

Cómo estudiar Clínica Quirúrgica y Patología Externa.

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR

RAFAEL ALVAREZ BARILLAS

Ex-Interno de los Servicios: Segundo de Medicina y Cirugía de Mujeres; Ginecología y Laboratorio Bacteriológico del Hospital General. — De los de Oficiales y Enfermedades Venéreas del Hospital Militar. Ex-Cirujano Militar en la Frontera Occidental de la República (1919.) — Ex-Secretario y Vice-Presidente de la Sociedad Científica "La Juventud Médica"

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

MAYO DE 1924

GUATEMALA, C. A.

IMPRESO EN LOS TALLERES SÁNCHEZ & DE GUISE

8ª Avenida Sur, N° 24.

INTRODUCCION

El estudiante que gana el segundo año e ingresa al Hospital General para dar comienzo a estudios y prácticas de Patología Externa Primer Curso y Clínica Quirúrgica Primer Curso, se encuentra desorientado para emprenderlos y, regularmente, pasa algunos meses haciendo ensayos antes de decidirse a seguir el rumbo que mejores resultados ha de proporcionarle. La organización actual de los estudios médico-quirúrgicos, el tiempo legal que debe dedicarse a las prácticas y cierto desdén lamentable, pero forzoso con que los Profesores y Jefes del Hospital ven la iniciación de los nuevos estudiantes, proporcionan a estos una grave pérdida de tiempo y la adquisición de conocimientos empíricos o errados.

¡Cuando el estudiante pasa de la Escuela al Hospital, debiera ser recibido por profesores especializados que lo tomaran a su cargo para conducirlo fructuosamente en el laberinto que para él constituyen los primeros estudios que debe hacer a la cabecera del enfermo. Conocidas son de todos estas dificultades, por hoy, irremediables. En la conciencia de todos está que no es posible modificar planes de estudio que ya existen y condiciones de vida a que deben sujetarse los que son llamados a velar por los primeros pasos de los estudiantes. Por eso no he de pedir en este trabajo que se modifiquen leyes y se voten sueldos fabulosos que permitan a los profesores dedicarse de lleno a la enseñanza. Debemos contentarnos con lo existente. El tiempo, la evolución de nuestra Patria, llegarán un día al grado que permita que la enseñanza sea entre nosotros ideal. Por hoy, limitémonos a hacer lo que esté a nuestro alcance: ayude cada cual a la juventud en el radio de sus posibilidades.

Es una verdad indiscutible que el buen médico (o cirujano) debe saber y estar habituado a examinar correctamente a los enfermos. ¡Pasaron ya los tiempos en los que el médico hacía gala de su buen "ojo clínico," es decir, aquellos tiempos, por fortuna ya lejanos, en los que el médico, parado al frente de la cama del enfermo y talvez sin siquiera percibirle el pulso, decía enfáticamente y con una seguridad de roca el diagnóstico inamovi-

ble de la enfermedad que aquejaba al pobre paciente. Hoy vamos sacudiéndonos de ese error capital, el pueblo es más ilustrado, la ciencia actual es puramente experimental, la observación se impone; hoy no es sabio el que diagnostica a quema ropa; hoy es buen médico el que diagnostica a buen tiempo y para eso es necesario observar, examinar meticulosamente a los enfermos; ningún detalle, por insignificante que a nosotros mismos llegara a parecernos, es despreciable en el momento de hacer el diagnóstico.

Y es razonable que ese hábito de examinar a los enfermos no se adquiriera simplemente con la asistencia de tres o cuatro años al Hospital y con la lectura de muchos libros; ni tampoco que se adquiriera si el estudiante se limita a seguir al Jefe de Clínica en los rápidos momentos que dedica a pasar visita o si se atiende a las escasas explicaciones que ha de recibir de sus maestros: sé bien que es la época en que nos ha tocado vivir la culpable.

En casi todos los exámenes generales privados que se efectúan en nuestra Escuela, se hace ver a los candidatos que el examen practicado en los enfermos ha sido deficiente, lo cual es prueba evidente de que los estudiantes no aprenden a examinar a los enfermos correctamente. Desde la época en que el Doctor Julián Rosal fué Decano de nuestra Escuela hasta el presente, viénesse observando esta falta de juicioso examen; parece que perduraran los vicios de antaño, que se siguieran las enseñanzas de otrora, que los esfuerzos del citado Doctor Rosal, del Doctor Rodolfo Robles y de tres o cuatro jóvenes más, hubieran sido infructuosos. Pero, viéndolo bien, no sucede así, hay varios médicos jóvenes que reconocen deber sus triunfos en la clientela particular, al buen examen clínico.

En toda época los hombres han tenido que ejercitarse en algunas prácticas que le han hecho adquirir cualidades propias, particulares, para adiestrarse en la lucha por la vida. El que desea llegar a ser un pianista, está obligado a adquirir cierta agilidad y destreza en los diez dedos de sus manos; el que desea llegar a ser un buen sastre debe aprender a manejar hábil y correctamente aguja y tijeras; así el médico está obligado a adquirir cualidades que lo pongan a la altura de sus compañeros, v. gr. como el saber auscultar un pulmón o un corazón; para aprender esto necesita practicar conforme a las reglas clásicas, por tiempo más o menos largo, según sus disposiciones particulares. Hay un profesor de Clínica que aconseja siempre a sus alumnos que no dejen pasar día sin oír el corazón y los pulmones de los enfermos, por lo menos, y garantiza que "al cabo del tiempo" se aprende a diferenciar los estados patológicos del estado normal. Los médicos antiguos eran muy hábiles en cuanto a auscultación y percusión, y lo foma-

de aquellos hombres de su época, perdura hasta nuestros días. Hoy el médico debe adquirir una cualidad, si es que así puede llamarse, sumamente delicada y sumamente importante, pues es la que ha de hacer de él un buen o un mal médico. Esa cualidad es la observación. Hoy es útil en un diagnóstico conocer la mayor cantidad de datos y detalles que se refieran al enfermo. Se sorprende un síntoma en la cadencia de la voz, como en el color de la piel.

El médico debe habituarse a observar y a interpretar los más mínimos detalles, debe saber recoger todas las impresiones que sus sentidos puedan percibir; no hay detalle despreciable, porque cada detalle puede ser un síntoma, una luz, un guía, que alivia el camino del diagnóstico. Esto es muy fácil de comprender, fácil también de escribir; pero sumamente difícil de adquirir. Es solo a fuerza de constante dedicación, de torturas, de molestias, de mucho empeño que llega el estudiante a vencer las dificultades que la creación de esta nueva naturaleza le exige la ciencia moderna, la medicina actual. No debieran ser médicos aquellos que no tienen la difícil cualidad de observar. No es tan fácil aprender a interpretar los signos y síntomas sorprendidos a los enfermos, como aprender a sorprender estos signos y síntomas. Todo estudiante que, por primera vez, llega al Hospital debe saber que su vida, desde ese momento, va a transcurrir a la cabecera de los enfermos, que sus conocimientos van a ser adquiridos allí, en las lúgubres salas del Hospital, en largas vigiliias, en las que sus sentidos deberán estar alertas a toda anormalidad y aptos para un ejercicio constante de sorpresa e interpretación. Ciertamente tendrá maestros, compañeros y libros y que estos serán amigos de él, que le ayudarán en muchos casos a salir adelante; pero no debe olvidar que ni maestros, compañeros ni libros le harán ser buen médico: será tan sólo la voluntad y el esfuerzo los que, a costa de privaciones al lado del enfermo, harán que sus sueños de juventud se transformen en realidades.

Para aprender a observar debe seguirse método, ir de lo fácil a lo difícil, de lo simple a lo complicado, de lo elemental a lo superior. Intentaremos en las páginas siguientes marcar el método que nos parece adecuado para que el estudiante siga con fruto sus estudios.

LO QUE EL ESTUDIANTE DEBE SABER AL LLEGAR AL HOSPITAL

Antes de enfrascarse en las novedades que ha de encontrar en el Hospital, el estudiante, a más de los conocimientos adquiridos en sus dos primeros años de estudio, debe haber estudiado teóricamente lo siguiente:

- 1.—La infección en general. Inflamación.
- 2.—Algunos capítulos más de Patología Externa que se refieren al pus, abscesos calientes y fríos, flegmones, septicemia y piohemia.
- 3.—Consideraciones generales sobre antisepsia y asepsia.
- 4.—Materiales y objetos usados para las curaciones (gasa, algodón, vendas, esparadrapos, hilos de sutura, drenajes, compresas, irrigadores, pulverizadores, etc.)
- 5.—Procedimientos de antisepsia y asepsia.
 - a).—Antisépticos químicos.
 - b).—Esterilización por los procedimientos físicos. Calor. Autoclaves, estufas.
- 6.—Técnica general de las curaciones.
 - a).—Tintura de yodo.
 - b).—Alcohol.
 - c).—Antisepsia y asepsia preventivas.
 - Desinfección de las manos; guantes.
 - Esterilización del agua y de las soluciones.
 - Esterilización de los instrumentos.
 - Esterilización de los materiales de curación.
 - Desinfección del enfermo y del campo operatorio.
 - d).—Antisepsia y asepsia durante las curaciones y operaciones.
 - e).—Aplicación de las curaciones.
 - f).—Renovación de las curaciones.
- 7.—Técnica especial de las curaciones.
 - a).—Curación seca.
 - b).—Curación húmeda.
- 8.—Vendajes.
 - a).—Reglas generales.
 - b).—Clasificación.
 - c).—Vendajes simples.
 - d).—Manera de preparar las vendas.
 - e).—Manera de enrollarlas.
 - f).—Manera de aplicarlas.
 - g).—Manera de quitarlas.

Con estos conocimientos escasos, puede el estudiante llegar al Hospital sin temor de cometer imprudencias. Los encontrará, del 1 al 2, en cualquier texto de Patología Externa, v. gr. Forgue y, del 3 al 7, en la Pequeña Cirugía de P. Chavasse o Tuffier.

Una vez en posesión de estos conocimientos, el estudiante ingresará a uno de los servicios de Cirugía del Hospital General. El Practicante Interno del Servicio o el Cirujano Suplente (si lo hubiere) es el encargado de vigilar sus primeros pasos. Se le designarán dos o tres camas, buscando siempre que los enfermos que han de estar a su cuidado no sean delicados. El Interno verá o mejor dicho, enseñará al nuevo camarada a lavarse las manos, a manejar los instrumentos que han de servirle para las primeras curaciones, a quitar y poner vendajes, corrigiendo la falta más leve que aquel cometiere, especialmente en lo relativo a antisepsia y asepsia. El nuevo estudiante no debe preocuparse aun de examinar a sus enfermos; debe empezar a trabajar mecánicamente, guiado por el interno. Pronto irán siendo habituales para él, el dolor de los pacientes y el tecnicismo usado por cirujanos y por sus compañeros superiores en estudios. Un consejo útil en estos momentos es que el estudiante no debe hacer cosa alguna que antes no hubiere leído en sus libros; debe buscar en ellos, o interrogar a sus compañeros, acerca de una multitud de dudas que le asaltarán y de muchas cosas que irán sorprendiéndole. Mientras tanto, no abandonará sus estudios teóricos de Patología General, Patología Externa y Clínica Quirúrgica. Pasará así algunas semanas, talvez cuatro o cinco durante las cuales, a más de hacer lo apuntado anteriormente, debe seguir al Interno o al Cirujano Suplente cuando examine a un enfermo nuevo.

No será, sino cuando el Interno lo crea conveniente, que se aventurará a examinar a su primer enfermo, para lo que requerirá la presencia del Practicante Interno, quien deberá dejarlo obrar con toda libertad, siempre que no hiciere algo que pudiera hacer sufrir al enfermo.

COMO SE EXAMINA A UN ENFERMO DE CIRUGIA MANERA DE HACER UNA OBSERVACION

Para que la explicación sea más fácilmente comprensible, uniremos a nuestra descripción un ejemplo que seguiremos hasta el final. Supongamos que el interno indicó la conveniencia de examinar a un enfermo que presenta "una tumefacción en el cuello."

¿Qué hace el nuevo estudiante? ¿Por dónde empieza?

Provisto de lápiz y un pequeño cuaderno de bolsillo (por ser más portátil), se acerca a uno de los costados laterales de la cama

del enfermo y da comienzo al interrogatorio, del que anōtará todos los datos necesarios, procurando siempre que el enfermo no se pierda en relatos insustanciales y explicaciones más o menos ilógicas, que no solo no aprovechan, sino que significan una lastimosa pérdida de tiempo.

Se abordará al enfermo con una de las clásicas preguntas. ¿“Qué viene Usted a curarse?” “¿Qué le sucede?” ¿“Qué le pasa?” Muchas veces estas palabras, pronunciadas con suavidad, con finura, hacen que el enfermo tome cierta confianza, muy necesaria para que el examen sea perfecto. La respuesta es guardada en la memoria para ser anotada a su debido tiempo. Inmediatamente se dará curso a una serie de preguntas que se especifican en los cuadros siguientes:

Número de orden.

A.—Datos generales. (1)

- 1.—Nombre del enfermo.
- 2.—Sexo.
- 3.—Edad.
- 4.—Lugar de nacimiento.
- 5.—Lugar de residencia (especificando el tiempo).
- 6.—Oficio o profesión.
- 7.—Estado (casado, soltero, viudo, en el sentido patológico)
- 8.—Lugar y fecha en que se practica el examen.
- 9.—Lo que va a curarse. (Aquí se escribirá textualmente la respuesta del enfermo a la primera pregunta, teniendo cuidado de encerrar las palabras textuales entre comillas).

B.—Antecedentes hereditarios.

- 1.—Padre.
- 2.—Madre.
- 3.—Abuelos.

(De cada uno de ellos débese investigar la edad que tienen o la que tenían en el momento de su muerte; la enfermedad que hubiere causado ésta o la o las que hubieren padecido durante su vida. En lo que se refiere a abortos débese tener gran cuidado en la investigación).

(1) Algunos opinan que los Datos Generales, Antecedentes Hereditarios, Colaterales y Personales, deben escribirse después de conocer la Historia de la Enfermedad y el Estado actual del enfermo. En la práctica regularmente se hace así para facilitar y aligerar el examen y también para guiar el interrogatorio acerca de antecedentes de acuerdo con la enfermedad actual. Pero para que el nuevo estudiante se habitúe, creemos que no debe alterarse el orden clásico.

C.—Antecedentes colaterales.

- 1.—Hermanos.
- 2.—Hermanas.
- 3.—Otros parientes consanguíneos.

D.—Antecedentes Personales.

Historia del pasado patológico del enfermo desde su nacimiento hasta el momento en que se presume haber empezado la enfermedad que le aqueja (Enfermedades, hábitos, vicios, número de hijos, etc.)

E.—Historia de la enfermedad y estado actual.

- 1.—Precisar, lo más exactamente posible, el momento en que la enfermedad ha dado comienzo, haciendo que el enfermo recuerde del último día en que se sintió sano.
- 2.—Anotar cuál fué el primer síntoma que hirió los sentidos del enfermo y los que fueron apareciendo después.
- 3.—El proceso de este primer síntoma y el de los demás, teniendo cuidado de conservar el orden cronológico más riguroso.
- 4.—Referir lo que el enfermo siente en el momento de redactar la observación.

F.—Examen de la región enferma.

Todo lo anormal que hiera los sentidos del observador debe ser anotado cuidadosamente aquí. El detalle más insignificante, el matiz más ténue, la prominencia más leve, la más insignificante depresión o levantamiento, el olor, la semejanza, etc., deben ser consignados. En esta parte no puede formularse reglas que guíen al estudiante. Es la práctica, el ejercicio, quien va a indicarle su conducta, siempre recordando que deberá ir de lo simple a lo complejo.

G.—Examen general del enfermo.

Todos los aparatos y sistemas (cardio-vascular, de la respiración digestivo, renal, nervioso, óseo, ganglionar, piel, etc., etc.) deberán ser meticulosamente explorados para anotar, siguiendo siempre un orden, todo aquello que aparezca como anormal. (1)

(1) Sería imposible que el estudiante que llega al Hospital pudiera hacer este examen con la precisión necesaria, tanto por falta de práctica, cuanto por falta de conocimientos para ello, y, si fuéramos a exigirselo, deberíamos esperar a que hiciera largos estudios de Patología Interna y Clínica Médica. Así es que, para efectuarlo, debe asesorarse del Interno del Cirujano Suplente o de algún compañero de años superiores. Lo que no quiere decir que le esté vedado el explorar los diversos órganos de sus enfermos; muy por el contrario, debe fijarse en lo que hace el superior para aprender a hacerlo él y auscultar, percudir, tocar, oír todo lo que se le indique como anormal para que, al abordar estudios superiores, de los que no podemos ocuparnos ahora, tenga ya algunos conocimientos y práctica.

Llegando a esta parte de la observación y siguiendo la del enfermo que hemos tomado por ejemplo, tendríamos escrito ⁽¹⁾ lo siguiente:

OBSERVACION NUMERO 1

A.—Datos Generales.

- 1.—N. N.
- 2.—Hombre.
- 3.—De 32 años de edad.
- 4.—Originario de Guatemala.
- 5.—Ha vivido cuatro años en Escuintla y los últimos cinco en Guatemala.
- 6.—Empleado de almacén.
- 7.—Viudo.
- 8.—Ingresa al Primer Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General el día 1.º de Febrero de 1924, siendo examinado el 4 del mismo mes.
- 9.—Viene a curarse de “una bola que le ha aparecido en el cuello,” lado derecho. ⁽²⁾

B.—Antecedentes Hereditarios.

- 1.—Dice no haber conocido a su padre y no tener datos acerca de las enfermedades de que padeciera.
- 2.—La madre vive, tiene 64 años de edad, aún se conserva fuerte; ha sufrido de paludismo y de accesos reumáticos. Tuvo un aborto por causa que el enfermo desconoce.
- 3.—No da más datos.

C.—Antecedentes Colaterales.

- 1.—Tiene un hermano que es sano, es mayor que él.
- 2.—Y dos hermanas, casadas; una sana y otra que padece de “ataques” que según el decir de los médicos que la han visto, son “epilépticos.”
- 3.—No da más datos.

D.—Antecedentes Personales.

En su niñez tuvo sarampión, tos ferina y difteria. A la edad de once años tuvo paperas. A los 19, blenorragia que se curó él mismo con lavados de permanganato. A los 21 tuvo una “llagueta” en el glande, era supurante, poco dolorosa, sangraba muy poco y curó “en pocos días” con unos polvos que le vendieron en una farmacia. Esta lesión le apareció aproximadamente ocho días después de un coito. Durante la última epidemia, tuvo grippe fuerte.

(1) Para comodidad de los que se sirvan de este trabajo al lado del enfermo, escribimos la observación del enfermo—ejemplo, con letra pequeña.

(2) Para comodidad del lector hemos inscrito los datos que da el enfermo en forma de tabla y con sus números al margen; pero en la práctica se escriben a renglón seguido y sin numeración.

A raíz de su llegada a Escuintla fué sorprendido por fuertes fríos seguidos de calenturas. Le pusieron inyecciones de quinina y sanó. Es fumador moderado.

E.—Historia de la enfermedad y estado actual.

Refiere el enfermo que “aproximadamente” a mediados del mes de Septiembre del año próximo pasado, es decir, hace cuatro meses y medio, observó que en la región lateral derecha del cuello le “había aparecido” una pequeña “bolita,” movible, indolora. Esta “bolita” fué creciendo insensiblemente hasta adquirir el tamaño que hoy tiene. No siente dolor alguno ni ningún trastorno.

Actualmente no siente molestia alguna y si llegó al Hospital fué por recomendación de un médico que le indicó la necesidad de ponerse en curación.

F.—Examen de la región enferma.

En la región lateral derecha del cuello se observa una tumefacción ovóidea, situada al nivel del borde interno del músculo esternocleidomastoideo, siguiendo la dirección del borde de este músculo; diez centímetros de largo por cinco de ancho.

La piel conserva su coloración normal, es movible sobre la superficie de la tumefacción. Esta superficie se siente irregular, como formada por varios nódulos, entre los cuales se puede notar uno superior arredondeado de tres centímetros de circunferencia y uno inferior e interno de seis centímetros de largo por tres y medio a cuatro de ancho. Al tacto dan la sensación de cuerpos renitentes.

G.—Examen general del enfermo.

Piel.—En la piel del tórax y espalda se observan pequeñas despigmentaciones en forma de coma, aproximadamente de medio centímetro de largo por un cuarto de centímetro de ancho que el enfermo atribuye a “piquetes de moscos.” En la piel que recubre el glande, cerca del surco balano-prepucial existe una pequeña mancha puntiforme de despigmentación, lisa y blanda, que denota ser el sitio en que el enfermo tuvo la ulceración que refirió en el interrogatorio.

Ganglio.—En la región lateral izquierda del cuello se sienten los ganglios regionales aumentados de volumen, son pequeños, movibles, indoloros y duros. También se observan ganglios con iguales caracteres en la nuca, en ambas ingles y el epitrocleano derecho.

El bazo está ligeramente aumentado de volumen y la porción descendente del colon ligeramente dolorosa a la presión.

Aparentemente la observación está terminada y hay muchos estudiantes que, al llegar a este punto, creen concluido el trabajo; solo esperan que el Cirujano formule su diagnóstico, el cual lo

escriben al pie para remate de su trabajo. Si esto fuera todo, la redacción de observaciones no tendría gran importancia, ya que antes de ayudar al estudiante le serviría tan solo para perder un tiempo precioso escribiendo una larga historia sin mayor interés para él.

Precisamente al llegar a este punto es en donde empieza el estudio concienzudo y de provecho; no a la cabecera del enfermo, sino en el gabinete de estudios; consultando los libros de texto, los que, haciendo un papel de mentores, van a indicar al estudiante si su trabajo ha sido bueno o malo y van a enseñarlo a observar, objetivo capital de las observaciones escritas.

¿COMO ESTUDIAR PATOLOGIA EXTERNA Y CLINICA QUIRURGICA?

Llamamos especialmente la atención de los jóvenes estudiantes acerca de este capítulo, por ser sumamente interesante para ellos, ya que en él trataremos de poner en relieve las innegables ventajas que tienen las observaciones escritas. Siguiendo el curso del enfermo que hemos examinado, se podrá ver la importancia que tiene el estudio de los signos y síntomas, estudio previo al diagnóstico. Indudablemente pecaremos de áridos; pero queremos que todo aquel que nos lea, comprenda claramente la manera de hacer un diagnóstico deduciéndolo de los datos anotados en la observación.

Decíamos que, al llegar a este punto del trabajo, el estudiante debe proseguir en su cuarto de estudios. Empezará releendo lo escrito y tratando de formular su diagnóstico positivo; para lo cual subrayará los signos y los síntomas que van a serle útiles o los anotará en forma de tabla como hacemos a continuación:

tumefacción situada al nivel del cuello
región ganglionar
movible
dura
indolente a la presión
evolución de cuatro meses y medio
formada por dos nódulos separados
piel normal.

Como al novel estudiante le sería difícil formular un diagnóstico positivo, por no tener suficientes conocimientos para ello, creemos prudente aconsejarle que antes estudie las afecciones entre las que pueda contarse la padecida por el enfermo. Para esto deberá usar de un manual de diagnóstico quirúrgico (nosotros recomendamos el de Duplay, Rochard y Demoulin) porque en

ellos se encuentra un resumen de las diversas afecciones propias a cada región y después estudiando cada una de estas afecciones en el texto de Patología Externa. Anotando en forma de lista las afecciones del cuello, tenemos:

Adenitis aguda
Adenitis crónica
Adenitis sifilítica
Adenitis tuberculosa
Linfoadenoma
Lifosarcoma
Branquioma maligno
Lipoma (difuso o encapsulado).

Ahora estudiando cada una de estas afecciones y anotando los síntomas propios tendremos:

Adenitis aguda.

Tumefacción de un ganglio o de un grupo de ganglios
ganglios pequeños, arredondados, regulares, duros, rodando
bajo el dedo sin adherencias
dolor espontáneo y provocado
periadenitis
la piel se enrojece y edematiza
aparece la fluctuación
se abre por ulceración.

Adenitis crónica.

Aumento de volumen
poca periadenitis
movible
duro
indolente a la presión
piel normal
evolución hasta de varios años.

Adenitis sifilítica.

Adenitis primaria
pléyade ganglionar
ganglio anatómico
duros
movibles
indolentes
no supura.

Adenitis secundaria
generalizada
duros
ruedan bajo el dedo
indolentes
no supuran.

Adenitis terciaria
varios ganglios
forman una masa
adherentes a la piel
se ulceran y fistulizan.

Adenitis tuberculosa.

Frecuencia
niños
adolescentes

Etiología
higiene defectuosa
herencia
tuberculosa
alcohólica
sifilítica
agotamiento.

Síntomas
uno o varios ganglios
indolentes
del tamaño de un huevo de gallina o de paloma
aislados
movibles
piel sana
sin periadenitis
o periadenitis
multiganglionar
fluctuante
piel roja y ulcerada
fístula
pus seroso, verdoso, "mal ligado"
desprendimientos cutáneos
dejan cicatriz estrellada queloidiana.

Linfoadenoma leucémico.

Hipertrofia enorme (ganglios cervicales, axilares, mediastínicos, inguinales)
hay cierta movilidad
bazo aumentado de volumen

Palidez.—Anemia
hemorragias (gingivales, nasales)
100,000 a 900,000 glóbulos blancos
linfocitosis (90 a 99 %).

Linfoadenoma aleucémico.

indolentes
independientes
movibles
blandos
elásticos
no supuran ni se ulceran
bazo aumentado de volumen
anemia
forma leucocitaria normal.

Linfosarcoma.

Aumento rápido de volumen
inmóvil
duro o blando
mamelonado
piel roja, ulcerada, adherente.

Branquioma maligno.

tardío (50 años)
vecindad del hueso hioides
se difunde rápidamente
adherente
invade la mitad lateral del cuello
la piel se ulcera tardíamente

Lipoma.

indolente
circunscrito
blando
piel normal
móvil
evolución muy lenta
lobulado.

Haciendo una comparación entre estos grupos de síntomas y los presentados por nuestro enfermo podemos hacer un **DIAGNOSTICO POSITIVO** de Linfadenoma aleucémico.

Es cierto que para sentar este diagnóstico necesitamos conocer la fórmula leucocitaria de nuestro enfermo; pero, al día siguiente, a nuestra llegada al Hospital, vemos que esta fórmula, encargada de antemano por el Cirujano del Servicio, es normal, lo que viene a comprobar, por un medio de laboratorio el diagnóstico que clínicamente hemos hecho.

Falta para concluir la observación, tan solo anotar diariamente el estado del enfermo y el tratamiento a que se somete.

En el caso que viene sirviéndonos de ejemplo, el Cirujano del Servicio, recordando el antecedente del chanero que sufrió el enfermo y teniendo en cuenta las pequeñas adenitis presentadas en la nuca, cuello izquierdo, ingles y epitrocleano, y manchas despigmentadas del tórax y espalda, instituyó el tratamiento de prueba siguiente:

Día 8 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 15 de neosalvarsán.

Día 9 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 10 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 11 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

En este día el enfermo asegura sentirse muy mejorado y, efectivamente, parece que la tumefacción del cuello hubiera disminuido de volumen.

Día 12 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 13 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 14 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 15 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 30 de neosalvarsán.

Día 16 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 17 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 18 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 19 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 01 de cianuro de mercurio.

Día 20 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 45 de neosalvarsán.

Del día 20 al 27 el enfermo no recibió tratamiento.

Día 28 de Febrero, inyección endovenosa de 0 gr. 60 de neosalvarsán.

La mejoría que pareció iniciarse después de las primeras inyecciones no continuó y, en tal virtud, el Cirujano del Servicio operó al enfermo el día 2 de Marzo extrayendo dos ganglios hipertrofiados, que estaban situados, el superior, al nivel del borde interno del músculo externo-cleido-mastoideo, inmediatamente abajo de la piel, tejido celular sub-cutáneo y aponeurosis. El segundo, de mayores dimensiones, situado más profundamente y adentro del mencionado músculo. Las piezas fueron enviadas al laboratorio para su examen anatómico-patológico.

La herida operatoria cicatrizó por primera intención y el enfermo abandonó el Hospital el día 13 de Marzo, sintiéndose perfectamente curado.

La manera de estudiar el diagnóstico, tal como le hemos presentado en el caso que nos ha servido de ejemplo en este trabajo, es la forma más eficaz para hacer el estudio de Patología Externa y Clínica Quirúrgica, materia que necesita gran fijeza en las ideas, mucho raciocinio y— más que todo— mucha memoria. Estudiar estas materias de una manera objetiva no es posible en nuestros hospitales. En otros lugares, en donde los maestros (individuos dedicados exclusivamente a la enseñanza) para enseñar esta materia, acumulan una serie de casos de la misma afección, demostrando prácticamente a los alumnos las diferencias que existen de enfermo a enfermo; en donde se cuenta con figuras en cera, grabados especialmente hechos para el aprendizaje, maniqués y muchas ventajas más, en esos lugares, decíamos, el estudio de la Patología Externa es posible de manera diferente a la propuesta por nosotros. Pero aquí, en donde no contamos más que con la pequeñez relativa de nuestros hospitales, aquí en donde el esfuerzo personal es lo único que alienta a los estudiantes, creemos que nuestro método es el más apropiado. Recuérdese que, por esa misma pequeñez relativa no puede reunirse en nuestros hospitales un número considerable de enfermos que sufran de la igual afección; estudiantes hay que, en el curso de su carrera, no han tenido ocasión de conocer una pústula maligna o una angina de Ludwig. Nuestro método obvia, en parte, esta pobreza; siguiéndolo, estudiando pacientemente a cada enfermo, tanto al borde de la cama como en el escritorio, escribiendo los síntomas presentados y los de las afecciones similares, se fijan las ideas, se concentra la atención fuertemente sobre cada afección, se habitúa a la investigación verdaderamente clínica y, al cabo de poco tiempo, se ha estudiado y aprendido los cursos con mucho provecho y también se ha desarrollado el sentido de la observación, una de las principales bases en que descansa la medicina actual.

CONCLUSIONES

- 1.^a—El mejor sistema para estudiar Clínica Quirúrgica y Patología Externa es haciendo observaciones clínicas escritas.
- 2.^a—Todo estudiante de Clínica Quirúrgica y de Patología Externa debe habituarse a hacer observaciones escritas.
- 3.^a—Desde su llegada al Hospital, debe el estudiante hacer observaciones clínicas escritas.
- 4.^a—Las observaciones clínicas escritas deberán hacerse siempre en el mismo orden.
- 5.^a—Se principiará de lo simple a lo complejo.

PROPOSICIONES

ANATOMÍA DESCRIPTIVA	Del maxilar inferior.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Condromas.
BACTERIOLOGÍA	Inoculación a los animales.
BOTÁNICA MÉDICA	A ^o ropa belladona
CLÍNICA QUIRÚRGICA	Pleurotomía.
CLÍNICA MÉDICA	Análisis de orina.
FÍSICA MÉDICA	Tensión superficial.
FARMACIA	Colirios.
FISIOLOGÍA	Función pancreática.
GINECOLOGÍA	Esterilidad.
HIGIENE	Papel del suelo en las enfermedades contagiosas.
HISTOLOGÍA	Método de inclusión a la parafina.
MEDICINA OPERATORIA	Resección del calcáneo.
MEDICINA LEGAL	Manchas de esperma.
OBSTETRICIA	Presentación de hombro.
PATOLOGÍA EXTERNA	Mal de Pott.
PATOLOGÍA INTERNA	Pleuresía sero-fibrinosa.
PATOLOGÍA GENERAL	Inflamación.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA	Agua oxigenada.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA	Cloroformo.
TERAPÉUTICA	Salicilato de metilo.
TOXICOLOGÍA	Intoxicación por el cloral.
ZOOLOGÍA MÉDICA	<i>Lamblia intestinalis</i> .