

---

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA**

**OPERACIONES NOTABLES  
HECHAS EN ANTIOQUIA  
EN ESTOS ULTIMOS AÑOS**

TESIS DE DOCTORADO

**OBDULIO TORO E.**

1898

*Nota:* Este libro se transcribió exactamente igual al original, respetando la ortografía y la redacción utilizadas en la época.

DEDICATORIA

A LA MEMORIA DE MI PADRE  
A MI MADRE

---

A MI PRESIDENTE DE TESIS  
DR. J. V. MALDONADO

---

A MIS PROFESORES  
DR. J. C. ALVAREZ  
Y DR. EDUARDO ZULETA

---

A LA MEMORIA DL ILUSTRE COLOMBIANO  
DR. RAFAEL PEREZ  
PROFESOR DE CLINICA QUIRURGICA

¡HOMENAJE DE ADMIRACION!

---

PREFACIO

Narrar en pocas palabras las principales operaciones que se han hecho en Antioquia de 1891 hasta

hoy, tal es el tema que he elegido para sostener mi último certamen en la Facultad.

No es trabajo original, bien lo comprendo. El objeto que me propongo no es conseguir gloria ni mucho menos: quiero simplemente cumplir el último deber que el reglamento me impone para optar grado de Doctor.

Esta estadística es muy incompleta. Como lo dice el título que le he dado, no figuran en ella sino los trabajos quirúrgicos que, en mi concepto, son más importantes. Si enumeran algunos como amputaciones de la mama con enucleación de ganglios axilares, enucleaciones de ganglios carotidianos tuberculosos, extirpación de tumores de cuello y en otras regiones, amputaciones de la lengua, extirpación de las amígdalas, ligaduras de la radial, la cubital, la humeral, la temporal superficial, amputaciones de los miembros, extirpación de ganglios naso-faríngeos, perineorrafias, colpo-perineorrafias, curaciones de fistulas vesico-vaginales, amputaciones del cuello de la matriz, extirpación de pólitos uterinos &c. &c, necesitaría escribir volúmenes de clínica quirúrgica.

Las operaciones que no describa se ha hecho siguiendo las reglas clásicas ó por procedimientos de ocasión. No entraré en detalles y hablaré simplemente de lo que merezca alguna importancia.

Advierto que todas han sido hechas en enfermos cloroformizados, menos dos; en todas se han observado las mayores precauciones antisépticas.

Reciban mis sinceros agradecimientos los Dres. Maldonado, Londoño, Hincapié y Quevedo por la benevolencia con que me han suministrado sus importantes observaciones.

Medellín, Septiembre de 1898.

*OBdulio Toro E.*

---

## HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

### OBSERVACIONES

1ª. (1897). Inédita. –Cirujanos, Dres. Maldonado y Tobón.

X, 41 años, un hijo. Desde hacía 5 años tenía frecuentes metrorragias y había notado un tumor en el vientre. El día que la examinaron, el agotamiento era notable, y localmente se encontró un gran fibro-mioma

subperitoneal adherido á la matriz por un pequeño pedicelo, acompañado de numerosos fibromas intestinales.

*Operación.* –Histerectomía abdominal total que comprendió anexos por el procedimiento de Terrier; se disecó primero el fondo de saco de Douglas, se puso sutura sero-serosa, se cosieron las paredes abdominales y se curó la herida.

El tumor tenía pocas adherencias; la operación duró dos horas.

En los cinco primeros días hubo fenómenos de peritonismo; en los días siguientes marchó muy bien. A las tres semanas abandonó el hospital contra la voluntad del médico. Hoy está curada.

2ª. (1897). Inédita. –Cirujanos, Dres. Maldonado, Tobón, Delgado y Ochoa.

X. 37 años. 8 o 10 años hacía que se quejaba de dismenorrea, de dolores vagos en el vientre y de alteraciones digestivas; hacía cuatro años que las metrorragias eran abundantísimas y que tenía cólicos uterinos horriblemente dolorosos. Al examen local se encontró un fibroma que se extendía hasta los hipocondrios y que tenía algunas adherencias á las partes vecinas.

*Operación.* –Al aplicar las pinzas de dientes para levantar el tumor se produjo una hemorragia abundantisima. El tumor tenía adherencias izquierdas, derechas y posteriores. Parece que se cortó el uretero; al disecar el fondo de saco anterior se hirió la vejiga que había ascendido notablemente y se suturó; se dejó salida del uretero á la vagina y se colocaron pinzas de Doyen. No se hizo sutura sero-serosa por el estado de la enferma. Hubo anuria vesical y por la vagina salió bastante orina. La enferma quedó en colapso hasta que murió, veintidos horas después.

3ª. (1897). Inédita. –Cirujanos, Dres. Maldonado, Tobón y Londoño.

X, de 40 años, madre de un hijo. Desde ahora 4 años sufría alteraciones menstruales, dolor en el bajo vientre con sensaciones de tensión y de crecimiento, desórdenes digestivos, polakiuria, acompañada a veces de disuria; las metrorragias eran muy abundantes. Al examen se encontró un tumor del tamaño de una cabeza de adulto, ligeramente aboyado en su periferia, y adherido al cuerpo de la matriz por su parte posterior. La matriz estaba grande y fibromatosa. Se diagnosticó fibroma subseroso.

*Operación.* –Se hizo la histerectomía con extracción de los anexos por el procedimiento de Pozzi. Se puso sutura sero-serosa. Por las adherencias del tumor se hizo un poco difícil la operación. Al luxar el cuello por el vientre, una gota de líquido sero-purulento, salida de la matriz, cayó sobre el borde del peritoneo; inmediatamente se desinfectó.

En las 36 primeras horas el estado fue magnífico; al amanecer del tercer día tenía 38° 5 y 116 pulsaciones, fue desarrollándose el cortejo sintomático de la peritonitis aguda y al amanecer del sexto día murió.

*Autopsia.* –Peritonitis generalizada, notable sobre todo al nivel de la sutura sero-serosa donde cayó la gota de pus. Ninguna ligadura supuró.

4ª. (1898). Inédita. –Cirujanos, Dres. Maldonado, Villa y Tobón.

X, 36 años. Su enfermedad tenía 10 años el día de la operación: al principio los desórdenes digestivos, las metrorragias, las sensaciones de tensión y de malestar en el abdomen y el enflaquecimiento llamaron la atención. Ultimamente las metrorragias eran más abundantes y se acompañaban de cólicos uterinos muy dolorosos. Localmente se encontró un tumor semejante á un embarazo de 5 meses. Se diagnosticó fibromioma uterino.

*Operación.* –Histerectomía por el procedimiento de Terrier; la operación fue relativamente fácil por no tener adherencias el tumor. Se puso sutura sero-serosa, se cosieron las paredes abdominales. En la parte inferior de la sutura se formó un absceso que se abrió: quedó una ulceración que todavía no ha cicatrizado por completo.

## HISTERECTOMIAS VAGINALES

### OBSERVACIONES

1ª. (1894). Cirujanos, Dres. Montoya y Flórez y Maldonado.

X, 36 años, 5 hijos. Gran colíflor de todo el cuello, ligera propagación al fondo del saco posterior, movilidad parcial del útero, tinte amarillo de paja, mucha debilidad, hemorragias frecuentes y muy abundantes, *flegmatia albadolens*, derecha.

*Operación.* –Raspado preliminar, hemisección de Doyen, operación difícil. Se colocaron 4 pinzas que se quitaron á los tres días. Después de quitadas el estado general siguió bien.

A los 8 días por la mañana se cambió la gasa profunda y se lavó suavemente la vagina. Por la noche vio el médico la enferma y no le encontró nada anormal; pocos instantes después lo llamaron, y cuando fue había muerto de una formidable hemorragia.

2ª. (1896). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, de 35 años, 4 hijos. Desde el primer parto (á los 19 años) comenzó á sentir dolor en las caderas, pesantez; tuvo mucho flujo amarillo y más tarde hemorragias profusas. Desde el último parto (hace 7 años) cayóse completamente la matriz, lo que la imposibilitó para trabajar.

*Operación.* –Fué fácil; se dejaron 2 pinzas de Doyen que se quitaron á las 48 horas. El útero medía 12 c. c., había una enorme hipertrofia intravaginal de cuello. A los 20 días la cicatriz era completa. La enferma salió del hospital y se entregó al trabajo.

3ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 35 años, un hijo. Se le hizo una laparotomía y se le extrajeron la trompa y el ovario izquierdos (en 1895) por una pío-sapingitis; siguió bien durante 8 meses y luégo vinieron hemorragias y cólicos uterinos horriblemente dolorosos.

*Operación.* –Muy difícil; el útero no descendió después de hacer la hemisección de Doyen, por lo cual se recurrió al *morcellement*, con el dedo y la espátula se rompieron las adherencias posteriores y laterales. Se dejaron 2 pinzas, que se sacaron 48 horas después.

La enferma salió del hospital completamente curada.

(Resumidas de los *Anales* de la Academia).

4ª. (1897). Inédita. Cirujano, Dr. R. Pérez.

X, 40 años, un hijo. Por descuido que tuvo en el puerperio, vinieron una endometritis y una enorme caída de la matriz. Al examen se le encontró un prolapso completo de la matriz con cistócele y rectócele; la matriz estaba grande (13 centímetros), fibrosa y completamente adherida á los organos vecinos; el cuello gigantesco presentaba una ulceración considerable.

*Operación.* –Dificilísima. Se empleó el procedimiento de Richelot. Se dejaron 17 pinzas. Duró próximamente 3 horas.

En otra sesión se le hizo una amplia colpoperineorrafia.

5ª. Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 30 años, 2 hijos. Hace 12 meses sintió fuertes dolores en el bajo vientre, tuvo una hemorragia uterina muy abundante que le duró cerca de 60 días, y pasada ésta se suspendieron las reglas durante 6 meses. Después vino una metrorragia acompañada de fuertes dolores, que duró 8 ó 10 días. Localmente se

encontró la matriz móvil, con 14 centímetros de cavidad y con el cuello hipertrofiado y doloroso. Diagnóstico: fibroma intersticial de marcha rápida.

*Operación.* –Procedimiento de Doyen; duró 5 ½ minutos. La matriz tenía el tamaño de una cabeza de feto de término y en su cavidad había un racimo de quistes (*mole hidaforme*).

La enferma salió del hospital completamente curada.

6ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 35 años, 3 hijos. Parece que tuvo después del primer parto una infección uterina: las reglas dejaron de ser normales, aparecieron una leucorrea abundante acompañada de neuralgias pelvianas y fenómenos dispépticos. Diagnosticóse metritis fungosa con neuralgia pelviana.

*Operación.* –Procedimiento de Doyen. La matriz estaba llena de fungosidades, el ovario derecho degenerado y rodeado de quistes del tamaño de una ciruela: todos fueron extraídos con el ovario. A las 48 horas de quitaron las 2 pinzas.

20 días después salió del hospital curada radicalmente.

7ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 30 años, sirvienta. Único parto hace seis años; levantóse á los tres días. La matriz iba cayendo – según dice – todos los días más, vinieron fuertes dolores en los lomos y en la cintura y fenómenos dispépticos. Al examen había: prolapsos uterino notable, con cistócele y retócele, supuración mucosa, cuello hipertrofiado y matriz grande (9 centímetros).

Se le hizo 1º. un raspado, luego la amputación bicónica del cuello seguida de un nuevo raspado (la operación de Alexander fracasó por haberse soltado uno de los ligamentos), por fin se le hizo la colpoperineorrafia. Dos meses después volvió al hospital y en un nuevo examen se notó que fuera del prolapsos y la endometritis tenía el ovario izquierdo hipertrofiado y doloroso.

*Operación.* –Se le hizo histerectomía por el método de Doyen y se le extirpó el ovario enfermo. Las 2 pinzas se quitaron á las 48 horas.

Hoy está bien.

8ª. Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 26 años, sirvienta. Hace 2 años que principió á sentir dolores fuertes en los lomos y las caderas; las reglas hasta entonces normales se hicieron irregulares y apareció un flujo vaginal albuminoso y muy

abundante. Diagnosticóse metritis y se le hizo un raspado uterino seguido de cauterización, que no dio resultado. Después en un nuevo examen se encontró una doble lesión ovariana.

*Operación.* –Histerectomía por el método de Doyen con extracción de los anexos. Duró 14 minutos. La pieza anatómica mostraba una salpingo-ovaritis doble.

La enferma salió del hospital curada.

9ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 37 años, 4 hijos. Hace 7 años (después que nació el 3º de sus niños) tuvo un flujo vaginal muy abundante; parió otro hijo 3 años después, y desde entonces las hemorragias y el flujo son muy abundantes. Se le hizo un raspado seguido de cauterización que la agravó más.

*Operación.* –Por el método de Doyen; se extrajo el ovario derecho que estaba grande y degenerado. La matriz media 12 centímetros. Duró 14 minutos. La enferma sigue muy bien.

10ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 50 años, 9 hijos. Después del primer parto, á consecuencia de un esfuerzo que hizo comenzó á sufrir de un prolapso uterino que tenía alternativas de mejoría y de gravedad. Cuando vino al hospital estaba acompañado de cistócele, de polakiuria y de dolores lumbares.

*Operación.* –Por el método de Doyen; se retiraron las pinzas 48 horas después. A los 15 días la mujer abandonó el hospital.

11ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 40 años, 5 hijos. Por un esfuerzo violento de tos después de su último parto le sobrevino un prolapso uterino inmediatamente. Cuando la enferma entró al servicio se quejaba de dolores vagos en los muslos y en el abdomen, de fenómenos dispépticos, de irritabilidad de carácter, de hipocondría y de constipación tenaz. El examen mostró un prolapso con cistócele y restócele.

*Operación.* –Método de Doyen; la histerectomía duró 10 minutos y en la misma sesión se le hizo amplia colpoperineorrafia. Ambos ovarios se extrajeron por estar degenerados. Las heridas curaron por primera intención. La enferma abandonó el servicio en muy buen estado.

12ª. (1897). Cirujano, Dr. Rafael Pérez.

X, 52 años, 12 hijos. Se le diagnosticó una afección cancerosa de la matriz.



*Operación.* –*Morcellement* de Richelot. Se dejaron muchas pinzas. Duró cerca de 2 horas. El útero estaba degenerado en mucha parte y tenía ulceración en el cuello.

La enferma goza hoy de muy buena salud.

(Estas 7 últimas operaciones las he extractado de la tesis del Dr. Lázaro Uribe C.).

13ª. (1897). Cirujano, Dr. J. V. Maldonado. Inédita.

X, 55 años. Ha enflaquecido mucho en los últimos 4 años. Hace 8 meses que tiene hemorragias. Examen: epiteloma del cuello con ligera propagación á los fondos de saco vaginales y al ligamento ancho derecho. No había infarto ganglional.

*Operación.* –Método de Doyen; se extirparon los anexos de ambos lados. La operación duró 16 minutos.

Estuvo muy bien los 5 primeros meses, pero desde el sexto comenzó á agotarse, sobrevino fiebre, hubo flujo vaginal no muy abundante y al mes siguiente murió.

14ª. (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 37 años, 4 hijos. ha tenido hemorragias y metrorragias. Localmente se encontró: matriz grande, cuello enorme y adherencias anteriores y posteriores. Se diagnosticó degeneración fibrosa de la matriz consecutiva á metritis.

*Operación.* –Método de Doyen. Los 3 primeros días hubo peritonismo. Salió del hospital radicalmente curada.

15ª. (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 28 años. A consecuencia de un aborto vino un propalso uterino; pocos días después se vio embarazada y el huevo se desarrolló en la matriz caída. En el parto hubo que aplicar forceps y sostener el cuello por temor de arrancar la matriz; el puerperio fue normal. Al examen había: caída completa de la matriz, hipertrofia de ésta, sobre todo en la porción supravaginal del cuello, que estaba grande, fibroquístico y ulcerado.

*Operación.* –Colpectomía anterior (Pozzi), histerectomía por el método de Doyen. Hoy está bien la enferma.

6ª. (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. Londoño y Maldonado.

X, 38 años, un hijo. Tuvo un aborto hace 18 años. En los últimos 8 ha presentado fenómenos dismenorreicos. Desde hace cuatro meses las metrorragias han sido muy abundantes. El estado general es relativamente bueno. Al examen se encontró: un tumor vegetal, friable, que sangraba con mucha facilidad y que había invadido todo el labio posterior del cuello y parte del labio anterior y del fondo de saco posterior. Diagnosticóse encefaloide.

*Operación.* –Se le hizo la histerectomía; los anexos hubo que dejarlos. La operación fue muy laboriosa. La enferma tiene flujo vaginal, fétido y muy abundante.

## HISTEROPEXIA

(1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 45 años, su único hijo tiene 16. hace dos años que notó que la matriz se le salía, por lo cual vino al hospital. Al examen se encontró: prolapso uterino, ulceración del cuello y ligera cistócele. Se le curó la ulceración con aplicaciones de ictiol y glicerina.

*Operación.* –Incisión media de las paredes abdominales, avivamiento de la cara anterior de la matriz y de la posterior del peritoneo y colocación de tres puntos de sutura. Se cosieron las paredes abdominales.

A las seis semanas se le hizo una gran colpo-perineorrafia. La herida abdominal sanó *per primam*, la vagina supuró superficialmente.

Todavía no se puede juzgar del resultado terapéutico de esta operación, pues la enferma no ha abandonado el lecho.

## OVARIOTOMIAS

### OBSERVACIONES

1ª. (1895). Cirujanos, Dres. Montoya y F., V. Peláez y J. D. Uribe.

X, 45 años, 7 hijos. En estos últimos 7 meses ha notado en el vientre un tumor indoloro que para nada la molestaba, hasta hace 4 meses que la redujo á la cama. Estado actual: anorexia, regurgitación, constipación tenaz, dolor abdominal, disnea, amenorrea, entumecimiento de los miembros pelvianos y

agotamiento profundo. Localmente: abdomen enorme, macizo á la percusión, duro á la palpación, signos negativos á la auscultación, por punción se extrajo líquido coloide.

*Operación.* –Adherencias á la pared abdominal que dieron mucha sangre; se extrajeron por punción de 8 á 10 litros de líquido coloide; hubo necesidad de quitarle 4 ó 5 pedazos grandes para sacar “una masa del tamaño de una damajuana ordinaria, la cual ocupaba en los anexos del lado izquierdo el lugar del ovario y tenía un pedículo del grueso del dedo medio”. Nudo de Lawson Tait al pedículo, ligadura de la arteria y de la vena separadamente. El ovario derecho se quitó por estar esclerosado. Supuróse la pared abdominal y se puso curación oclusiva. La herida sanó por primera intención. El agotamiento desapareció rápidamente.

(Resumida de los *Anales* de la Academia, 1895).

2ª. (1895). Cirujanos, Dres. J. B. Londoño, F. Uribe M., R. Zea y C. Mejía.

X, 41 años. Dismenorrea desde los 14 años. hace 10 que notó un tumor en el bajo vientre que ha crecido con lentitud. A los 36 años, menopausia. Ha tenido ataques de nervios, dolores abdominales recios, constipación tenaz y vómitos. En tres punciones se extrajo líquido semejante á engrudo. Actualmente: demacración, anorexia, vómitos, constipación, hemorroides, micción frecuente, circulación abdominal notable y un tumor macizo á la percusión, con fluctuación en la parte anterior é izquierda y renitencia en el resto. Utero libre y muy desalojado.

*Operación.* –Adherencias peritoneales; por punción se extrajeron como tres kilogramos de líquido de una celdilla; el resto del tumor era sólido; ligadura, con trenza de seda en 3 porciones, del pedículo, que tenía 3 dedos de ancho y cauterización del mismo con agua fenicada al 5%; 3 planos de sutura abdominal, curación oclusiva. Sanó *per preman*.

(Extractada de los *Anales* de la Academia, 1895).

3ª. (1895). Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 22 años. Hace 3 que tiene dolores dismenorreicos violentos. Examen: tumor en la fosa iliaca izquierda, renitente y doloroso á la presión, recostado sobre el borde izquierdo del útero y móvil en el sentido vertical; sensación de peso y de dolor constantes, defecación dolorosa, micción frecuente.

*Operación.* –Abierto el abdomen se encontró un quiste dermoide con 8 celdillas, aboyado, de 15 c.c. de longitud y de 8 á 10 de grueso, colocado en el ovario izquierdo y que comprendía parte de su ligamento; entre pinzas se cortó el pedículo, se ligaron separadamente sus vasos y se suturaron sus dos hojillas peritoneales; durante la operación se hizo una ligera herida vesical que se suturó; suturas profundas y superficiales de las paredes abdominales. Curación por primera intención.

(Resumida de la *Revista Medica*, de Bogotá, número 207).

4ª. (1897). Cirujanos, Dres. Maldonado, J. Tobón y F. Uribe M. Inédita.

X, 68 años, madre de muchos hijos. Desde antes de la menopausia tenía: dismenorreas, dolores abdominales, desórdenes digestivos, entumecimiento de los miembros y grandísimo crecimiento del vientre (en una punción, 2 años antes, se le extrajeron 15 litros de líquido). Examen: gran tumor globuloso, renitente y ligeramente fluctuante, liso, con adherencias que ocupaba toda la cavidad abdominal; el tacto vaginal mostró la matriz rechazada al lado izquierdo y los anexos de ese lado sanos. El agotamiento era notable.

*Operación.* –Abierto el abdomen, se encontró un tumor globuloso adherido al peritoneo, á asas intestinales, el ciego, á la Siliaca, á la iliaca interna y al útero, con un pedículo derecho, grueso y carnoso que se ligó por el procedimiento de Lawson Tait. Sutura de las paredes abdominales. Curación *per primam*.

5ª. (1897). Cirujanos, Dres. Montoya y F., Londoño y E. Zuleta. Inédita.

X, 64 años, muchas veces madre. En los 4 últimos años ha tenido metrorragias abundantes y frecuentes, dolor abdominal, tumor en la fosa iliaca que ha crecido paulatinamente produciendo fenómenos de compresión, diarrea, fenómenos dispépticos y demacración notable. Examen: gran tumor lobulado con partes duras, partes renitentes y otras vagamente fluctuantes; en 2 punciones se extrajeron de 4 á 6 litros de líquido color de chocolate.

*Operación.* –Encontróse: hecha la incisión media del abdomen, un tumor grande, con 6 ú 8 celdillas, de las cuales se extrajeron líquidos color de chocolate, colorado y cetrino; las paredes del tumor eran gruesas, el pedículo del calibre de 4 dedos, las adherencias numerosas. Se puso el nudo de Lawson Tait. Sutura abdominal en dos planos. Curación *per primam*.

6ª. (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado y J. Tobón.

X, 26 años, 2 hijos. Desde antes del primer embarazo tuvo dismenorreas. A fines del último puerperio notó un tumor abdominal y apareció una metrorragia no muy abundante pero que duró 24 días; en el último mes ha tenido 5 cólicos ováricos con irradiaciones al muslo derecho. Al examen se encontró: un tumor del tamaño de un embarazo en el 4º. mes, blando, fluctuante, completamente móvil, independiente del útero y que deprimía el fondo del saco vaginal derecho; el largo de la matriz, normal. Diagnosticóse quiste ovárico unilocular derecho.

*Operación.* –Incisión media, enucleación del tumor, ligadura del pedículo –que era un poco grueso –en cadena, ligadura aislada de los tres vasos principales y sutura de las paredes abdominales. Duró la operación  $\frac{3}{4}$  de hora. Curación *per primam*.

## TALLAS HIPOGASTRICAS

### OBSERVACIONES

1ª. (1895). Cirujanos, Dres. Montoya y F., Londoño, Arangos y Uribe Angel.

X, 54 años. Desde 1886 sentía escozor vesical; en 1890 hubo –al amanecer –retención completa de orina, que fue preciso sacar con una sonda, la que siguió poniéndose cada 15 ó 20 días; en 1893, al retirar la sonda notó que un pedazo de 2  $\frac{1}{2}$  centímetros de longitud se había quedado en la vejiga. Después de esto, cuando hacía ejercicio, tenía hematuria, la que se hizo muy abundante y se acompañó de micciones muy frecuentes y horriblemente dolorosas, á consecuencia de un viaje á bestia que hizo á los 2 años. Al examen había: próstata ligeramente hipertrofiada en su lóbulo medio, uretra sana, cálculo en el trigono vesical, intolerancia de la vejiga y orina muco-purulenta mezclada con sangre; la presión con el explorador era muy dolorosa.

Se le hicieron lavados vesicales con solución de nitrato de plata al 1% (sic), los que fueron excesivamente dolorosos pero calmaron la vejiga; se intentó quebrar el cálculo con el litoclasto –sin cloriformizar el enfermo –lo que no se consiguió; 15 días después se hizo una nueva sesión de litotricia –cloroformizado –la que tampoco dio resultado, pues apenas salieron fragmentos del cálculo.

*Operación.* –20 días después se hizo la talla, se extrajo un cálculo de 2  $\frac{1}{2}$  centímetros de longitud constituido por una capa calcárea que envainaba un fragmento de sonda; dejóse un tubo de Guyon-Perier y una sonda á permanencia que se hizo quitar el enfermo contra la voluntad del médico: el día que se la quitaron –á pesar de sondearlo cada hora –tuvo por la tarde 40º, por lo cual se soltó una sutura y se le dio salida á la orina que principiaba á infiltrar las paredes abdominales. Se dejó 6 días más la sonda uretral. La herida cicatrizó en pocos días. Hoy orina sin sonda.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

2ª. (1896). Cirujanos, Dres. Londoño y F. Arango.

X, 20 años. Estando dormido, alguno le introdujo por la uretra granos de café; al despertar se casó uno que sentía en el bulbo. Ha tenido tenesmo vesical, interrupciones al orinar, micciones frecuentes, hematuria, orina de mal olor que deja un depósito purulento; después de un viaje á bestia con frecuentes libaciones tuvo un acceso de fiebre urinosa acompañado de una violenta orquitis. Al examen con el explorador de Guyon se encontraron varios cuerpos extraños en la vejiga.

*Operación.* –Abrióse la vejiga que despedía un olor urinoso, se extrajeron 4 cálculos que pesaban 14 grs., 13 grs., y 10.50 grs. respectivamente; se pusieron 2 suturas con catgut en la vejiga, se dejó un tubo de Guyon-Perier en ella y se hicieron 2 planos de sutura abdominal; se hicieron lavados con agua boricada y con solución débil de nitrato de plata. El tubo de Guyón se dejó 7 días. El tercer día hubo ligero movimiento febril, el 15º orquitis.

Hoy está perfectamente bien.

Los cálculos estaban formados de un grano de café envuelto en varias capas de materia calcárea y de carbonato de amoníaco.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

3ª. (1897). Cirujanos, Dres. R. Pérez, Londoño y González.

X, 54 años, militar. En 1885 recibió un balazo en una pierna y se la amputaron en malas condiciones, por lo cual vino una larga supuración. Después de tomar mucho licor en un viaje á bestia, tuvo polakiuria, tenesmo vesical y la orina salía mezclada á 8 ó 10 gotas de pus y sangre. A pesar del tratamiento mejor dirigido ha ido empeorando. El día que lo operaron estaba muy demacrado, inapetente, tenía diarrea, sudores profusos, tos seca, pulso débil, insomnio; las micciones muy frecuentes, sobre todo de noche –cada 5, 10 ó 15 minutos –producía un dolor terrible desde la vejiga al meamucopus. La sonda indicaba que las paredes vesicales estaban tetanizadas.

Se diagnosticó cistitis tuberculosa.

*Operación.* –Abierto el abdomen, había adherencias peritoneales fuertes y muchas granulaciones grasas duras y de aspecto patológico; abrióse verticalmente la vejiga, se lavó muy bien su cavidad y se pusieron 4 puntos de sutura de la pared vesical á la abdominal; el resto de la herida se suturó dejando un tubo que terminaba exteriormente en un tetero.

El primer día hubo colapso y vómito. La orina salía á veces por la uretra produciendo dolor. La uretra hipogástrica trató de cerrarse y con sondas de Egar se dilató. Con un aparato de *ad hoc* ha podido levantarse. Ha mejorado mucho.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

4ª. (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. F. Arango, Maldonado y V. Peláez.

X, 64 años. Tiene una próstata del tamaño de un aguacate. Después de varios amagos de retención, vino una completa. El cateterismo fue imposible, por lo cual se le hizo la punción supra-pubiana 20 horas después; á las 4 horas se le pasó una sonda de Nelaton; esa misma noche no se pudo pasar la sonda elástica y el explorador de Guyon sí penetró. Como la micción era imposible y cada tentativa de cateterismo se acompañaba de hemorragias, se le propuso la cistotomía hipogástrica.

*Operación.* –Laparotomía, cistotomía vertical y sutura de la vejiga á las paredes abdominales dejando un dren.

El estado general mejoró mucho y dos meses después podía orinar, á veces, tapándose la uretra supra-pubiana.

## LAPAROTOMIAS PARA OCLUSION INTESTINAL

### OBSERVACIONES

1ª. (1893). Cirujanos, Dres. R. Arango, V. Peláez, T. Villa, C. Mejía, Delgado y Rodríguez.

X, 66 años, 12 hijos. Tuvo un cólico acompañado de náuseas, vómito, inquietud, grito constante, vientre deprimido y muy sensible al tacto, que dejaba ver encima de la vejiga un tumor que parecía una bola fecal; por el recto no salían ni gases ni materias fecales. Se diagnosticó oclusión intestinal probablemente por estrangulamiento ó por *vólvulus*. A pesar del tratamiento médico la enferma siguió agravándose, por lo cual propusieron los Dres. Ramón Arango y V. Peláez la laparotomía, operación que no se hizo hasta los 2 días, cuando la enferma estaba en estado casi agónico.

El día de la operación, los vómitos eran más frecuentes, el pulso miserable (140 p.), había meteorismo, hipo, sudores fríos y enfriamiento de las extremidades.

*Operación.* –El colon transversal y el descendente, en parte, se habían gangrenado por torsión completa; se resecó el intestino gangrenado y las 2 extremidades se suturaron á la pared abdominal por estar la enferma en agonía; la operación duró 2 horas. La enferma murió 3 horas después.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

2ª. (1897). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 18 años. Un día sintió un dolor agudo en el vientre seguido de meteorismo que fue creciendo; 12 horas después tuvo vómitos; á los 5 días no había evacuado. Un empírico que lo vió, le recetó vomitivos de vinagre (dándole hasta media botella de una vez), purgantes y lavativas. A los 9 días que lo vió el Dr. Maldonado presentaba: gran meteorismo, vómitos pituitosos con estrías sanguinolentas, á veces, pulso miserable, vientre doloroso que dejaba ver las asas intestinales en la parte superior del flanco derecho, oliguria y enfriamiento de las extremidades; desde que enfermó no había evacuado ni arrojado gases por el ano. Se aplicaron lavativas eléctricas sin resultado, por lo cual se propuso la intervención quirúrgica que no fue aceptada hasta el día siguiente.

*Operación.* –Se hizo al día siguiente por la noche; el colon y el ilión estaban retraídos. Había torsión completa en la mitad del intestino delgado; se puso un plano de sutura en las paredes abdominales. Pocas horas después tuvo 4 evacuaciones abundantes. La herida sanó *per primam*.

## LAPAROTOMIAS PARA APENDICITIS

### OBSERVACIONES

1ª. (1894). Cirujanos, Dres. Carlos Mejía, Delgado, J. de D. Uribe y Tobón.

X, 24 años. Después de una abundante comida hizo un ejercicio violento; á consecuencia de esto tuvo un cólico abdominal acompañado de constipación y de estado náuseo. Mejoró un poco con el tratamiento médico hasta el tercer día, en que subió la temperatura á 38° y apareció un empastamiento en la fosa ilíaca derecha: diagnosticóse peritífilitis.

*Operación.* –Siguióse el método de Roux: se encontró una peritonitis enquistada, el ciego notablemente congestionado, el apéndice había desaparecido; después de vaciar el foco purulento y de lavar el peritoneo se colocó un dren y la curación apropiada. A los 8 días se formó un *anus contra natura* que desapareció en poco tiempo.

Hoy goza de completa salud.

2ª. (1897). Cirujanos, Dres. Maldonado y R. Posada.

X, 18 años, célibe. Ha tenido 2 cólicos, probablemente apendiculares. Tres meses después del último á consecuencia de un ataque de risa, sobrevino calofrío acompañado de dolor abdominal agudo constante; á pesar del tratamiento persistió el dolor. Al examen había: temperatura 37.4, pulso despresible (110 p.),



extremidades frías, postración, lengua pastosa y subrral, náuseas, constipación, punto doloroso de Mac Burney y empastamiento de la fosa ilíaca derecha. El tacto rectal indicaba que había un empastamiento doloroso y tenso, que descendía hasta el fondo del saco rectovaginal y que hacía cuerpo con la cara posterior del útero.

Diagnosticaron apendicitis.

*Operación.* –Por el método de Roux: el apéndice había desaparecido; en la región pericecal se encontró un foco inflamatorio de peritonitis adhesiva que englobaba los anexos correspondientes; vaciado el foco, se desprendieron las adherencias y se hizo la curación con gasa, según el método de Mikulics. La cicatrización se hizo pronto.

Un mes después la joven se encontraba bien.

3ª. (1897). Cirujanos, Dres. Hincapié, F. Arango y Tobón.

X, 38 años. Tuvo un fuerte cólico de corta duración acompañado de lengua saburral, de estado nauseoso, de constipación y de apirexia; 12 horas después, el médico que lo examinó encontró; meteorismo, temperatura alta (39°5) precedida de calofrío y anuria; el dolor volvió, era más intenso en la fosa ilíaca derecha y aumentaba por la presión. Diagnosticó apendicitis é instituyó tratamiento médico; éste no dio resultado; por lo cual propuso la operación.

*Operación.* –Se hizo á las 24 horas; el epiplón estaba inflamado y los intestinos presentaban manchas gangrenosas. El apéndice tenía en el punto de inserción una ruptura del tamaño de una arveja, sus paredes estaban gruesas y la cavidad dilatada; el peritoneo y los espacios intestinales estaban infiltrados de pus. Se seccionó el apéndice, se extirpó un gran pedazo de epiplón después de aplicar una sutura en cadena, lavóse la cavidad abdominal y se suturó sin dejar dren.

Los síntomas de infección duraron hasta la muerte que se efectuó 24 horas después.

4ª. (1897). Cirujanos, Dres. Pérez, Quevedo, Delgado y Arango.

X, 41 años, reumático. Sufrió cólicos periódicos considerados como hepáticos. Ultimamente tuvo un cólico apendicular que persistió, á pesar de una medicación bien dirigida, durante 6 días.

*Operación.* –Cuando la hicieron había peritonitis generalizada. Abierto el abdomen se encontró el peritoneo recubierto de pus; había innumerables adherencias. Se suspedió la operación por el estado del enfermo y se suturó el abdomen. Muerte pocas horas después.

*Autopsia.* –Al nivel del ciego se encontraron muchas adherencias peritoneales y un gran foco purulento; el apéndice de color violáceo estaba dilatado y tenía 2 perforaciones.

5ª. (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. B. Ochoa y M. A. Angel.

X, 28 años. Tuvo un gran cólico acompañado de constipación, de náuseas, de vómito, de fiebre y de sudores; el dolor correspondía á la fosa ilíaca derecha y aumentaba por la presión. Se diagnosticó apendicitis y se propuso la intervención quirúrgica, la que no aceptó el enfermo hasta los 20 días, cuando el empastamiento era notable en la región enferma y la inflamación principiaba á invadir las paredes abdominales.

*Operación.* –Se hizo una incisión á un dedo encima de la arcada crural y paralela á ella; había un enorme foco purulento completamente enquistado, en cuyo centro estaba el apéndice suelto; se suturó la perforación cecal, se drenó y se puso la curación. La herida sanó sin incidente alguno, y un mes después el enfermo estaba curado.

## LAPAROTOMIAS PARA TUBERCULOSIS PERITONEAL

### OBSERVACIONES.

1ª. (1895). Cirujanos, Dres. T. Henao, Velásquez y Toro.

X, de 37 años, 11 hijos. Presentaba signos probables de tuberculosis pulmonar. En su último puerperio (2 meses antes de operada) tuvo ligero calofrío, dolor agudo en el flanco izquierdo que poco después de generalizó á todo el abdomen, vómito, supresión de los *loquios*. Pocos días después de examinarla se notó lo siguiente: demacración, respiración muy frecuente y sacudida, macidez en las 2 cimas pulmonares, expiración prolongada en la parte media del pulmón derecho, tos quintosa y seca, esputos poco abundantes y blanquecinos; del lado del abdomen, dolor agudo en el hipocondrio izquierdo, meteorismo en la región umbilical y zona de macidez que se extendía próximamente hasta la mitad de los flancos, en el decúbito dorsal; se hicieron 2 punciones por las que salieron únicamente gases fétidos. Diagnosticóse peritonitis tuberculosa.

*Operación.* –Incisión media abdominal que dio salida á gases fétidos primero y luégo á una gran cantidad de líquido sero-purulento de muy mal olor; los anexos, el epiplón y la parte del peritoneo parietal que se pudo explorar, estaban llenos de granulaciones; se lavó el peritoneo con agua boricada, se drenó con gasa yodoformada y se suturó. Al 5º día apareció supuración verdosa; á los 19 días de hizo nuevo lavado que se repitió en los 20 días siguientes, 83 días después de la operación cicatrizó la fistula.

El estado general ha mejorado notablemente, las lesiones pulmonares subsisten.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

2ª. (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, mujer de 26 años, llevada de la Reclusión al servicio interno del hospital en donde se le diagnosticó tuberculosis pulmonar en primer período. Pocos días después tuvo fenómenos inflamatorios del lado del peritoneo: se diagnosticó peritonitis tuberculosa crónica de forma granulosa.

*Operación.* –Hecha la incisión media se halló el peritoneo grueso y muy adherido á las paredes abdominales; salieron de 6 á 8 litros de líquido cetrino, y explorando la región se vio que tanto el peritoneo parietal como el viseral estaban completamente llenos de granulaciones; se secó con esponjas, se expuso al aire y se pusieron tres planos de sutura.

La mejoría ha sido notable: 28 días estuvo en el hospital después de operada, y durante ellos no se reprodujo el líquido.

## LAPAROTOMIA EXPLORADORA

### OBSERVACION

(1897). Cirujanos, Dres. T. Henao, Restrepo, Toro y Velásquez.

X, 39 años. hace 9 principios á sentir un dolor fijo en la fosa iliaca derecha, dolor que coincidió con la aparición de un pequeño tumor en la misma región; durante este largo periodo ha enflaquecido notablemente, ha tenido edema en los miembros inferiores y ha visto crecer su tumor. Actualmente la enferma está pálida y demacrada, su vientre muy aumentado tiene una forma regularmente ovoide de gran diámetro vertical; el tumor es duro, con fluctuación vaga, inmóvil, las paredes abdominales se mueven sobre él, llega hasta los hipocondrios; al tacto vaginal, el cuello uterino, muy levantado, está en el centro y un poco hacia adelante de la excavación; el histerómetro penetra 12 centímetros en la cavidad del útero, el tacto combinado con la palpación no permite hallar ovarios, trompas ni tumor; los movimientos impresos á éste no descolocan el hocico de tenca. Diagnosticóse quiste ovárico.

*Operación.* –Abierto el abdomen y dominada la fuerte hemorragia que la incisión produjo, se encontró: un tumor liso, de color de carne, muy vascular, de consistencia firme y elástica, sin fluctuación, casi inmóvil y sin adherencias; no tiene pedículo pues está sentado en el estrecho superior, comprendiendo en su base el

útero, los ovarios y las trompas. Se enjugó la superficie, se pusieron 2 planos de sutura y se dejó un dren de gasa yodoformada en el ángulo inferior.

La herida sanó por primera intención. El tumor es hoy más pequeño y más móvil.

## PIELOTOMIA

### OBSERVACION.

(1883). Cirujanos, Dres. R. Pérez, J. B. Londoño y V. Peláez.

X, hombre de 30 años. Ha sufrido de cólicos nefríticos seguidos de expulsión de cálculos. Ultimamente después de un cólico no seguido de expulsión de cálculos, vinieron calofríos, fiebre alta (40°), sudores, insomnio, delirio, convulsiones, y apareció un tumor que se extendía desde el hipocondrio derecho hasta la fosa iliaca correspondiente; la orina era escasa y muy limpia. Podía tratarse de un flegmón perinefrítico ó de una pielonefritis calculosa con obstrucción del uretero, y éste fue el diagnóstico.

*Operación.* –Por la región lumbar se abrió: la atmósfera renal estaba sana y el bacinete muy dilatado. Con el bisturí se hizo una incisión al bacinete; se ensanchó ésta con los dedos, dando salida á una cantidad enorme de orina purulenta y se sondeó la parte superior del uretero, pues el catéter no pudo penetrar más profundamente. No se encontró cálculo; se puso una sonda en el uretero y se suturó la herida. *Por la sonda siguió saliendo la misma cantidad de orina que por la vejiga.*

Algunos días después se cerró la fístula urinaria: con el termo-cauterio la volvieron á abrir y se intentó sondear de nuevo el uretero, lo que se hizo en mayor extensión que en la primera vez, pero no en todo el trayecto del órgano. En un momento parecióle al cirujano que el *catéter había tropezado con un cuerpo extraño.*

En las 24 horas siguientes, el enfermo arrojó 18 cálculos; ocho días después cicatrizó la fístula.

El enfermo quedó radicalmente curado.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

## RESECCION DE LOS CANALES DIFERENTES

### OBSERVACIONES.

1ª. (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. R. Pérez y F. A. Uribe M.

X, 60 años. Tiene una gran hipertrofia total de la próstata que varias veces ha producido retención de orina.

*Operación.* –Resecáronse los dos canales deferentes en una extensión de 3 centímetros. La herida curó *per primam*.

El enfermo no ganó nada absolutamente con la operación.

2ª. (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. Londoño, Ochoa y Juan de D. Uribe.

X, 65 años. Ha tenido varias veces retención de orina que ha combatido por el cateterismo con una sonda sucia; se le desarrolló una cistitis aguda. Al examen se encontró una cistitis crónica y una ligera hipertrofia del lóbulo medio de la próstata.

*Operación.* –Se trató la cistitis con lavados vesicales y la hipertrofia prostática con la resección de 5 centímetros de los dos canales deferentes. La herida cicatrizó por primera intención.

Al principio mejoró algo.

## CURACIONES RADICALES DE HERNIA

### OBSERVACIONES.

1ª. (1892). Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 60 años. Al hacer un esfuerzo se le formó una hernia inguinal.

Doce horas después, que lo vio el médico, encontró una hernia inguinal izquierda, oblicua externa, y estrangulada; abierto el saco se vio que el asa intestinal tenía un color violáceo y que á un centímetro de la estrangulación había una erosión de dos milímetros. Se desbridó hacia arriba y afuera; pero siendo insuficiente el espacio para reducir la hernia, se desbridó directamente hacia afuera. Se resecó un pedazo del saco por presentar mal aspecto y el resto se saturó al nivel del cuello y contra los pilares. Se cosió la herida y se puso la curación. Por descuido del enfermo se infectó la herida y supuró. Hoy está radicalmente curado.

(Resumida de los Anales de la Academia).

2ª. (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. L. Hincapié G., y J. B. Londoño.

X, 16 años. Tenía una hernia inguinal derecha, oblicua externa con ectomía del testículo correspondiente, que se encontraba al nivel del anillo; el año pasado se estranguló la hernia y no se pudo reducir.

*Operación.* –Kelotomía con curación radical siguiendo el procedimiento clásico. La herida sanó por primera intención. Hubo éxito completo.

3ª. (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. B. Ochoa, J. B. Londoño y F. A. Uribe.

X, 65 años. Tenía una hernia inguinal derecha, oblicua externa. Dos veces se había estrangulado, pero habían logrado reducirla. Ultimamente se le estranguló y se hizo todo lo posible por reducirla, inútilmente.

*Operación.* –Kelotomía con curación radical, siguiendo á Lucas Championiére en su modo de proceder. El testículo estaba al nivel del anillo y no pudiendo bajarlo á las bolsas, se introdujo al abdomen. Sanó por *per primam*. Quedó radicalmente curado.

4ª. (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 25 años. Tenía una hernia inguinal derecha, oblicua externa. A consecuencia de un esfuerzo se le estranguló y no pudiendo reducirla se resolvió la

*Operación.* –Se hizo 38 horas después. había una brida fibrosa bastante fuerte en el cuello: cortada, se pudo reducir el intestino que estaba congestionado. Para hacer radical la curación se empleó el procedimiento de *Duplay-Cazin*. disecado el saco se anudó sobre sí mismo y luégo se pusieron 2 planos de sutura, uno profundo que cogió el nudo y las paredes profundas ampliamente, y uno superficial que interesó únicamente los tegumentos. Se emplearon hilos metálicos. No supuró sino uno.

Quedó radicalmente curado.

5ª. (1897). Cirujanos, Dres. Henao, Gutiérrez y Toro.

X, 24 años, hacendado, sífilítico. Con motivo de un esfuerzo le apareció una hernia inguinal derecha, oblicua externa. Como su profesión le exigía estar frecuentemente á bestia, y en muchas ocasiones lidiando ganados, le sucedía que algunas veces no podía reducir oportunamente su hernia y se le ponía muy dolorosa. Aconsejósele la curación radical y la aceptó con la condición de que no lo cloroformizaran.

*Operación.* –Localmente se anestesió con cocaína y cloruro de etilo. Abierto el saco, se encontró vacío, se disecó completamente y se le puso una ligadura en cadena lo más profundamente posible; más acá de la ligadura se reseco y el muñón se perdió en el abdomen. Se pusieron hilos de seda de uno á otro pilar y con

crin se suturaron totalmente las paredes, dejando un dren de gasa en la parte inferior. La herida supuró, pero al mes estaba completamente cicatrizada.

El porvenir dirá si la curación fue radical.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

6ª. (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado y Peláez.

X, 21 años, militar. Vino al Hospital con una hernia inguinal derecha, oblicua externa, reducible y del tamaño de una naranja. Le apareció hace 5 años á consecuencia de un gran esfuerzo; pero su crecimiento no había sido notable hasta hace 3 meses. La hernia producía dolores locales aumentados con la estación de pies y con la marcha.

*Operación.* –Curación radical siguiendo el procedimiento de *Duplay-Cazin*. La herida supuró. La cicatrización se hizo y hasta hoy (5 meses después) la curación se sostiene.

7ª. (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 30 años. Hace 8 que le apareció una hernia inguinal derecha.

Cuando hacía esfuerzos crecía mucho y producía ligero dolor.

*Operación.* –Curación por el procedimiento de *Duplay-Cazin*. La herida cicatrizó después de supurar. Hace 2 meses que se operó y la hernia no ha reaparecido.

## LIGADURA DE LA ARTERIA ILIACA EXTERNA

### OBSERVACION.

(1894). Cirujanos, Dres. R. Arango, C. Mejía y Peláez.

X, 26 años. Hace 6 que notó un tumorcito en la parte superior é interna del muslo, debajo del triángulo de Scarpa; á los dos años el tumor tenía el tamaño de una naranja y producía fuertes dolores, más marcados de noche. Un años después, los dolores fueron mayores y la marcha difícil. Se aplicó la banda de Esmarch que hubo que quitar por el dolor que producía, y se ensayó inútilmente la compresión digital en sesiones diarias durante 2 años. Al cabo de este tiempo la marcha se hizo imposible, los dolores fueron terribles y el miembro se entumeció. Al examen se encontró: un tumor ovoide, de vértice inferior que se extendía desde el anillo de Hunter hasta 2 ½ centímetros debajo del triángulo de Scarpa, blando, fluctuante, ligeramente

reductible, de paredes delgadas y que presentaba pulsaciones isócronas con el pulso, las que desaparecían comprimiendo la arteria femoral encima del tumor; el movimiento era marcado, el *fremissement* vibratorio no era muy notable.

*Operación.* –Incisión de 4 dedos á través, á un centímetro encima de la arcada crural y paralela á ella, que interesó los tegumentos, la aponeurosis del grande oblicuo y el fascia transversalis; introducción del índice hasta el lugar de elección y ligadura de la arteria con un grueso hilo. La operación duró una hora. Los latidos y el soplo desaparecieron inmediatamente. Se calentó el miembro &c.&c.

Durante los 12 primeros días hubo entumecimiento, enfriamiento y dolor en el miembro, síntomas que desaparecieron.

42 días después había disminuído el tumor: 13 c.c. en longitud, 17 en latitud y 10 en circunferencia. *Exito terapéutico completo.*

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

## TREPANACIONES CRANEANAS

### OBSERVACIONES.

1ª. El Sr. D. J. V. A., uno de los jóvenes más distinguidos del comercio de esta ciudad, como de 35 años de edad, casado y padre de familia, alto de cuerpo, blanco, con evidente asimetría encefálica y facial, exoltálmico en grado apreciable, gozaba en el año de 1993 de salud aparentemente completa. Hasta esa época hay en la historia de su vida vagos, vaguísimos signos anamnésicos específicos de toda especie, así como nada notable se acusa respecto á enfermedades sufridas por él y por sus parientes más cercanos. A fines del año mencionado, estando dormido, sufrió un primer ataque, no convulsivo, con pérdida absoluta de conocimiento y relajación del sistema muscular motílico, acompañado de visible congestión pulmonar, ataque que terminó, felizmente, sin dejar huellas profundas, pues sólo fue seguido de no muy intensa cefalalgia. Comoquiera que estos accesos se repitiesen con frecuencia con algunas variantes en su forma, en el primer año, el paciente se sometió durante ese tiempo al tratamiento aconsejado por un médico militar que gozó entonces de gran boga, y que se diagnosticó epilepsia esencial. Observando el enfermo que iba de mal en peor y que el régimen indicado (bórax) era sometido con tenacidad y sin ningún provecho, resolvió, de acuerdo con la familia, consultar á varios facultativos, quienes emitieron cuatro opiniones distintas (goma específica, reumatismo cerebral, epilepsia primitiva é histerismo). Al efecto, bajo su dirección, se ensayaron



otros tratamientos con completa ineficacia, lo que hizo pensar al paciente y á sus deudos que tal vez se habría cometido error en el diagnóstico. Fue entonces cuidadosamente examinado por el Dr. Quevedo, quien diagnosticó un tumor cerebral izquierdo, probablemente un glioma, que localizó anatómicamente, pronosticando de antemano el curso que seguiría la afección con especialidad lo referente á los fenómenos paralíticos, en caso de tener él razón en sus opiniones. Desde entonces indicó la urgencia de una operación, cosa, como se sabe, muy ocasionada á discusiones y demora, sobre todo en casos como el presente, en que nada podía prometerse, y únicamente se exigía como medio de ratificación de diagnóstico y en probabilidad remotísima, para tratar de extraer el neoplasma. La circunstancia de haberse presentado en el curso de la enfermedad todos los síntomas anunciados como ineludibles en su progresiva marcha, y ya en extrema gravedad el enfermo, con ausencia completa de facultades y violenta retracción branquial, enteramente paralizado, hizo aceptar la intervención quirúrgica aludida. En consecuencia, con antisepsia rigurosa y siguiendo los métodos modernos, practicó el Dr. Quevedo, con colaboración de los Dres. Londoño y A. Peláez la primera trepanación practicada en Antioquia, con éxito inmediato, pues tanto la parálisis como las retracciones y la afacia, desaparecieron en el instante, y las facultades recobraron su lucidez hasta el punto de haber podido hablar y confesarse el paciente. Con la operación quedó confirmado, plenamente demostrado el diagnóstico hecho por el Dr. Quevedo, y que fue muy controvertido. En la autopsia se halló el glioma como incrustado en la región ascendente de la tercera circunvolución frontal, ejerciendo enorme presión en las partes vecinas, hasta el lóbulo paracentral, y dificultando la circulación del respectivo hemisferio cerebral, atrofiando éste hasta el punto de quedar en volumen en la proporción de 1es á 4 –y su colocación profundamente alterada &c. &c. –Los vasos representaban ligeros lineamientos, apenas perceptibles. El neoplasma pesó 22 gramos y fue visto y examinado por los principales médicos de la ciudad.

2ª. (1896). Cirujanos, Dres. Montoya y Flórez, V. Peláez y J. de D. Uribe.

X, hombre de 22 años. Recibió una pedrada en la región frontal izquierda que le produjo un hundimiento óseo de 2 c.c. de profundidad, por 4 c.c. de superficie; la herida supuró. A los 14 días sobrevinieron convulsiones intermitentes en el brazo izquierdo que duraron ocho días; pesantez y hemianestesia incompleta en los miembros derechos; disfasia, disgrafía, irritabilidad de carácter y cefalea izquierda.

*Operación.* –Se hizo en la región correspondiente un colgajo de base alta y se ligaron las arterias que dieron sangre; las esquiras se habían soldado, por lo cual se colocó la corona en el centro; se rasparon las irregularidades y se suturó dejando un dren de gasa. La herida sanó por primera intención, menos en los puntos donde estaban las ligaduras y el dren de gasa, que supuraron 30 días.

Todos los síntomas debidos á la compresión cerebral desaparecieron.  
(Resumida de los *Anales* de la Academia).

3ª. (1896). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 22 años, agricultor. Sin antecedentes para el caso. Hace tres años que recibió una puñalada en la región parietal izquierda: parece –según dice –que perdió el conocimiento por algún tiempo y que estuvo loco furioso 3 meses. Estado actual: ánimo apocado, nivel intelectual muy bajo, carácter voluble, ninguna iniciativa, cefalea permanente, le dan ataques convulsivos durante los cuales pierde el conocimiento y cae como cuerpo inerte; en ocasiones su furia es terrible y tienen que amarrarlo porque es muy peligroso. Entra en letargia hipnótica con facilidad, quedando completamente inerte y analgésico en grado sumo. Diagnosticóse histero-epilepsia.

*Operación.* –Por el procedimiento de la Salpêtriére se sumió en letargia profunda (mientras lo motilaron y afeitaron se perdió media hora del mejor sueño nervioso); se hizo un colgajo suficiente, se ruginó el hueso, y cuando se le iba á aplicar el trépano, pero sin tocarlo, despertó, no por el dolor sino porque diz que se iba á morir de la operación. Diósele cloroformo para terminar. La herida cicatrizó por primera intención.

El enfermo no mejoró absolutamente nada.

4ª. (1897). Inédita. Cirujano, Dr. Montoya y F.

X, 15 años, idiota, macrocefálico. Desde su niñez le dan ataques epilépticos, que espaciados al principio, han aumentado en número hasta darle muchos diariamente.

*Operación.* –En dos sesiones se le quitaron 6 coronas de trépano, 3 en la región parietal derecha y 3 en la izquierda. Después de la primera trepanación mejoró bastante por 8 días, pero los ataques reaparecieron en mayor número y más fuertes que antes de trepanarlo.

5ª. (1897). Cirujano, Dr. Montoya y F.

X, 20 años, hombre bullicioso y pendenciero. El Dr. Montoya y F. le diagnosticó epilepsia larvada y procedió á trepanarlo.

*Operación.* –Se le quitaron 2 ó 3 coronas del gran trépano en la región parietal derecha. La herida sanó *per primam*.

Creo inútil decir que el enfermo no mejoró absolutamente nada.

6ª. (1897). Cirujanos, Dres. Montoya y F., Delgado, Maldonado, Hincapié y V. Peláez.

X, 25 años. Recibió un balazo (rifle de salón) en la región temporal derecha, encima y hacia atrás del conducto auditivo. El proyectil siguió un trayecto oblicuo y de arriba hacia abajo; "a su paso destrozó el lóbulo temporal que la sangre batió en gran parte; luego hirió puntos muy importantes de ambos hemisferios, rompiendo algún ramo (silviana?) de la carótida interna, sino la carótida misma". El enfermo se desplomó con pérdida absoluta del conocimiento y de la sensibilidad. Diagnosticóse hemorragia y comprensión enorme del cerebro.

*Operación.* –Se hizo con el objeto de descomprimir el cerebro y de detener la hemorragia. Quitáronse 3 coronas de trépano hacia arriba del punto de entrada de la bala (para evitar el seno lateral). Por el orificio del proyectil se cortó la dura madre y se encontró un ramo de la meníngea posterior que se ligó sobre la marcha. Libre la masa encefálica, fue expulsado con violencia un gran coágulo que se había formado en el orificio hecho por el proyectil, dejando ver una hemorragia de fuerza y cantidad imponentes. Se comprimió la meníngea media á su entrada, pero en vano, pues la hemorragia venía del centro; entonces rápidamente se puso un tapón en la base del cráneo y se logró contener la hemorragia. Se colocó gran cantidad de algodón aséptico sobre el cráneo y un vendaje encima. Treinta y seis horas después murió.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

7ª. (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado y R. Posada.

X, 24 años. Hasta los 18 años era inteligente, estudioso, de aspiraciones, pero muy iracundo. A esta edad recibió una palmada en la cabeza y pocos días después vinieron ataques con pérdida del conocimiento, rigidez de todo el cuerpo y convulsiones. Al fin se anunciaban los ataques por convulsiones que recorrían el miembro superior derecho; algunas veces no perdía el conocimiento. Cuando se le examinó tenía el miembro superior derecho casi paralizado, estupidez marcada, carácter irascible. Se le sometió á un tratamiento bromurado intenso, y durante mes y medio desaparecieron los ataques, pero después volvieron acompañados de manía suicida.

Se le propuso entonces como medio terapéutico la trepanación y aceptó con mucho gusto.

*Operación.* –Se hizo en dos sesiones. En la primera se quitaron tres coronas: sobre el centro motor del miembro superior derecho, delante y encima y detrás y encima del mismo punto; -la 1ª. rueda ósea tiene un espesor de 11 milímetros, la 2ª. y la 3ª. casi del mismo grueso de la 1ª. en el punto en que se tocan, van adelgazándose á medida que se alejan de él –y taparon la herida. – Al día siguiente se descubrió, se hizo un colgajo de la duramadre de base superior y se encontró un foco de reblandecimiento del tamaño de un corozo; por la depresión que dejó éste se introdujo un trócar en la dirección del ventrículo lateral y del seno frontal y nada anormal había; se suturaron los tegumentos y se puso una curación apropiada. La herida sanó

por primera intención. La parálisis del miembro superior derecho, desapareció casi por completo: con la mano antes inhábil manejó las bridas de la bestia en un viaje de varias leguas. Las facultades recobraron lucidez. Pero algunos meses después tuvo un fuerte disgusto, se tomó algunas copas, anunció que se iba a suicidar; al día siguiente lo encontraron tetanizado en el baño y unos gránulos de estrictina que se le habían prescrito, desaparecieron.

8ª. (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado, Delgado, Hernández, Lince y Sáenz.

X, 14 años. Estuvo bien hasta la edad de 10 años en que se cayó de una bestia y recibió una descalabradura en la región frontal izquierda cerca del cuero cabelludo. Entonces tuvo cefalalgia, desvanecimiento y adormecimiento de los miembros, más notable del lado derecho; 16 meses antes de operarlo, aparecieron convulsiones en la cara, el brazo y la pierna derechos. Al examen se encontró: hemiplegia total derecha con ligera hemianestesia, diplopia y ptosis del párpado derecho; el estado general, pésimo, el carácter irritable, hemicrania tenaz con irradiaciones al lado derecho. Los médicos que lo vieron diagnosticaron tumor cerebral en la zona rolándica izquierda; sospechando sífilis congenital se le sometió al tratamiento yodurado, inútilmente.

*Operación.* –En 2 sesiones: 1º., se quitaron 4 coronas y se cubrió la región; al día siguiente por la tarde se cortaron las meninges que estaban adheridas al cerebro; éste se hernió inmediatamente dejando ver la superficie irregular como granulosa, pigmentada; se quitó la parte herniada, se exploró inútilmente con el trocar y se suturaron los tegumentos. Los fenómenos jacksonianos se modificaron poco.

La herida iba cicatrizando muy bien hasta el tercer día en que el Dr. Maldonado tuvo que abandonar el enfermo; entonces se infectó, los bordes se separaron para dar salida al pus, la masa encefálica se hernió, parte se eliminó, y el 8º. día que fue el Dr. Maldonado a ver el enfermo, le quitó parte cerebral herniada, con una trenza de catgut cubrió la pérdida de substancia y disecó la piel para poder reunir los bordes de la herida.

15 horas después murió el enfermo.

No se hizo autopsia.

9ª. (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 30 años, bebedor. Recibió un golpe en la región parietal derecha que produjo hundimiento óseo y herida de los tegumentos. Esta supuró varios meses, salieron esquirlas óseas; cuando cesó la supuración vinieron ataques de epilepsia jacksoniana sin modificación de las facultades síquicas. Localmente se notaba el cuero cabelludo deprimido y adherido a las partes profundas.

*Operación.* –Se aplicaron al rededor las pequeñas coronas y se levantó el hueso que media 3 centímetros de longitud por 1 ½ de latitud. La herida cicatrizó *per primam*.

Pocas horas después de operado tuvo 11 ataques; éstos fueron desapareciendo paulatinamente.

El enfermo salió radicalmente curado del Hospital.

10ª. (1898). Cirujanos, Dres. Mauro Giraldo y José de J. de la Roche.

X, cuando tenía veinte años recibió un golpe en la parte superior del parietal derecho con exéresis ósea del tamaño de una moneda de cinco reales: inmediatamente perdió el conocimiento y la pierna y el muslo se flejaron; la herida supuró 6 meses, durante los cuales se paralizó el miembro inferior izquierdo y se paresió el miembro superior correspondiente. Agotada la supuración recuperó la inteligencia y los movimientos. 16 años después del traumatismo aparecieron ataques de epilepsia jacksoniana cada 2 ó 3 meses, al principio, fueron aumentando y al fin hubo hasta 3 ataques diarios.

*Operación.* –Se quitaron 2 ½ coronas sobre la exostosis compresora interesando necesariamente el seno longitudinal superior cuya hemorragia se contuvo por compresión. En otra sesión, 2 días después, se suturaron los tegumentos. A las 5 horas de operado tuvo un ataque. Desaparecieron el entumecimiento y la paresia de los miembros izquierdos, y el enfermo es más consciente y reflexivo.

(Resumida de los Anales de la Academia).

## RESECCIONES OSEAS

1ª. (1897). Inédita. Resección de 3 costillas. Cirujano, Dr. R. Pérez.

X, 25 años, agricultor. Entró al Hospital con una bronconeumonía; estando convaleciente de ella le apareció una pleuresia con derrame. Se le hizo la toracentesis y se extrajeron 1,200 gramos de líquido sero-purulento.

*Operación.* –Resección de 3 costillas en una extensión de 5 centímetros, abertura de la cavidad pleural, que se lavó muy bien y sutura de la herida dejando un dren, por el cual se siguió lavando la pleura. La supuración se fue agotando paulatinamente y la fistula cicatrizó.

2ª. (1897). Inédita. Resección de 1 costilla. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 50 años. Entró al Hospital á tratarse una estrechez uretral. Se le hicieron tentativas de cateterismo con el conductor de Maissonneuve, sin resultado: al día siguiente apareció una extensa infiltración urinosa á

consecuencia de la cual se gangrenaron los tegumentos de la verga y gran parte del escroto. Cuando la gran ulceración principiaba á cicatrizar apareció una pleuresia izquierda con derrame ser-purulento.

*Operación.* –Resección sub-perióstica de 1 costilla en una extensión de 6 centímetros, abertura y lavado de la cavidad pleural y sutura de la herida cutánea dejando un dren. La supuración por el dren fue abundante, por lo cual se le hicieron varios lavados pleurales con cloruro de zinc al 1/300. Cuando abandonó el Hospital, había disminuído mucho la supuración.

3ª. (1889). Inédita. Resección de la extremidad superior del fémur. Cirujanos, Dres. Londoño, R. Zea y F. A. Uribe M.

X., niña de 13 años. Se dió un golpe en la cadera a consecuencia de cual quedó claudicando, vino fiebre y apareció un fuerte dolor acompañado de pastosidad en la periferia de la articulación coxo-femoral. Pocos días después vino el cortejo sintomático de una coxalgia y se notó que el tercio superior del femur estaba interesado.

*Operación.* –Hecha en 2 sesiones: en la 1ª se resecó un pedazo del fémur que comprendió el gran trocánter y se pusieron inyecciones de cloruro de zinc; quedaron varias fistulas, y á los pocos días se encontró una gran colección purulenta, por lo cual se procedió á desarticular el hueso y á hacer una resección sub-perióstica de su tercio superior. La herida se suturó dejando un dren.

Quedaron 2 fistulas que después de supurar algunos días, cicatrizaron.

*A la palpación se nota dureza ósea al nivel de la región operada.*

4ª. (1892). Inédita. Resección de varios huesos de la cara. Cirujanos, Dres. L. Hincapié G., M. Uribe A., J. C. Alvarez y R. Zea.

X, 24 años. Tenía una gran osteo-sarcoma del maxilar superior izquierdo y de los huesos limítrofes, que por su parte interna obstruía casi por completo la fosa nasal correspondiente y la garganta.

*Operación.* –Se resecaron: todos el maxilar superior izquierdo, parte del derecho, los huesos nasales, parte de la apófisis zigomática izquierda, el malar y los cornetes.

La operación dió éxito completo.

5ª. (1898). Inédita. Resección total del maxilar superior derecho. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, mujer de 17 años. Hacía 2 que sentía dolor y fastidio al nivel del maxilar superior y que había notado un levantamiento que crecía de día en día en la misma región. Al examen se encontró un tumor del maxilar de apariencia sarcomatosa que ocupaba el antro de Higmore, que había adelgazado notablemente las paredes

anterior y posterior y que principiaba á afectar la pared superior; el pómulo estaba levantado, la mejilla deformada y el surco naso-geniano borrado, la bóveda palatina deprimida, los dientes irregulares y levantados, la fosa nasal correspondiente estrechada; del lado del ojo no había nada.

*Operación.* –Se tapó con un algodón la fosa nasal correspondiente para evitar que la sangre penetrara el las vías aéreas. Se empleó el procedimiento de Gensoul modificado así: la incisión de los tegumentos se detuvo al nivel del extremo inferior del surco naso-genio, luégo se disecó el colgajo triangular así formado, se desprendió el periosto de la órbita, se seccionó el malar y después de hizo lo mismo con la apófisis montante; luego se terminó la incisión de los tegumentos, &c. &c.

El resultado fue inmejorable.

6ª. (1898). Resección total del maxilar superior. Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X. niño de 12 años –hermano de la enferma anterior –Tenía un sarcoma del maxilar superior izquierdo con la misma sintomatología del tumor anterior. Se le hizo la misma operación con igual resultado.

7ª. (1897). Inédita. Resección total del radio. Cirujanos, Dres. Montoya y F. y B. Ochoa.

X, 20 años. Vino al Hospital con una *tumefacción* de la parte externa del antebrazo, que había supurado varias veces. Al examen se notó que todo el radio estaba alternado y que le quedaban 2 fistulas por las que salía un pus de origen óseo. Se le diagnosticó osteomielitis de los adolescentes.

*Operación.* –Por una incisión hecha en la cara externa del antebrazo se le extrajo el radio íntegro. La cavidad que dejó el hueso se rellenó con gasa; se pusieron suturas y una curación apropiada.

La herida sanó por primera intención y las dos fistulas que dejó la gasa estaban casi cicatrizadas el día que el enfermo salió del Hospital.

## RECTOTOMIA

(1891). Inédita. Cirujanos. Dres. Hincapié G., Quevedo, F. Arango y R. Zea.

X, 50 años. Sufría del recto hacía 20 años. Tenía fenómenos dispépticos, meteorismo marcado, el enflaquecimiento era extremo y gastaba 3 ó 4 horas para evacuar. La exploración rectal era difícilísima, pues estando el enfermo completamente anestesiado, no se le pudo introducir por el ano sino el dedo pequeño.

*Operación.* –Con el termocauterío se cortaron el esfínter externo y todos los músculos hasta la punta del coecix, luego se hicieron las rectotomías anterior, posterior y laterales, y finalmente se raspó completamente toda la mucosa esclerosada.

El éxito fue superior á lo que se esperaba, pues el enfermo está hoy completamente curado.

## TRAQUEOTOMIAS

### OBSERVACIONES

1ª. (1896). Cirujanos, Dres. Londoño, F. Arango y C. Mejía.

Un niño sano comiendo cañafistula dio un traspies y al llorar, un grano que tenía en la boca desapareció é inmediatamente vino un acceso de sofocación que calmó, pero que instantes después se repitió varias veces, amenazando la vida del niño.

A la auscultación se confirmó el diagnóstico de cuerpo extraño en la tráquea.

*Operación.* –Abierta la tráquea, al tratar de coger el cuerpo extraño atravesó la glotis y salió por la boca. A la media hora quiso llorar el niño y el aire penetró con tal fuerza que el tejido celular, que si el médico no quita las suturas, probablemente habría muerto asfixiado. Al día siguiente se cerró la herida con serrafinas que se reemplazaron 36 horas después con bandas de espadadrupo. La herida cicatrizó, quedando completamente bueno el enfermito.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

2ª. (1897). Cirujanos, Dres. Mauro Giraldo y Maldonado.

Un niño de 5 años, comiendo guamas, tuvo un acceso de sofocación seguido de varios quintos de tos. El niño estuvo muy bien durante los 5 días siguientes, y al 6º hubo fiebre y reapareció la tos. Dos médicos que lo vieron diagnosticaron el uno bronquitis y el otro bronconeumonía y lo trataron durante algún tiempo.

A los 20 días que lo examinó el Dr. Giraldo, encontró: fiebre constante con remisiones cortas, enflaquecimiento, tos frecuente, estertores ruidosos á distancia, cornage, tirage, sonoridad de todo el pecho y disminución del murmullo vesicular en el pulmón izquierdo.

En un espacio cuadrilátero, debajo de la clavícula hacia la articulación condrocostal de la 2ª costilla izquierda pasaban todos los síntomas mórbidos. Aplicando la pulpa de los dedos se sentía vibrar algo extraño, auscultando se oía un estertor sonoro de baja tonalidad, y comparando con el lado opuesto se



obtenía la seguridad de que el aire luchaba con un obstáculo. Diagnosticóse: cuerpo extraño en el bronquio izquierdo.

*Operación.* –Abierta la tráquea se comprobó con una cureta el diagnóstico; en un acceso de tos se presentó en la herida el cuerpo extraño –después de haberlo movilizado con la pinza de Collin. –pero en la inspiración siguiente cayó otra vez al bronquio, del cual se extrajo con un gancho. El niño quedó sano.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

## NEURORRAFIA

(1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 32 años, presidiario. Recibió –hace 11 años –una herida que interesó el nervio cubital en todo su espesor: perdió la sensibilidad de la región de la mano animada por este nervio, y los músculos correspondientes se paralizaron y se atrofiaron.

*Operación.* –Se hizo la sutura de las dos extremidades del nervio y se suturó la piel. La herida sanó *per primam*.

La sensibilidad volvió, pero en la cara interna de la 1ª falange del auricular hay hipoestesia y cerca del borde interno de la región palmar hay hiperestesia. La parálisis y la amiotrofia persisten.

---

## NOTA

Entre las operaciones importantes que no publico, citaré: una ovariectomía hecha en 1898 con buen resultado; una laparotomía para oclusión intestinal, también de este año, con curación; una laparotomía exploradora con mejoría; una histerectomía abdominal con muerte, y una keloctomía con curación. Estas observaciones, no figuran en mi tesis, á pesar de haber hecho cuanto me ha sido posible, porque los Cirujanos *no han querido* suministrarme los datos.

El Dr. Mauro Giraldo ha tenido la amabilidad de ofrecerme varias observaciones, de las cuales recuerdo en este momento: una histero-ovariotomía, una enucleación de un fibro-mioma, una extirpación de un fibroma poliposo *in extremis* y en estado puerperal, una pleurotomía y una ketotomía.

Siento profundamente que la premura del tiempo no me permita publicárselas y le doy mil gracias por su galantería.

La 1ª observación de trepanación la publico tal como me la dió el Dr. Tomás Quevedo.

---

## CONCLUSIONES

De las operaciones precendentes se han hecho en el Hospital:

3 histerectomías abdominales, con 2 curaciones.

14 íd. vaginales, con curación.

2 ovariectomías, con curación.

3 curaciones radicales de hernia, con curación.

1 laparatomía para tuberculosis, con curación aparente?

1 histeropexia.

2 resecciones del maxilar superior, con curación.

1 resección del radio, con curación.

1 resección de 3 costillas, con curación.

1 resección de 1 costilla, con mejoría.

5 trepanaciones, con 2 curaciones.

A consecuencia de la operación, no ha muerto sino un enfermo.

Las 4 histerectomías abdominales *totales con pedículo intrapertoneal* que figuran en esta tesis, son las primeras en Antioquia.

Creo, pues, que la cirugía está mejor servida en Antioquia y sobre todo en el Hospital de Medellín, que en el resto de la República: se opera con más frecuencia y con mejor resultado. Esto se debe: á la habilidad de nuestros cirujanos, que es proverbial en Colombia, á la latitud y á la altura, á la pureza de la atmósfera y á *las mejores condiciones higiénicas del Hospital San José de Dios de Medellín.*

Hablaré brevemente de las operaciones más importantes.

La histerectomía abdominal es una operación excesivamente grave, muy larga, difícilísima, que requiere de parte del cirujano grandes conocimientos y que está *contraindicada* cuando hay muchas adherencias ó cuando éstas son muy resistentes, lo que desgraciadamente se ignora muy á menudo hasta que se ha abierto el abdomen.

La histerectomía vaginal no requiere mucha habilidad, se hace generalmente en pocos minutos y casi siempre cura los enfermos.

La tuberculosis peritoneal cuando no se cura, mejora mucho con la exposición al aire del órgano enfermo.

La laparotomía exploradora debe entrar de lleno en nuestra práctica, con mayor razón ahora que hemos visto neoplasmas inoperables disminuir de volumen con esta operación tan sencilla.

La laparotomía en casos de oclusión intestinal, es salvadora cuando se hace pronto. "Raras veces tiene uno que arrepentirse de haberla practicado; pero se arrepiente á menudo de no haberlo hecho ó de haberla practicado demasiado tarde".

Estas palabras de Dieulafoy se aplican con tanta exactitud á la laparotomía lateral en la apendicitis, como á la operación anterior.

La curación radical de hernias merece el nombre que lleva.

A pesar de tener muy pocas observaciones de trepanación, me atrevo á concluir: 1ª que en casos de epilepsia jacksoniana por compresión cerebral de origen óseo de casi siempre éxito completo la operación y es benigna; 2º que cuando se ha diagnosticado tumor cerebral, el éxito terapéutico es más problemático y la intervención más grave; 3º que la epilepsia esencial no es indicación absoluta de esta operación; 4º que en lo que han dado algunos en llamar epilepsia larvada, no está autorizado el cirujano para intervenir con una operación que puede costarle la vida al enfermo y que ni siquiera lo mejora.

La resección de los canales deferentes, como medio terapéutico, merece estudiarse más.

Llamo especialmente la atención sobre las histerectomías abdominales, la ligadura de la arteria iliaca externa y el cateterismo retrógrado del uretero. No tengo conocimiento de que en Colombia se hayan hecho con tan buen resultado operaciones semejantes, exceptuando otra ligadura de la arteria iliaca externa que hizo en Manizales uno de nuestros grandes cirujanos, el Dr. Tomás Henao.

Termino, señores, diciendo que en Medellín se opera siempre que los enfermos lo permitan y siempre que la intervención quirúrgica está indicada.

Imprimase.

J. V. MALDONADO