

Y podemos estar seguros que las ideas que damos caerán en buen terreno, pues bien sabemos que la dama baranquillera ha dado muchas pruebas de conocer su misión y que es capaz de cuidar debidamente la niñez desvalida, realizando así la aspiración de Jules Simon de que «la mujer tenga un asilo y el niño una cuna.»

Medellín, julio de 1919.

OBSERVACIONES

SOBRE QUISTES GIGANTES DEL OVARIO

Por el doctor LUIS M. VELA BRICEÑO (de Salamina).

(Presentado al cuarto Congreso Médico reunido en Tunja).

A mi paso por una población de Caldas se presentó a mi consulta la señora N. N., con un enorme tumor abdominal y en un estado de agotamiento tan extremo que era imposible pensar en una intervención. Desahuciada de algunos médicos, esta mujer, ya sin ninguna esperanza de vida, era un cadáver; la fotografía da una idea de su estado general.

Grandes temperaturas (o altas), muchos sudores, escalofríos, cefalalgias continuas, falta de apetito, caquexia y con un tumor del tamaño que puede calcularse, nos llevaron fácilmente al diagnóstico de un quiste supurado del ovario.

Sin resistencia alguna, era imposible someter a esta enferma a una cura radical, y si no la operábamos, la muerte era segura en poco tiempo. Y en estos pueblos—y quizá en todo Colombia—si un médico no opera un caso como éste, el público juzga (advértase que reconocemos que en todas partes hay personas ilustradas y sensatas a las cuales no nos referimos) que no sabe nada, que no es capaz; si le hace una operación indicada y con toda la técnica precisa, y se muere, se dice que se le practicó mal la intervención, o tarde y sin ningún objeto; y si le hace una operación paliativa para salvarle la vida y prepararla para una intervención radical, se asegura que el médico pretende engañar a la familia porque el tumor se reproduce, o que es un lego en la materia.

La dificultad de estas intervenciones no está en la lesión anatomopatológica misma; está en el medio ambiente, en la inquina contra el médico—muchas veces hasta de los mismos colegas,—y en la falta de criterio quirúrgico, si pudiéramos decir así, de las poblaciones.

Un médico en este caso es un mártir y representa el papel de un lidiador de toros cuando se encara con la fiera: le mandan al «mediquillo» el caso reputado como incurable para probarlo, para discutirlo, para calumniarlo, para anonadarlo. El caso es de vida o muerte para el enfermo y para la reputación científica del médico.

Y nosotros, los hijos de Galeno, aprendemos de todo lo bueno en la Facultad de Medicina, foco de luz para las conciencias juveniles, centro de formación de caracteres y madre civilizadora de los hombres nuevos. Yo venero esta fábrica vetusta y gloriosa de varones completos, laboriosos, honrados y patriotas; pero tengo que confesar que allí no se aprende a luchar contra la maledicencia, contra la envidia, contra la ingratitud. Y muchísimo menos contra la pugna injusta y anticientífica del colega—cacique de pueblo,— que no puede tolerar un competidor, y a quien ni siquiera le ha pasado por la mente la idea de que la ciencia va evolucionando y que los procedimientos viejos pasan a la historia de las cosas inútiles o menos buenas.

Tenemos propósito de conocer buena parte de la República; en cada población trabajamos en la profesión y vamos anotando las particularidades más interesantes; pensamos reunir todo esto en un libro donde tendremos el valor suficiente para estampar estas anomalías desdorosas del Cuerpo médico colombiano.

Y no se crea que hacemos esto por nosotros mismos, porque para eludir esa lucha, para ahorrarnos una parte de pugna injusta y de competencia anticientífica, nos hemos colocado en un terreno que no la admite, acorazado contra la detracción.

Contratamos una operación, le calculamos honradamente los peligros y le ponemos un precio; si el enfermo no cura u obtiene mal resultado o nos sobreviene un fracaso, no cobramos un peso, ni por los materiales gastados. Cuando nos equivocamos, perdemos el valor de nuestro trabajo, y en muchas ocasiones pagamos el valor de la alimentación; muchas veces hemos perdido el doble de la cuota que nos pagaba el paciente por curarlo. Tal es el caso presente. Esto demuestra la necesidad imperiosa del código de moral médica.

Hemos dicho que el estado de la enferma era tan desesperado que ni siquiera pensamos en una intervención radical. Marsupializamos con estovaína este enorme saco, lo que se redujo a la simple incisión, porque las adherencias ya estaban formadas muchos años antes; extrajimos tres pltones de pus; con la sola decompresión que tuvimos cuidado de hacer lentamente y poniendo la cabeza baja, la enferma sufrió un síncope bastante fuerte y largo; drena-

namos con cauchos. La supuración era continua, necesitaba curaciones frecuentes, pero a los pocos días empezó a ganar en peso. A los cuatro meses se le formó un nuevo quiste del otro lado, y lo abrimos comunicándolo con la misma cavidad; a los tres meses se formó otro, pero la enferma ya estaba fuerte, había aumentado más de dos arrobas de peso, la fiebre había cedido, tenía buen pulso y resolvimos practicarle la operación radical.

En infecciones múltiples de los órganos genitales de las mujeres estamos convencidos de la sabiduría del aforismo: *más vale extirpar el útero sin los anexos que los anexos sin el útero*; en consecuencia practicámos la histerectomía total, por la vía abdominal, en Pácora, en presencia del doctor Alfonso Alviar; había grandes adherencias a todas partes: a la pared, a los intestinos, al ciego, al apéndice, etc. Nada más útil en estos casos que el procedimiento de J. L. Frure de atacar el útero por el cuello. Pero como «la gravedad de una intervención es proporcional a la dificultad para practicarla,» haremos un resumen de los consejos que nos han sido más útiles en las operaciones sobre supuraciones inmensas anexiales, en la esperanza de que presten alguna utilidad a nuestros lectores.

Nuestra enferma curó rápidamente. Encontrámos la base del ligamento ancho perfectamente calcificada, y guardámos esta pieza anatomopatológica como una curiosidad, porque la cuchilla chocaba contra esta masa como contra una piedra, y estando inmóvil y con muchas adherencias, entre otras, el apéndice, nos dificultó la operación. La enferma curó en veinte días.

Como se ve, este caso perfectamente atípico se trató de la misma manera; pero tenemos seguridad de que si hubiéramos intentado una operación completa y regulada, la enferma no habría soportado ni la cloroformización. No se le practicó una colpotomía posterior porque esa colección era abdominal; no se tocaba por los fondos del saco.

La facilidad de una operación depende de la preparación para ejecutarla; de que se conozcan todos los procedimientos y se sepa escoger el mejor; esto es, el que haga más fácil la intervención.

Entre más facilidades de técnica más probabilidades de éxito.

Para elegir procedimiento deben influír la naturaleza de la lesión y la disposición anatómica de las partes enfermas que se van a operar. No debe influír ni el gusto ni la costumbre.

Histerectomía abdominal total. Si los anexos de los dos lados están muy adheridos a las paredes del bacinete y el

útero libre, es útil el procedimiento de Terrier (se extrae primero la matriz para facilitar el desprendimiento de los anexos; se puede usar también el de hemisección uterina de J. L. Faure). Este procedimiento está también indicado cuando el útero está adherido a todas partes. Cuando hay retroflexiones fijas por las adherencias en el fondo del saco posterior se pueden usar los métodos de Richelot y de Jonnesco que atacan el cuello por delante; éste desprende y aísla primero los nexos de arriba hacia abajo; Richelot desprende directamente el cuello (a veces difícil). Cuando los nexos no están muy adheridos y el útero sí, Delageniere extirpaba primero los anexos y luego el útero, buscando las uterinas después de hacer los colgajos peritoneales.

Histerectomía abdominal subtotal. Ya hemos dicho que el método de Kelly—llamado americano—consiste en una histerectomía subtotal; el procedimiento de Terrier y los dos de J. L. Faure (atacando el cuello directamente por delante o por detrás, del lado que lo permitan las adherencias), son procedimientos para histerectomía subtotal.

En el caso de la observación anterior usamos el procedimiento de *decollation* de J. L. Faure, pero como lo describe este autor, atacando directamente el cuello con unas tijeras fuertes sin pensar en la uterina que se coge fácilmente cuando salta la sangre y ahorrando el tiempo que se pierde en la modificación de Martel para seccionar el ligamento redondo, trazar colgajos peritoneales—casi siempre imposibles por las grandes adherencias—y la ligadura de las uterinas.

Hemos observado en muchos cirujanos que en todos los casos se atienen a un solo procedimiento, generalmente el que llamamos *ordinario*, cuya esencia está en desprender de arriba hacia abajo las adherencias y los anexos, operación casi siempre difícil; y no emplean nunca el de Faure, que es de una gran facilidad y muy útil para las grandes supuraciones anexiales.

Esperamos que otros cirujanos, verdaderamente autorizados, recomienden este método como lo merece; por nuestra parte, con nuestro voto humilde y con nuestra poca experiencia, lo recomendamos como inmejorable.

Otra observación que presentamos al cuarto Congreso Médico Nacional corresponde a otro quiste muy grande del ovario. Pesó treinta y nueve libras. La operación se practicó en Aguadas (Caldas), en asocio del doctor Ernesto Rodríguez. La señora lo tenía hacía más de quince años, y así trabajaba, hasta que le fue imposible moverse. Curó por primera intención. La operación fue muy fácil porque había pocas adherencias. La señora goza actualmente de buena salud.

En estos casos, cuando el quiste no está supurado, lo que se conoce en el color del tumor (como azulado)—con onda muy líquida—es muy sencillo puncionarlo y luego desprender la bolsa en pocos minutos.

CONCLUSIONES

En las grandes supuraciones anexiales debe el cirujano elegir el procedimiento operatorio con gran cuidado, porque de las facilidades que le proporcione la técnica depende en gran parte la vida del operado.

La vida del operado, y por lo tanto el menor peligro posible, debe ser el primer cuidado del cirujano.

Las operaciones paliativas para preparar el enfermo a una intervención radical son muchas veces indispensables para salvar la vida de los pacientes, y el cirujano debe optar por ellas despreciando la crítica injusta de sus adversarios o de los que nada saben.

Salamina, julio 8 de 1919.

BREVES APUNTES DE MEDICINA LEGAL

Por el doctor FÉLIX ROMERO, (de Cáqueza).

(Para el cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja)

No está en nuestro ánimo al presentar este humilde trabajo como sencilla y espontánea manifestación de gratitud a los próceres de nuestra independencia, sentar doctrina, ni menos demostrar pedante erudición, sino provocar, si el tema lo merece, una laudable discusión con emisión de sabias opiniones cuyo producto sea el esclarecimiento de puntos demasiado comunes por la frecuencia con que se presentan y por lo mismo muy importantes de medicina legal en concordancia con el espíritu de la legislación patria, tratando de definir lo más concisa y claramente posible locuciones y términos de significado vago y confuso adoptados por los diversos tratadistas de medicina legal a la naturaleza y fin de las leyes de la nación de donde son originarias las obras que sobre la materia se estudian y de cuyo esclarecimiento podrá resultar la modificación de artículos de nuestras leyes, errados quizá, cabalmente por carencia disculpable de nuestros legisladores de conocimientos de medicina general, siendo justamente el caso en que la medicina está obligada a prestar oportuno contingente al legislador, a los jueces y jurados, al propio tiempo que a los defensores y acusadores de buena fe, como que es