando alguna dificultad con la orina: frecuencia nocturna, disuria, chorro sin fuerza; varias veces ha tenido retención por algunas horas, pero al fin ha podido vencerla. La última semana se ha atacado con frecuencia y su médico lo sondeó, pero esta operación fué muy difícil en las dos últimas veces y ha sangrado en abundancia. Llega a la Clínica el 15 de Abril 1923 a las 7 de la noche con retención aguda de 12 horas y en la mayor desesperación; sin intentar nuevo sondaje y previa inyección de sedol, procedo a la cistostomía con anestesia local, y la operación resulta fácil dada la repleción vesical. El tacto intravesical confirma la hipertrofia prostática en todos sus lóbulos. Pasados 6 días el enfermo está en magníficas condiciones generales: orina de 24 horas 2000 c. c.; examen físico-químico normal; urea sanguínea 0.48; presión arterial 145 milímetros. Prostatectomía bajo cloroformo el 8° día, hemorragia abundante, taponamiento con gasa yodoformada, tubo de Freyer. Choque marcado; continuó hemorragia discreta todo el día; por la tarde curación, cambio del tubo de Freyer por dos sondas de Pezzer, por estar obstruido por coágulos; ligero lavado vesical con agua oxi-

genada y retirada de coágulos del interior; suero fisiológico adrenalinado, aceite alcanforado y sedol. La hemorragia cesó y pasó el choque entablándose convalecencia normal. Al 6º día se pasó fácilmente la sonda y la herida cicatrizó en los 8 días siguientes. 12 días después de la intervención este enfermo salía de la Clínica pasando orina fácilmente y en abundancia. Es el caso que más rápidamente ha curado. También es el único que presentó hemorragia de alguna consideración. La próstata pesaba 30 gramos.

IV.—Francisco C., viudo, 69 años, de Andes. Antecedentes sin importancia. Hace 4 años viene sufriendo perturbaciones urinarias; disuria, polaquiuria, nocturia, se moja los pies y los pantalones y tuvo hace 2 años una hematuria de consideración. Esta se repite con frecuencia, pero en pequeña cantidad. Constipación pertinaz, tiene hemorroides y el pujo para empezar la micción es extremo. Individuo bien conformado, delgado, pero vigoroso, gran trabajador; órganos sanos; próstata crecida uniformemente, dura pero sin irregularidades; orina residual 120; examen químico satisfactorio; urea sanguínea 0.60; presión arterial máxima 145 milímetros. Cistostomía: próstata hipertrofiada en todos sus lóbulos, pared vesical engrosada, pero sana. 8 días después de la operación la urea sanguínea había bajado a 0.45 y la presión arterial a 140 m. m. Prostatectomía bajo cloriformo, poca hemorragia, taponamiento con gasa yodoformada. Convalecencia normal hasta el 5º día en que apareció orquitis izquierda con ascensión térmica y un poco de depresión; por esta razón no se intentó pasar sonda hasta el 10º día, cuando el estado febril había desaparecido y la orquitis estaba en regresión; varias tentativas de sondaje fueron infructuosas y no se insistió por no traumatizar. Pocos días después pudo pasarse, pero el enfermo no la toleró. Orquitis derecha afebril. Nueva orquitis izquierda a las 3 semanas, temperatura 40º, gran postración, delirio; estimulantes, aplicaciones locales, purgante y desinfectantes urinarios; mejoró el estado general después de tres días y se formó un absceso localizado que abrí, pero afortunadamente el testículo no se fundió como era de temerse. Pasados po-

cos días pudo ponerse la sonda y la herida cicatrizó a los 36 días de la operación. Fué operado en Noviembre 1923, y la próstata pesaba aproximadamente 40 gramos. Continúa bien.

V.—Jenaro P., 70 años, de Puerto Berrío, soltero. Antecedentes sin importancia. Hace muchos años tiene dificultades con la orina, pero en los últimos 4 se ha acentuado el mal: disuria, polaquiuria, nocturia, falta de proyección del chorro, pujo extremado que le ha traído un prolapso rectal y 2 hernias inguinales. Individuo emaciado, palúdico crónico, no revela su examen ninguna perturbación orgánica. Próstata hipertrofiada regularmente; orina residual 100 c. c. Cistostomía con anestesia local. 8 días después: estado general bueno, orina normal, urea sanguínea 0.27, presión arterial 140 m. m. Prostatectomía bajo cloroformo, en Noviembre 1923, poca hemorragia, se aplicó el balon de Piltcher con buen resultado, tubo de Marion. Convalecencia satisfactoria, sonda uretral al 8º día, orquitis afebril, sin consecuencias. A pesar del buen funcionamiento de la sonda, la herida demoró mucho en cerrar y luego quedó una pequeña fístula; se avivó sin resultado, y con anestesia local se disecó después el trayecto y se suturó la vejiga. Empezó a pasar orina a los 2 meses, pero de vez en cuando se humedece un poco por arriba aunque difícilmente se aprecia el orificio por donde sale. En Marzo sufrió una tanda de fiebres palúdicas que afectó mucho su estado general y actualmente sufre un ataque de insuficiencia hepato-renal que lo tiene postrado.

VI.—Clímaco G., 73 años, casado, de Medellín, sin antecedentes de importancia. Sufre dificultades urinarias hace años, pero en los últimos meses se han acentuado más: disuria, polaquiuria, nocturia, falta de fuerza, retenciones; últimamente ha tenido que recurrir a la sonda, la cual usa cada 8 horas. Estado general muy bueno; órganos sanos; próstata hipertrofiada regularmente; orina normal. Cistostomía con anestesia local. 8 días después urea sanguínea 0.45, presión arterial máxima 140 m. m. Prostatectomía en Diciembre 1923, bajo cloroformo, balon de Piltcher, tubo de

Freyer. Convalecencia normal, orquitis afebril sin consecuencias, sonda uretral el 7º día, cicatrización en 15 días.

VII.—Pedro P., 67 años, del Retiro, casado, negociante. Antecedentes sin importancia. En los últimos años ha notado dificultad para empezar la micción, poca fuerza, orina muy frecuentemente en el día y varias veces en la noche. No ha habido retención ni hematuria. Estado general bueno; individuo fornido; corazón hipertrofiado, segundo ruido aórtico acentuado; arterias gruesas, pulso visible, hipertensión aparente, orina residual 500 c. c., próstata hipertrofiada regularmente, presión arterial máxima 240. Orina: densidad 1.015, urea 11.10; urea sanguínea 0.432. Cistostomía con anestesia local el 14 de Febrero 1924; próstata hipertrofiada uniformemente, convalecencia normal. 10 días después la presión máxima había bajado solamente a 210 m. m., por lo cual se decidió diferir la segunda intervención, continuar con el régimen lacto-vegetariano y prescribir Sclerolysine, que siempre me ha dado sorprendentes resultados en casos de hipertensión, y pequeñas dosis de yoduro. La presión bajó en 20 días a 145 m. m. y se sostuvo allí. Prostatectomía el 20 de Marzo; próstata pesaba 40 gramos, poca hemorragia, balon de Piltcher, tubo de Freyer; convalecencia sin accidentes; sonda se pasó sin dificultad, y la herida ha cicatrizado.

VIII.—Aparicio A., 70 años, de Bello, casado. Hace muchos años sufre de dificultades urinarias, pero en los últimos meses no ha podido orinar y tiene que hacer uso de la sonda cada 4 o 6 horas. La sintomatología es característica de la hipertrofia prostática, vejiga ligeramente infectada, tacto rectal confirma la hipertrofia regular, sin nódulos ni endurecimiento especial. Individuo robusto, vigoroso; arterias esclerosas; presión arterial 160 m. m., urea sanguínea 0.70. Cistostomía con anestesia local, próstata aumentada en todos sus lóbulos; convalecencia accidentada por 2 calofríos con temperatura alta; herida se infectó, por lo cual hubo necesidad de diferir la segunda intervención, aprovechando el tiempo para hacer lavados vesicales con solución de nitrato de plata al 1 por 5000, y mejorar la excreción de urea con el régimen alimenticio y pequeñas dosis de yoduro para la ar-

terioesclorosis. A los 37 días se le practicó la prostatectomía bajo anestesia clorofórmica (17 Septiembre 1923); próstata pesaba 35 gramos; hemorragia de alguna consideración, taponamiento y tubo de Freyer. Convalecencia normal, salvo por orquitis unilateral sin consecuencias; sonda pudo pasar-se fácilmente y la herida cicatrizó en 25 días.

IX.—Eusebio R., 73 años, de Anorí, casado. Sintomatología clásica de hipertrofia prostática, confirmada por el tacto rectal; orina residual 150, urea sanguínea 0.53, presión arterial 140. Estado general bueno. Cistostomía como las anteriores. Prostatectomía bajo cloroformo a los 8 días (22 Noviembre 1923). Convalecencia sin accidentes. Cicatrización a los 28 días. Próstata pesaba 25 gramos.

X.—José A. P., 70 años, de Medellín, soltero. Sintomatología clásica. Buen estado general; orina residual 50 gramos, urea sanguínea 0.60, presión arterial 150 m. m. Cistostomía. 20 días después (8 Enero 1924), prostatectomía bajo cloroformo, muy poca hemorragia, taponamiento y tubo Marion. El sondaje no fué posible después de varias tentativas en días distintos y se dejó cicatrizar la herida sin sonda, lo cual se obtuvo a los 28 días, tiempo igual a la cicatrización de algunos de los casos anteriores. La micción continuó fácil y sin contratiempos.

XI.—Escolástico P., 64 años, de Envigado, soltero. Sintomatología clásica, retenciones agudas. Estado general bueno, pero presenta una vieja bronquitis con dilatación brónquica y arterias esclerosas. Orina normal. Cistostomía con anestesia local: lóbulo medio de la próstata hipertrofiado en abanico. Fuerte congestión pulmonar y ataque agudo de bronquitis; expectoración muy abundante, bacilo de Kock negativo. Herida se infectó y cicatrizó muy lentamente. Tratamiento adecuado a su lesión pulmonar mientras se podía operar. Presión arterial máxima 140 m. m.; urea sanguínea 0.47; sulfufenotaleína 50% en la primera hora. 50 días después de la cistostomía se hizo la segunda intervención, y dada la contraindicación anestésica, se optó por la raquiainestesia, la cual no dió resultado, quizás por dosis insuficien-

te de novocaina; con anestesia local y unas pocas gotas de cloroformo se practicó la prostatectomía el 28 de Marzo 1924; hemorragia insignificante; lóbulo medio hipertrofiado, 2 pequeños lóbulos accesorios; todo pesaba 10 gramos; taponamiento y tubo de Freyer. Convalecencia sin accidentes; la sonda no ha podido ser colocada, porque aun los números más pequeños no deslizan por la uretra a pesar de no encontrar obstáculo con un beniqué, pero la uretra fibrosa y poco elástica, coge la sonda y la aprieta; dilatación con beniqués; la herida está en vía de cicatrización.

XII.—José T., 66 años, de Medellín, casado. Sintomatología clásica. Vida de sonda en el último mes. Cistostomía con anestesia local. 10 días después: orina normal, urea sanguínea 0.45; presión arterial máxima 140 m. m. Prostatectomía bajo cloroformo (el 27 Febrero 1924); próstata uniformemente hipertrofiada pesó 25 gramos; poca hemorragia; taponamiento con gasa yodoformada y tubo de Freyer. Convalecencia sin accidentes. Bastante dificultad para pasar la sonda uretral; guiándome con el dedo intravesical y con mucha suavidad pasé un beniqué; retirado éste, dirigí de la misma manera una sonda de Pezzer montada en su conductor metálico y logré colocarla. La herida suprapúbica no está del todo cicatrizada todavía.

XIII.—Pedro A., 64 años, de Fredonia, casado. Ha tenido perturbaciones urinarias consistentes en disuria y poliururia; varias blenorragias, la última hace año y medio con prostatitis aguda y absceso prostático como complicación; este fué abierto al perineo; estrechez uretral y fístulas. En Septiembre pasado le practiqué una uretrotomía interna con extirpación amplia de las fístulas y de todo el tejido escleroso; sanó bastante bien, pero persistió la fístula posterior uretroprostática, a pesar de dilataciones frecuentes y de llegar a los números 54 y 56; nueva intervención en la cual se extirpó todo el trayecto fistuloso disecando entre el recto y la uretra hasta la próstata: mejoría, pero en el curso de la convalecencia aumentó la disuria, orina frecuente en el día, nocturia y retenciones repetidas; la fístula volvió a aparecer.



Cistostomía practicada por el Jefe de la Clínica Dr. Cardona; la anestesia local no le dió resultado, por lo cual hubo de aplicar cloroformo. Convalecencia satisfactoria, orina normal, presión arterial 145, urea sanguínea 0.39, estado general satisfactorio. La prueba de la sulfofenotaleína, cuidadosamente verificada por el Dr. Henao Mejía, dió solamente 15% en la primera hora. Era un poco inquietante este dato, pero tanto el examen clínico como la tasa de urea sanguínea satisfacían plenamente en cuanto a permeabilidad renal y a resistencia del individuo, probadas ya con tres cloroformizaciones en el curso de 6 meses, y practiqué la prostatectomía el 31 de Marzo; hemorragia de alguna consideración, taponamiento con gasa yodoformada, tubo de Freyer que se obstruyó a las 3 horas y fué necesario cambiarlo por 2 sondas de Pezzer. Convalecencia sin accidentes. Enfermo está en vía de cicatrización y es de esperarse que quede bien y que la fístula cierre.

## NOTAS.

1ª La prostatectomía es una operación benigna desde que se observen los más rigurosos cuidados preoperatorios. La postoperatoria es delicada, pero si el cirujano se consagra a hacer las curaciones y los lavados personalmente, las complicaciones se dominan con facilidad.

2ª El mejor tratamiento preoperatorio es la cistostomía previa, la que debe hacerse con anestesia local; la operación secundaria se hará días, semanas o meses después, cuando el estado general y la permeabilidad renal lo permitan. En estas condiciones la operación es más benigna, hay menos peligro de hemorragia, el choque es mínimo y los resultados son generalmente satisfactorios. En ninguno de mis trece operados he tenido hemorragia que necesite cuidados especiales, pero advierto que en la mayoría de los casos, he usado el suero de caballo como preventivo; el riñón ha funcionado bien desde el principio y solamente en uno han aparecido 6 meses más tarde fenómenos de insuficiencia renal.

3ª He encontrado en la mayoría de los casos alguna di-

ficultad para pasar la sonda uretral; si ninguno de los medios utilizados da resultado, no hay inconveniente, fuera de la humedad permanente del enfermo, en dejarlo sin sonda: la herida suprapúbica sana casi en el mismo tiempo.

4<sup>º</sup> El balon de Piltcher controla a perfección la hemorragia, es de fácil manejo y sostiene un drenaje adicional por la uretra. El sondaje ha sido más fácil en los casos en que lo he usado. Un par de sondas de Pezzer reemplazan con ventaja los tubos de Freyer y de Marion.

5<sup>º</sup> La complicación más frecuente ha sido la orquitis afebril; en solo un caso fué francamente infecciosa y se supuró parcialmente el testículo, buscando el absceso a la piel. La complicación puede evitarse con la ligadura previa de los canales deferentes, lo que se hace rápidamente con anestesia local y puede tener sus ventajas estimulando la secreción interna testicular, pero no creo que esta pequeña intervención deba hacerse sistemáticamente.

6<sup>º</sup> El ojal permanente de Poncet debe desaparecer, y el cirujano—dadas las ventajas de la prostatectomía en dos tiempos—está obligado a evitar a sus enfermos el martirio de la fístula y a darles el beneficio de la curación completa.

---

## TRATAMIENTO MEDICO

### DE LOS PROSTATICOS

DR. M. M. CALLE

Pocas dolencias, entre las que consigo traen los años, habrá tan penosas como las que ocasiona la hipertrofia de la próstata. Pocos, muy pocos, son los individuos que llegados a los sesenta años se ven todavía libres de las mortificantes consecuencias de un crecimiento exagerado de un órgano cuyas funciones están aun mal determinadas y cuya patología es tan variada, de tan funestos resultados y de tratamiento

tan difícil y poco halagüeño. Muchos son, en cambio, los que, en plenitud de la vida y de sus fuerzas, se ven, poco a poco, víctimas de perturbaciones de la micción, sin sosiego en la noche, con crueles dolores y en inminentes peligros a causa de retenciones urinarias, parciales o totales, y de la intoxicación que ellas traen con dañino efecto sobre el organismo todo. La Medicina se preocupó siempre de remediar estos sufrimientos y de evitar tamaños peligros, pero sus esfuerzos jamás se vieron correspondidos con un resultado satisfactorio. Felizmente vino la Cirugía con su técnica perfeccionada, sus métodos asépticos y sus rápidas ejecuciones, y lo que antes fué una dolencia incurable, y resuelta sólo por la conformidad de los enfermos, ha venido a ser en nuestros días una afección remediable, hasta el punto de que hombres casi inutilizados en época temprana, y vencidos ya en cuerpo y en espíritu, pueden volver, mediante una hábil intervención quirúrgica, a sus habituales ocupaciones y a disfrutar de una salud que puede decirse completa o al menos muy satisfactoria.

Desgraciadamente no todos los enfermos pueden operarse y es entonces cuando el médico tiene que intervenir para procurarles alivio y prevenir las complicaciones que en un lapso de tiempo más o menos largo habrán de presentarse.

¿Qué aconsejaremos a un individuo que por primera vez se queja de pesantez en la región perineal y que empieza a sentir fenómenos de disuria, especialmente por la noche, y en quien, al hacer el tacto rectal, encontramos una próstata de tamaño más que normal?

Desde luego hay que pensar en que el crecimiento prostático no es sino la manifestación de un estado general que han preparado los años, juntamente con la herencia artrítica, o con la vida sedentaria, o con una alimentación hiperozoadada, o con la constipación habitual o con el alcoholismo y la sífilis. No podemos por tanto atender únicamente al síntoma local, sino que es preciso ir a las fuentes del mal y en ellas tratar de contenerlo. Para tal efecto recomendaremos el régimen hipozoadado, el ejercicio metódico, de preferencia

a pie, los masajes abdominales, los baños seguidos de fricción seca con guante de crin o telas ásperas, combatiremos la constipación (té de S. Germán todas las noches y alimentación rica en fibras y celulosa), haremos aplicar un cuarto de lavativa, tan caliente como sea posible, que el enfermo debe retener, le recomendaremos que no orine acostado sino que debe arrodillarse o ponerse de pies. Además propinaremos el yoduro de sodio (0.50 a 1 gr. por día), el silicato de sodio puro (0.50 a 1 gr. desleído en leche), la esclerolisina a la dosis acostumbrada en los arterioesclerosos. Cuidaremos especialmente de la asepsia de la vejiga, y al menor síntoma de infección apelaremos a la urotropina, al helmitol, a la uraseptina o cualquiera otra de las sustancias usadas como antisépticas de las vías urinarias, buscando siempre las menos irritantes y de mejor eliminación. El buen criterio del médico elegirá entre todos estos agentes terapéuticos el que mejores resultados pueda dar según las especiales condiciones de su enfermo, procurando siempre una medicación sencilla, poco recargada y de fácil ejecución, ya que el tratamiento, por fuerza, será largo y es preciso no cansar al paciente ni exigirle sacrificios superiores a sus posibilidades.

Uno de los mayores peligros para el prostático se presenta con las primeras retenciones de orina, porque si hay que ocurrir al cateterismo y éste se hace sin las debidas precauciones, casi puede asegurarse que desde ese momento tendremos una vejiga infectada con sus correspondientes dolores, con tenesmo insufrible y con la amenaza inminente de intoxicaciones urinosas. El cateterismo debe hacerlo el médico cada vez que sea posible, pero si hubiera necesidad de encomendarlo a otra persona deberán darse todas las indicaciones precisas para una absoluta desinfección, sin omitir el más mínimo detalle. Para muchos es ésta una operación insignificante y, sin embargo, es necesario tenerla por muy grave si no se hace tal como se debe. Muchos abscesos de la próstata, muchas supuraciones vesicales y aun renales, muchas concreciones calculosas, no tienen otro origen que los sondajes sépticos: hay que explicar a los profanos que tie-

nen que practicar esta sencilla, pero delicada intervención, que no basta hervir la sonda, sino que hay que lavar perfectamente las manos y desinfectar rigurosamente el glande y partes vecinas. Si desgraciadamente, por uno u otro motivo, aparecen los síntomas de una cistitis, con o sin hemorragias, hay que apelar a los lavados vesicales con nitrato de plata al 1/1.000 o de protargol al mismo título. El tenesmo vesical puede ser calmado con supositorios de ictiol (0.30 con 3 gr. de manteca de cacao para cada uno), aplicados todas las noches. La morfina, la cocaína, la belladona y otros calmantes tóxicos deben desecharse; no es razonable en manera alguna agregar una intoxicación a otra ya existente o en inminencia de aparecer.

Cuando el médico vea que la retención es constante, que aumenta la tensión sanguínea, que la urea de la sangre pasa mucho de 0.20 centig. por litro y que se acerca el cuadro clínico de la azohemia, no debe ocultar sus temores al enfermo, le obliga hablar con toda claridad y aconsejar una cistostomía y un régimen hidro-láctico que sirvan como preparación para la prostatectomía, único recurso que puede poner a salvo la vida del prostático.

---

## CLINICA QUIRURGICA

### OBSERVACIONES

PROFESOR GIL

#### I

### GASTRECTOMIA

Mercedes A., de Medellín, 40 años, mestiza, vendedora de frutas, entró al servicio el 23 de Febrero de 1924, quejándose de perturbaciones digestivas de larga duración. Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: viruelas en la niñez, paludismo crónico; regló a los 14 y continuó regularmente; hace 10 años tuvo un hijo, vive en buena salud. Ha sufrido de la digestión por años, pero los

datos son muy vagos; la historia no se precisa sino de 10 meses para acá: dice que empezó a sentir anorexia, fatiga y ardor en el epigastrio inmediatamente después de cada comida, náuseas, agrietas y sialorrea; estos síntomas se repetían día tras día, eran acompañados de sensación de llenura y le hacían provocar el vómito para obtener algún alivio. Consultó varios médicos y tomó muchos remedios sin obtener alivio. Fué evitando alimentos hasta quedar reducida a líquidos, pero todo lo que come le sienta mal. La enfermedad progresaba haciéndole perder fuerzas y peso. En los últimos meses tiene que vomitar diariamente, generalmente por la tarde, y los vómitos son rancios y contienen partículas de alimentos tomados la víspera. No ha vomitado sangre ni ha tenido melenas. Constipación tenaz; exonera cada 4 días, cada 8 muchas veces y las materias son bolas duras y pequeñas. El dolor es más bien una sensación de fatiga, ardor y llenura que se presenta espontáneamente; es casi continuo, pero se exagera periódicamente con las comidas; lo siente en el epigastrio, más del lado izquierdo y no tiene irradiaciones, aunque dice que "le anda de lado a lado"; lo único que lo calma es el vómito que unas veces es espontáneo y otras provocado.

Examen: enferma enflaquecida, anémica, debilitada. La inspección no revela nada especial, pero al propinarle una mezcla gaseosa, el estómago hace relieve, aparece dilatado y hay fuerte peristaltismo visible provocado y espontáneo. No se aprecia a la palpación tumor ni masas especiales, pero hay un poco de resistencia profunda sobre el recto derecho; hay clapoteo. El estómago percute abajo del ombligo y rechaza el hígado. La auscultación revela ruidos hidroaéreos. Hígado pequeño, bazo no percute, otros órganos normales. No hay ganglios.

La Radiografía hecha por el Dr. Emilio Jaramillo, da los siguientes datos: Estómago dilatado baja hasta las crestas ilíacas; no se visualiza el píloro; gorro duodenal ausente. Lectura: adherencias al nivel del píloro, úlcera pilórica antigua o cicatrizada.

Orina escasa, turbia, sin elementos anormales.

Jugo gástrico: HCl libre ausente. Ácidos combinados 0.50. Ácidos de fermentación 0.40. (El contenido estomacal no pudo obtenerse sino lavando el estómago y por consiguiente los elementos estaban diluídos). Sangre oculta en contenido estomacal y en materias fecales, negativa.

Diagnóstico: Estenosis pilórica por cicatrización de úlcera. Operación el 26 de Febrero; anestesia etérea, cirujano Dr. Gil: Incisión mediana supraumbilical; adherencias epilóicas a la pared y al borde inferior del hígado; perigastritis; tumor de 3 pulgadas de largo por 2 de alto en la región pilórica, en forma de pepino, movable, fácilmente liberado; pocos ganglios discretos en pequeña y gran curvatura. Gastrectomía: se extirpó un poco más de la tercera parte del estómago; suturas de los cortes y gastroenteroanastomosis por el método de Cardenal. La operación fué difícil y demoró bastante. Anestesia 2 horas 45 minutos; éter consumido 200 gramos.

Febrero 26.—Choque marcado: T. 36°, P. 130, filiforme: suero fisiológico, aceite alcanforado, adrenalina. Suero glucosado gota a gota, 200 gramos cada 3 horas. Morfina.

Febrero 27.—Mañana: sed intensa, P. 116, T. 36° 9. Tarde: P. 120, T. 37°. Se continuó el suero glucosado gota a gota. Aceite alcanforado.

Febrero 28.—Mañana: P. 116, T. 36° 9, más animada. Tarde: postración, ansiosa, P. 144, T. 38°, R. 45. Ligera congestión pulmonar. Aceite alcanforado, suero glucosado, ventosas y saco de agua caliente en la espalda. Se permitió darle pequeñas dosis de agua cada hora.

Febrero 29.—Mañana: P. 100, T. 37°, R. 20. Tarde: P. 104, T. 38° 5, R. 35. Entra el aire muy bien al pulmón, enferma animada, estado general satisfactorio. Se aumentó el agua; té cada 2 horas. Batido intestinal con exoneración de materias fecales.



Marzo 1º.—P. 94, T. 37º 5, R. 20. Continúa la convalecencia franca y se permite a la enferma alimentarse con líquidos. Al 8º día semi-sólidos. De allí en adelante dieta suave, agua de Vichy con los alimentos. El apetito mejora y la enferma gana fuerza; se queja de insomnio y sudores profusos. El 13 de Marzo sale del Hospital bastante bien. Vista un mes después fué difícil reconocerla por lo mucho que había ganado; continúa digiriendo bien, siempre a dieta ligera y tomando el agua de Vichy, y dice que solo de vez en cuando siente agriera.

Examen de la pieza: Tumor duro, adematoso al corte; píloro no admite la extremidad del meñique; no hay ulceración ni señales de cicatriz; el aspecto es de un adenocarcinoma. El Dr. Toro Villa hizo cortes del tumor e informa: carcinoma.

Diagnóstico definitivo: estrechez pilórica por tumor maligno. (Degeneración de úlcera pilórica cicatrizada?)

FÉLIX NAVARRO O., Practicante.

## II

### APENDICITIS AGUDA

#### Y PREÑEZ TUBARIA DERECHA

Ana Berta A., de Medellín, 20 años, casada, raza blanca, obrera. Entró al servicio el 15 de Febrero de 1924. Antecedentes familiares: apendicitis en la madre. Antecedentes personales: Tos ferina, viruelas, sarampión, varios cólicos en los últimos años diagnosticados como hepáticos por un facultativo. Regló a los 16, continuó regular; casó a los 18, tuvo un hijo sano a quien lacta todavía; después del parto no ha vuelto a menstruar. No hay historia de infección genital. No hay dato de embarazo. Desde hace un año tiene tos al amanecer, siente fiebre por la noche, sudación ligera y se ha enflaquecido un poco. El 14 de Febrero por la tarde sintió una



punzada en la región apendicular; el dolor continuó aumentando después de la comida y se hizo muy intenso hacia la media noche; a esta hora empezó un vómito continuo que calmó espontáneamente a las 7 de la mañana siguiente. El dolor en forma de cólico no cedió, y continuó con el máximo de intensidad en la fosa ilíaca derecha, irradiando al muslo correspondiente. El Dr. Fernández Quevedo la vió, diagnosticó apendicitis aguda y ordenó el inmediato traslado al Hospital. Por la tarde fué llevada a la Clínica y examinada se encontró: estado general bueno; T. 37° 5, P. 100, R. 20; dolor espontáneo en la fosa ilíaca derecha de poca intensidad, irradiación al muslo, no hay meteorismo, lengua sucia y húmeda, dolor a la presión, hiperestesia y resistencia muscular franca en el punto de Mc. Burney; abdomen deprimido sin contractura muscular; signo de Blumberg negativo; no ha vuelto el vómito; costipación. Ningún signo de embarazo, y no habiendo historia de infección genital y estando tan neta la sintomatología, se omitió el examen vaginal. En la cima del pulmón derecho hay submacicez, respiración ruda y unos pocos subcrepitantes gruesos.

Confirmado plenamente el diagnóstico se procedió a la intervención el 16 a las 8 de la mañana: anestesia por el cloroformo; cirujano Dr. Gil; incisión de Mc. Burney pequeña; al abrir el peritoneo se notó con sorpresa un poco de sangre líquida en la cavidad; apéndice congestionado, turgente, de 10 cms. de largo, extremidad adherida en la pelvis; se liberó con facilidad, se extirpó e incluyó el muñón. Continuaba la sangre líquida y el Profesor Gil anunció que, a más del apéndice inflamado, la enferma debía tener una preñez ectópica; no pudiendo explorar a satisfacción por la pequeña incisión ni aun ampliándola en la forma clásica, cerró rápidamente la herida, y practicó una incisión mediana infraumbilical: hematosalpinge derecho; trompa alargada y del grueso de un pepino, pabellón cerrado aparentemente, pero dejaba escapar sangre gota a gota. Salpingo-ovariotomía derecha y sutura de la pared sin drenaje. Examinada la pieza se encontró: restos coriales, apoplejía de la trompa, hematosalpinge. El apéndice presentaba las lesiones caracte-

rísticas de la apendicitis aguda catarral. La operación duró 45 minutos, la enferma toleró mal el anestésico, hubo bastante secreción brónquica y un momento de síncope asfíxico.

Postoperatoria: Mucha tos, secreción brónquica abundante, congestión pulmonar los primeros días; pulso rápido, temperatura fluctuando entre 37.5 y 38°. Con medicación apropiada cedió este estado al 5º día. No pudo comprobarse el bacilo de Kock en el esputo. Convalecencia continuó sin contratiempos y salió del Hospital a los 10 días en perfecto buen estado por lo que toca a su lesión abdominal. Clínicamente la enferma es una tuberculosa incipiente.

GERMÁN GIRALDO SALAZAR, Practicante.

## NOTAS:

LA DIRECCION de la CLÍNICA GIL agradece muy cordialmente las felicitaciones que ha recibido por la publicación de esta Revista, lo mismo que las frases galantes que le ha dedicado la Prensa de la ciudad, y acepta estas demostraciones inmerecidas como estímulo para continuar con consagración y entusiasmo la labor emprendida.

DE EUROPA ha regresado el Dr. Jacinto Echeverri Duque después de larga permanencia. Presentamos al distinguido colega atento saludo y ponemos a su disposición las columnas de la Revista.

GRADOS. Han terminado su carrera los Sres. Marco A. Robledo y Juan B. Pérez; sus Tesis PREÑEZ ECTOPICA y PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA DE ORIGEN APENDICULAR son monografías muy completas e interesantes que les han valido muy merecidas felicitaciones.

TENEMOS la pena de registrar la muerte del Dr. Ramón Arango, carácter elevado, distinguido profesor, cirujano aventajado que inició la cirugía moderna entre nosotros en el último cuarto del siglo pasado. Retirado del ejercicio profesional activo hacía muchos años, se consagró de lleno al estudio y adquirió el prestigio de *sabio*, título que cuadraba justamente a su profunda erudición.

Medellín, Mayo de 1924.