

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIV | Bogotá-Colombia S.A. Febrero - Marzo 1935 | N. 522-23

ALGUNAS CONSIDERACIONES

CON MOTIVO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL, Y A MANERA DE PROLOGO

Por el doctor Manuel José Luque.

La histerectomía con anestesia local.

No sabríamos decir con exactitud cuánto tiempo hace que se ejecuta la histerectomía vaginal. Doyen, en su "Technique Chirurgicale", la atribuye a Andreas a Cruce en forma tal, que hace 374 años que ella se realiza (desde 1560). Con todo, en la historia de "La Medicina", Paul Diepgen afirma que mucho después Estruve, discípulo de Oslander, aconsejó, también por primera vez, la histerectomía vaginal completa, siendo discutible si en realidad la llevó a cabo o nó, y el mismo autor agrega estas palabras: "La intervención fue efectivamente ejecutada en 1822 por J. V. Sauter de Constanza y más tarde por otros; sin embargo, fueron tan deficientes los resultados, que pronto volvió a abandonarse esta operación". Parece que la mayor dificultad con que tropezara hubiera sido la hemostasis; problema que resolvió llenando la vagina con aserrín y formando de esta suerte una especie de tapón.

Respecto de mortalidad, cuenta Pozzi que Sauter hizo su primera histerectomía vaginal por cáncer, pero que después de ese su único éxito, tuvo once muertes en once operaciones practicadas "y la lista completa de las víctimas, sin duda no ha sido publicada".

Llevada a efecto en épocas ya muy lejanas, sin que nos haya sido posible establecer con seguridad perfecta la indicación operatoria, a medida que se avanza vamos hallando su aplicación con diversas finalidades. Fue Choppin, en 1867, quien practicó por primera vez la histerectomía vaginal para prolapsos uterinos no complicados de gangrena o de cáncer; en 1881 la empleó Kottman para fibromas uterinos; un año más tarde Pean describió la técnica y los diversos tiempos, le dió como fundamento la fragmentación de la matriz y un lustro después la

usó para el tratamiento de las anexitis; Duret, con motivo del Congreso de Génova, a propósito del prolapso uterino, hizo un estudio de ella; Segond, quien la describió y adoptó con el nombre de "Vaciamiento Conoide", en la miomectomía vaginal, alcanzó maravillosos resultados; para el cáncer del cuerpo del útero fue indicada por Krükenberg; en fin, largo y un poco ajeno a la finalidad de nuestro propósito sería entrar en disquisiciones de orden histórico. Baste con citar esos datos para convenir en la imposibilidad de aportar nuevos conocimientos en la técnica, o en las indicaciones, en operación que se viene ejecutando ya casi para cuatro siglos.

Lo natural sería ahora citar el nombre del iniciador de la histerectomía vaginal en Colombia. Los informes obtenidos han sido contradictorios y en el temor de consignar un error, nos abstenemos de ello. Todavía más: aun el lugar en donde se llevó a cabo es muy difícil descubrir; hay quien sostiene que Medellín fue el sitio de su iniciación; no falta quien la atribuye a la Costa Atlántica, y la mayoría de los profesionales bogotanos, con fechas aproximadas en cuanto a su realización, le dan el honor a la Capital de la República.

Existe el hábito, no solamente aquí sino entre escritores extranjeros, de concebir una idea y encaminar a ella los resultados de la experimentación o las conclusiones de la lógica. Visto el fin, conducen toda labor hacia aquello que pueda respaldarlo. No es esa nuestra conducta. Queremos, a propósito de la histerectomía vaginal, exponer el fruto de nueve años de trabajo continuo, intenso, y presentar luego lo bueno y lo malo que a ella se pueda referir.

Hemos mencionado la dificultad, por no decir la imposibilidad, de agregar nociones nuevas en la técnica y en las indicaciones. Mas, las circunstancias de haberla ejecutado cien veces hasta el momento de hacer este trabajo, motivo que permite deducir y establecer la relación a ciento de modo matemático; el haber seguido paso a paso, en nuestro servicio del Hospital de San José, a cada una de las enfermas desde la llegada hasta la salida de él; el haber anotado minuciosamente todos los detalles y, finalmente, la razón de gran valor de haber empleado en la mayoría de ellas la anestesia local, procedimiento, pudiéramos decir, desconocido entre nosotros y sobre el cual queremos llamar la atención; todo ello, decimos, hace concebir la esperanza de presentar resultados netamente nuestros y esa la razón que incita a tomar este tema como trabajo original, que respetuosamente sometemos a la consideración de la Academia Nacional de Medicina.

Extraño, sin duda, ha de parecer que con motivo de la histerectomía vaginal expresemos algunas opiniones sobre estadística. Es que, a propósito de ella, no nos ha sido posible encontrar datos completos que ayuden a nuestra exposición. Conversando con diversos cirujanos sobre su experiencia y concretándolos al número, enfermas, edades,

indicaciones técnicas, etc., no hemos tenido la fortuna de hallarlos. Con honradez se nos responde: “la histerectomía vaginal, la he hecho muchas veces, mas no sabría decirle cuántas”; ¿con eso se pueden sacar conclusiones? Mas, no siempre es así. Existen establecimientos donde se lleva una anotación general; ya es bastante. En ellos se encuentran algunos datos, pero no es posible hallar elementos distintos de los resultados globales. Se ignora de esta suerte, el método que se siguió para practicar la intervención, las complicaciones que se presentaron, las causas que obligaron a modificar determinada técnica, etc.

Entre los más gratos recuerdos de mis estudios médicos conservo la forma como el Profesor Rafael Ucrós llevaba la estadística. En ella fundaba el orgullo de su clínica y a fe que tenía razón. Ese ejemplo conmovió mi espíritu de manera tan honda, que desde que tuve que anotar, día a día, en el Hospital de San José, dejo detallada constancia de los casos, como uno de mis más gratos placeres.

La estricta anotación, como base para deducir, será en nuestra opinión la única manera de hacer medicina colombiana. Cuando concurríamos al Hotel Dieu, en París, nos explicábamos cómo el Profesor Hartmann había realizado tamaña obra científica, si su mejor empeño consistía en dejar constancia, detalle a detalle, de cuanto observaba en sus enfermos y en sus operaciones.

Morgagni, el célebre médico y anatomista de Padua, escribía: “No hay otra vía para encontrar la verdad en medicina, que la de reunir gran número de descripciones, ya de enfermedades, ya de autopsias, y compararlas entre sí”. La estadística, extraordinariamente desarrollada en Francia por los alumnos de Bichat en los comienzos del siglo XIX hizo los cimientos de la medicina científica. Laennec, Dupuytren, Cruviellier, para no citar sino a ellos, no fueron sino anotadores geniales que durante el siglo a que nos hemos referido sentaron las bases de la Patología Moderna.

Perdonadme un reproche, que no quiero personalizar, pero que grita a mi conciencia: ¿en qué cumbre estaría la medicina de Colombia si los maestros de la cirugía, o de la clínica, hubieran anotado los casos que juzgaron de interés y de los cuales podríamos aprovecharnos todos? ¡Cómo queremos tener perfecto conocimiento de modalidades colombianas estudiadas en libros franceses! ¿Qué fundamentos poseemos, que no sean empíricos, para saber si la cirugía avanza, retrocede o permanece estacionaria?

Miramos con orgullo ciertas operaciones que no se ejecutaban hace algunos decenios y sabemos sobradamente que sin la cirugía, muchos seres que viven hubieran terminado irremisiblemente. ¿Pero conocemos cuántos habrán fallecido porque no supimos o no nos atrevimos a ejecutar determinada intervención? ¿Tendremos certeza de que aquí realizamos lo que se hace corrientemente hoy en el mundo científico? Ven-

ciendo la rutina, en todas las ramas de la cirugía, aprovechamos todos los recursos; somos igualmente audaces y operamos con la misma habilidad matriz que cerebro, apéndice que esófago? ¡Quién sabe! Y en la duda estaremos mientras no anotemos diaria y continuamente, si no comparamos resultados de años con años, casos felices y casos desgraciados. Me temo, eso sí, que la realidad de las cifras pudiera darnos desengaños.

Ahora, si presumo equivocadamente, que ojalá así lo fuera, si los resultados de nuestros esfuerzos son iguales o superiores a prestigiosos centros quirúrgicos, ¿porqué no apoyamos esos mismos esfuerzos en el cimiento de los números? ¿Porqué no les damos base de sustentación? “La complejidad de los problemas de la medicina es tal —ha escrito Lécene— que sólo aquellos que hacen anotación cotidiana y precisa, hasta el fin de su vida, son capaces de juzgar los fenómenos morbosos”.

Mas no nos desviemos del motivo de nuestro trabajo y consideremos el género de afecciones que indicaron la histerectomía vaginal.

Fueron, en orden ascendente:

Anéxitis	4
Fibromas uterinos	5
Cánceres	15
Prolapsos	76
Suma	100

En ese mismo orden expondremos nuestras anotaciones, haremos algunos comentarios sobre las complicaciones de la histerectomía vaginal y al final, describiremos la técnica que hemos seguido para la histerectomía vaginal ejecutada con anestesia local.

Convencidos de que los esquemas y los dibujos de cualquier orden que sean hablan a la imaginación y a la inteligencia muchísimo mejor que las frases, y a fin de hacernos comprender lo mejor posible, ilustramos este asunto con cinco figuras hechas por nosotros, así:

Primera.—Infiltración peri-vulvar. Dibujo a pluma en el cual hemos querido representar la manera de insensibilizar la región, con sólo dos inyecciones, únicamente teniendo cuidado de variar la dirección de la aguja en los lugares simétricos en que las hemos colocado.

Segunda.—Ganglio hipogástrico y manera de abordarlo (esquemático). En esta acuarela hemos tomado como guía un dibujo de Testut, dibujo que hemos modificado tanto en su tamaño como en algunos detalles, a fin de hacerlo aplicable a nuestro objeto.

Tercera.—Esquema del camino que recorre la aguja para aplicar la inyección. Este dibujo, muy pequeño y muy imperfecto, apareció en “L’Avenir Médical”. Nosotros, conservando su carácter esquemático, quizá lo hemos hecho más comprensible.

Cuarta.—Nervios sagrados, nervios uterinos y ganglio hipogástrico. El original de esta figura pertenece a Frankenhauser. En élla, cuya finalidad ha sido representar el ganglio en cuestión, lo hemos querido hacer resaltar, y por ello dibujamos de manera secundaria el resto de la figura.

Quinta.—Sitio donde debe aplicarse la inyección en caso de prolapso. Dibujo a pluma nuestro, hecho para mostrar, en el descenso uterino, el lugar donde debe colocarse la inyección.

También colocamos entre las ilustraciones un gráfico que representa la frecuencia de la histerectomía vaginal en relación con las edades.

Varias observaciones, muchas de ellas etiológicas.

Para lograr cien histerectomías vaginales en el servicio a mi cargo del Hospital de San José, fue necesario ejecutar 1488 operaciones en total. De esta suerte, esa intervención está en relación de 14,88 por 100.

En conjunto, histerectomías totales, subtotales, perineales, fúndicas y vaginales, se hicieron 315 hasta alcanzar las 100 vaginales que estudiamos.

La indicación habitual se observa en mujeres mayores de 40 años. El cuadro que resume este trabajo, muestra que en los 100 casos tomados hay 64 enfermas que pasan esa edad. La razón de su frecuencia se comprende si reflexionamos que 76 veces la hicimos por prolapso, afección de pacientes envejecidas, que han entrado en la época de la menopausia.

33 enfermas estaban comprendidas entre 40 y 50 años.

26 enfermas estaban comprendidas entre 31 y 40 años.

21 enfermas estaban comprendidas entre 51 y 60 años.

10 enfermas estaban comprendidas entre 21 y 30 años.

10 enfermas estaban comprendidas entre 61 y 70 años.

El máximum de operaciones se presenta a los 40 años.

La de mayor edad tenía 66 años (operada por prolapso).

La más joven, 23 años (operada por fibroma).

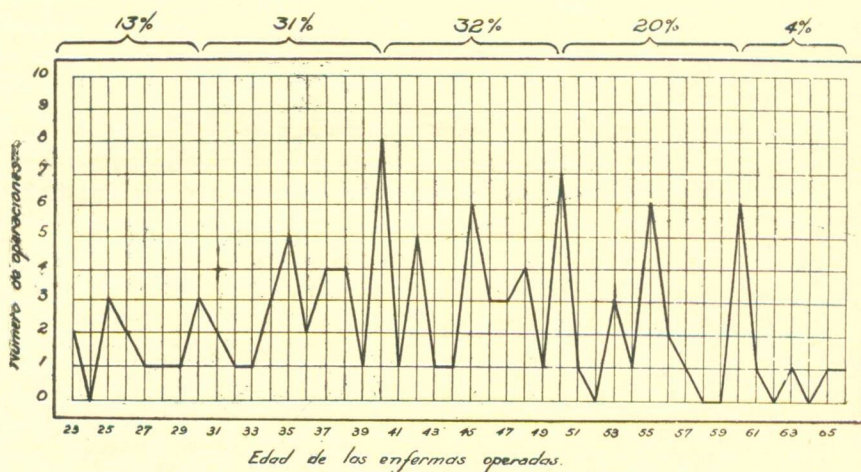
Las enfermas permanecen en el servicio un promedio de 20 días. La que más rápidamente sanó estuvo una semana, y la cicatrización más tardía fue de 46 días, por anexitis.

De Bogotá se operaron 16 enfermas y el resto se distribuyeron en distintas poblaciones de la República, como se verá en la lista que colocamos al final.

Tuvimos una mortalidad global de 6 enfermas. De éstas, imputables al acto quirúrgico, 4.

Nosotros hemos creído siempre que nada ilustra tanto como el análisis de los casos desgraciados. Las muertes, cualesquiera que sean las causas, estudiadas debidamente, buscando el motivo, dejan en nues-

GRAFICO QUE REPRESENTA LA FRECUENCIA, EN RELACION CON LA EDAD, DE CIENTO ENFERMAS OPERADAS DE HISTERECTOMIA VAGINAL



tro espíritu una huella imborrable y la firmísima intención de evitar en lo posible el error que pudo motivarlas. Ahora, no podemos comprender cómo, por temor de la crítica, en el ambiente científico, se tenga honradez profesional refiriendo los éxitos pero ocultando los fracasos. Unos y otros son la resultante de la misma intención, ambos son originados por la misma mano. Alguno de nuestros maestros, gran cirujano y psicólogo eminente, decía esta verdad, al parecer de Pero-Grullo: "Para no tener muertes hay que no tener operaciones".

En acuerdo con esas consideraciones, veamos las defunciones:

Primer caso: muerte por peritonitis postoperatoria, nueve días después de la intervención.

Segundo caso: V. D., de Guatavita, casada, entró al servicio el 2 de septiembre de 1930 y es historia por demás interesante por tratarse, como si dijéramos, de un ejemplo típico en la etiología del prolapso. Persona de 30 años, se ocupaba en vender, según decía, "en una tienda de chicha". Es decir, permanecía casi todo el día en posición de pie, factor etiológico predisponente; tuvo siete hijos y en uno de sus partos una desgarradura, segundo factor del mismo orden. Su aspecto general era el de un organismo agotado, anémico, de tejidos sin consistencia, elemento de grande importancia, por no decir esencial, en el prolapso.

Al examen objetivo hallamos una matriz ligeramente descendida, móvil, de cuello entreabierto, fondos de saco libres y en franca retroversión. En tal situación, el 8 de septiembre del año citado, con inci-

sión transversal, separando los músculos rectos anteriores hicimos una operación de Dártiguez que al parecer satisfacía plenamente. La herida se supuró y en el servicio permaneció mes y dieciocho días hasta salir por curación aparente. El 29 de octubre del mismo año regresó de nuevo al pabellón exactamente en las mismas condiciones y con idénticas dolencias que antes de la intervención: dolores a la micción y en la región lumbar, tenesmo vesical, malestar abdominal, que aliviaba en el decúbitus ventral y con signos objetivos de retrodesviación, complicada de prolapso. El estado de desesperación, digámoslo así, en que se presentó, así como la exacta reproducción de su dolencia, la incitaban a pedir la extirpación de su matriz como recurso único, que ella juzgara eficaz.

A pesar del agotamiento en que se hallaba cedimos a su exigencia y el 30 de octubre hicimos la histerectomía vaginal, rápidamente y sin contratiempo alguno. Los primeros siete días transcurrieron de modo absolutamente normal. Luego aparecieron diarreas y vómitos, la orina se volvió escasa y la micción dolorosa, el carácter se tornó irritable y en tales circunstancias, el 14 de noviembre, el Jefe de Laboratorio, doctor Palacios, al analizar las orinas, encontró "abundante" pus y 2 y medio gramos de albúmina.

En esa situación, todo nuestro cuidado se encaminó entonces a combatir el estado urinario y ocho días más tarde, en un análisis ejecutado también por el doctor Palacios, el 22 del mismo mes, se halló que la albúmina descendía a 1,30, que había desaparecido el pus, pero continuaban los cilindros hialinos y los gérmenes.

Esta ligera reacción no persistió; la orina cada vez disminuía, la diarrea, el vómito y la excitación nerviosa dominaban el cuadro. El 27 de noviembre entró en coma, del cual no salió, y tres días después terminó con la muerte en una franca uremia. ¿Fue ésta consecuencial a la larga supuración ocurrida con su primera operación? ¿Sería una pielonefritis ya existente, esbozada apenas, que se recrudeció con las dos anestias y las dos intervenciones en un organismo debilitado?

Tercer caso: muerte por celulitis pelviana, ocho días después de la operación. Cáncer del cuello.

Cuarto caso: en éste se trataba de una enferma de 38 años, madre de cinco hijos, hospitalizada en enero de 1932, y operada el 9 del mismo mes. Tenía un cáncer del cuello. La histerectomía vaginal fue un tanto laboriosa por la fragilidad de los tejidos. En los días siguiente y subsiguiente tuvo un estado general muy bueno; sin fiebre, sin vómito. La gasa vaginal que se deja después del acto operatorio no presentaba huellas de hemorragia. Se cambió a las 48 horas. A las 7 de la noche se observó la curación seca. A las dos de la mañana se presentó vómito verdoso, no muy abundante, pero persistente. Al día siguiente la enferma estaba sumamente demacrada, pulso rápido y débil, lengua seca,

sensibilidad superficial del abdomen, dolor espontáneo en el bajo vientre, no había meteorismo y apareció sangre en la mecha vaginal.

En un principio dudamos entre la peritonitis y la hemorragia interna, pero luego nos inclinamos a esta última idea, ante la evidencia de la mecha vaginal. Aplicamos coagulantes, tónicos, suero en pequeña cantidad y la enferma se agravaba. En esa situación pensamos en intervenir, pero sin darnos tiempo de ir a la mesa operatoria, sucumbió.

En el ánimo de investigar la causa de la muerte, debíamos hacer la autopsia, pero encontramos con el inconveniente de que tenía dolientes. Fue necesario aprovechar la noche y a las 12, en compañía del doctor Montero Torres, la realizamos. Al hacer la laparotomía infraumbilical salió un líquido seroso, no muy abundante y de mal olor. Dirigimos la mano a la cavidad pelviana y encontramos las asas de dicha región ligeramente dilatadas y con algunas adherencias; más hacia la profundidad de la cavidad, contra los muñones de la histerectomía, se halló un líquido sero-hemático fétido. Al raspar y enjugar con la compresa salió empapada en el mismo líquido y con bastantes coágulos de sangre. Posiblemente había muchos más ocultos entre las asas, pero los inconvenientes de la sala de autopsias en el curso de la noche, mal iluminada, hacían imposible una observación más rigurosa.

Quinto caso: es el de una mujer de 47 años, hospitalizada por prolapso y operada el 29 de julio de 1932. La intervención solamente tuvo de especial que la anestesia local no obró bien y fueron necesarias algunas inhalaciones de éter. Después de ellas se presentó una profusa diarrea y un dolor violentísimo en la región mastoidea izquierda. Este se acentuaba cada momento, la enferma se edematizó, la paciente entró en un estado de subdelirio con manifestaciones agudas de otitis y sucumbió con síntomas meníngeos a los ocho días de su intervención, sin dar tiempo para trepanar.

Sexto caso: mujer de 60 años, hospitalizada el 24 de julio de 1933 por prolapso uterino. La matriz descendía a su máximo, con la vagina ulcerada. Persona anémica, que tosía frecuentemente. Era natural de La Paz y vecina de Mariquita, climas ambos palúdicos. El acto operatorio fue sencillo y sin accidente alguno. A las 24 horas se le cambió la mecha vaginal y desde ese día se presentó fiebre alta, congestión de la cara, fatiga y disnea. Pulso de 110 por minuto. Se administraron expectorantes y tónicos del corazón sin efecto alguno, porque siguió decayendo con taquicardia y alta temperatura. Luego hubo ligera expectoración y aparecieron focos diseminados congestivos en ambos pulmones. Finalmente todos los síntomas de una bronconeumonía se pusieron de presente, y fue tratada como tal. Fue inútil toda medicación y la enferma murió el 3 de agosto.

En resumen, solamente cuatro de las muertes son imputables a la operación. De las dos últimas tenemos la impresión de que, ni la

otitis ni la neumonía pudieron ser influenciadas ni por los prolapsos ni por la histerectomía vaginal. Es decir, que sin la intervención muy seguramente también hubieran muerto.

Quedarían una uremia, una hemorragia, una peritonitis y una celulitis pelviana; estas dos últimas atribuibles, sin duda, al acto operatorio. Pero tenemos que decir que no existe cirujano del abdomen que haya librado a todas sus enfermas de esa complicación. Ni es evitable, siquiera, porque aún con los más solícitos cuidados no podemos ponernos al abrigo de un desliz imprevisto en la esterilización, de un error en la desinfección, defecto que se paga con el alto precio de la vida.

Respecto de la uremia tal vez nos hubiéramos evitado esa muerte si no accedemos a la súplica de la enferma, de quitarle su prolapso. Pero es que hay que convenir en que, así como se ven pacientes que lo toleran por meses y aun por años, existen en cambio otras para quienes es una verdadera tortura, y en nuestro caso, a las incomodidades de su lesión, se agregaba la mortificación del fracaso en la histeropexia que habíamos ejecutado.

Con la muerte por hemorragia secundaria debemos recordar que se trataba de un cáncer, en el cual no es posible determinar hasta dónde se pueden extender las alteraciones y la resistencia de las paredes arteriales. Una ligadura que se reabsorbe en una arteria turbada en su consistencia, posiblemente invadida por la degeneración, es una amenaza de hemorragia que en un momento dado se puede transformar en realidad.

El hecho de haber intervenido más para prolapsos, de hallarlos con frecuencia extraordinaria, nos hace pensar en una causa racial, que obrara en nosotros de manera particular y que disminuyera la resistencia y seguramente hasta la misma vitalidad de los tejidos. Agreguemos a eso todos aquellos factores conocidos y que son elementos de su formación, como desgarraduras, esfuerzos, etc., y así comprendemos el interés de este estudio.

Nuestro maestro, el Profesor Rafael Ucrós, comparaba los prolapsos a las hernias, y en verdad, así es; sólo que, como lo anota Hart, en éstas existe un contenido frecuentemente móvil, en tanto que el descenso uterino es relativamente estable.

Pozzi, siguiendo la comparación con las hernias, distingue los prolapsos por fuerza y los prolapsos por debilidad. Pensamos que en la clientela hospitalaria esa división sería artificial. Los esfuerzos de todo orden en gentes debilitadas hacen que los elementos citados se combinen de muy diversas maneras. La mala calidad de los tejidos en general salta a la vista. Fijémonos en los senos caídos de las mujeres del pueblo, ya desde muy corta edad; en los estómagos; los cólones; los hígados descendidos; los riñones flotantes; veamos simplemente la sola piel que forma arrugas y en ocasiones verdaderas cortinas en el abdo-

men; en los muslos, etc. Taras de diversa índole, tal vez nuestro abandono absoluto en materia de ejercicios que fortalezcan el sistema muscular, defecto transmitido de generación en generación; nuestro metabolismo viciado, el hábito de la chicha, tan extendido por desgracia; la insuficiencia en la alimentación; los excesos de todo orden, pueden ser causas para alterar la resistencia celular y motivos que explican sobradamente los prolapsos. A estas consideraciones agreguemos los partos mal atendidos y las desgarraduras perineales no suturadas o imperfectamente reparadas. En la clientela civil que se tiene mayor cuidado y sin que se pueda dar la comprobación de la cifra, tenemos la impresión de que el prolapso reviste una frecuencia menor.

De las anexitis.

No obstante la autoridad de Pean, los éxitos de Munde, las estadísticas de Bouilly, la brillantez con que nuestro maestro, el Profesor Bumm trataba la anexitis con la histerectomía vaginal, nosotros rechazamos esa operación, con ese objetivo. Quizás en casos demasiado concretos, en el ánimo de dejar una brecha amplia, eficaz para el drenaje, pueda usarse reemplazando a la colpotomía.

Es necesario recordar qué cosas son las inflamaciones anexiales que de ordinario tenemos que tratar. O por mejor decir, no las anexitis, sino la enfermedad así denominada, tomando la parte por el todo. Porque en parecidas circunstancias hacer una laparotomía infraumbilical equivale a encontrar una masa irregular, de consistencia variable, adherida a las paredes, prendida a órganos que casi no se pueden adivinar, en donde las partes del intestino delgado que caen al bacinete y el delantal epiploico contribuyen a formar un bloque; eso, pregunto, ¿será lógicamente una anexitis? ¿No están allí, junto con los ovarios y las trompas, recto, vagina, apéndice, epiplón, intestinos, matriz, ligamentos, en fin, cuanto pueda hallarse en la pelvis? ¿No hemos encontrado muchas veces un conjunto de órganos, membranas, tejidos disociados y pus tan abundante que hemos visto llegar hasta el ombligo? Vecino de este sitio tuvimos una enferma que vació espontáneamente por la piel una enorme supuración anexial. Porque hay que advertir que en las gentes de nuestro pueblo no existe el buen sentido de acudir al hospital cuando las dolencias comienzan, de suerte que para ellas, y dada la extensión de las lesiones, no queda más recurso que la cirugía altamente mutilante. Veamos dos ejemplos.

A. C. (observación N^o 138), natural de Choachí y vecina de Anolaima, de 35 años de edad, sirvienta, entró al servicio el 16 de febrero de 1928. Hacía tres años pacientemente toleraba dolores en la fosa ilíaca derecha, fenómenos digestivos y fiebre intermitente. La aparición de agudas dolencias en la vejiga, soportadas por cuatro meses, fue la cau-

sa que la obligó a pedir entrada al hospital. Era una mujer pálida, excesivamente anémica, enflaquecida. Por demás está el hablar de que al examen local hallamos ocupados los fondos de saco vaginales, dolorosa e inmóvil la matriz, en una palabra, los síntomas inequívocos de la anexitis doble.

Hecha la operación el 23 de febrero del mismo año, encontramos tal cantidad de adherencias, tan unidos entre sí los órganos pélvicos, que fue absolutamente imposible vaciar el pequeño bacinete sin arrancar una considerable porción de la vejiga. Cosimos en dos planos la brecha abierta en ella, colocamos sonda, drenamos, peritonizamos hasta donde fue posible y finalmente se cerró lo que juzgamos necesario. Cuatro días más tarde por la herida abdominal empezó a filtrar orina, escasa primero, abundante después. Persistimos en dejar la sonda vesical hasta que poco a poco, a los 43 días, salió del servicio por completa curación.

Veamos ahora un segundo caso:

R. A. B. (observación N^o 177), tuvo por tiempo considerable manifestaciones gastro-intestinales, calofríos, fiebre intermitente y sensación perineal de peso. Hicimos el tacto vaginal y la exploración bimanual, llegando, fuera de duda, al diagnóstico de anexitis.

Llevada a la mesa operatoria el 30 de enero de 1928, al hacer la incisión de la pared, brotó aparatosamente un pus fétido, amarillo-verdoso, abundante. Casi resultaba imposible en aquel conjunto de masas, neomembranas y bolsas purulentas encontrar relaciones y adivinar órganos. Cuidadosa y pacientemente aislamos, disecamos a golpes de compresa, pero encontramos todo aquello tan fuertemente adherido al recto que fue inútil intentar la extirpación y nos vimos obligados a reseca una porción de la ampolla rectal. Hecha la anastomosis termino-terminal de ese conducto, desinfectado al éter, dejando amplio drenaje, hicimos una sutura parcial de la pared abdominal.

Al octavo día de la operación apareció la curación humedecida con materias fecales. La fistula estercoral aumentaba día a día, las paredes del abdomen se maceraban y sangraban; a la parte física decaída se unía una extraordinaria depresión moral. Nosotros no hicimos sino extremar los cuidados de asepsia; en los primeros tiempos, hacer varias curaciones diarias, constipar la enferma con opio, cuidarla, tratar de infundir ánimo. Pasado un tiempo observamos que la fistula disminuía, que las materias salían en cantidad menor, y estimulados con la mejoría esperamos hasta que, a los 40 días, la paciente abandonó el servicio por completa curación.

Yo pienso, y de ello estoy casi cierto, que con la histerectomía vaginal hubiera tenido dos defunciones; sin duda hubiera pasado un rato poco apetecible en el acto operatorio, y con seguridad me habría sido imposible extirpar lo que debía sacarse. En resumen, tendríamos ope-

raciones incompletas, poniendo en gravísimo peligro la vida de mis enfermas.

Por habilidad que se haya adquirido en el examen objetivo, es absolutamente imposible determinar de antemano y de manera exacta la extensión de las alteraciones; de donde podemos encontrar, pongamos por caso, anexos de tamaño mayor que el orificio por donde se deben sacar. El útero mismo, en ocasiones y a pesar de emplear la fragmentación, suele presentar dificultades muy serias para su extracción, sea por adherencias que lo vuelven inmóvil, o, lo que es más frecuente, por turbaciones de su parénquima que lo hacen desgarrable. Además, en su contorno, todo está alterado, sin que nos sea dado fijar el límite de las turbaciones, todo es desgarrable y sangra con facilidad; porque el pase de los dedos que exploran, empapados en pus, no es sino una siembra de elementos sépticos por lugares que pueden encontrarse sanos.

Si el objeto de la histerectomía vaginal por inflamación útero-anexial es el drenaje seguro, suficiente y declive, nada tan sencillo como hacer la histerectomía abdominal total, donde las lesiones son reparables y evitables al control de la vista y en la cual, con la sección de la vagina, se consigue resultado idéntico, esquivando los peligros.

El argumento estadístico viene en nuestro apoyo. La histerectomía vaginal nos dá el cuatro por ciento de mortalidad, la sub-total por anequis, solamente 2,8 por ciento.

Volviendo a la exploración con los dedos introducidos en la vagina, Pean y Segond pretendían con la palpación bimanual descubrir puntos fluctuantes y determinar la evacuación del pus. Esa maniobra, inaceptable, ciega, seguida y aún aconsejada por algunos cirujanos, es, en nuestro concepto, una temeridad y un error. Es temeraria porque nada más sencillo que con la sola percepción táctil se confunda una asa intestinal modificada por la inflamación con una colección purulenta, exponiendo, de esta suerte, a producir la perforación del intestino en el ánimo de facilitar la salida del pus; porque podemos causar desgarraduras y hemorragias sin que tengamos manera de repararlas. Pero existe una razón de más, para nosotros de extraordinaria importancia: la desgarrabilidad del útero, que es contraindicación casi formal. Qué de dificultades y cuántos sinsabores cuando colocamos las pinzas de tracción y en ellas se queda una porción del parénquima uterino, hecho que anotamos en las anequis antiguas de adherencias firmes, esclerosas, y en las infecciones recientes por aborto o parto infectados.

Legueu considera la histerectomía vaginal insuficiente y excesiva. Es insuficiente cuando las lesiones son demasiado extendidas, o colocadas tan alto que no es posible alcanzarlas con los dedos; tan adheridas, que no son desprendibles, o que, si lo son, es a precio de desgarraduras que pueden comprometer el éxito operatorio. "Muchas veces

—dice el mismo Legueu— he tenido que terminar incompletamente una histerectomía, porque de continuarla, habría concluído con la vida de la enferma. En esos casos la histerectomía es realmente insuficiente, pues élla no puede hacer lo que la laparotomía permite más fácilmente. Después de haberla practicado mucho y en casos de todas las especies, he llegado a reducir notablemente sus indicaciones”.

Si existe, pues, el peligro de dejar porciones enfermas, si no podemos asegurar que las colecciones tubo-ovarianas se vacíen en totalidad, ¿para qué emplear el método en esas circunstancias?

“La apertura de las colecciones purulentas —escribe Pozzi— en el “Tratamiento de las peri-metro-salpingitis”, tiene una tendencia natural a hacerse espontáneamente en la brecha creada por la histerectomía”. No es aceptable, o al menos no encuentro la razón por la cual un absceso protegido por tejidos fibrosos vaya a buscar salida por el orificio que deja la matriz extirpada, en la histerectomía vaginal. En contra de ese parecer, el mismo Legueu, hablando de la histerectomía vaginal como tratamiento de las infecciones anexas, se expresa en estos términos: “Lo he dicho y lo repito: la histerectomía, en la cual podemos estar obligados a dejar anexos enfermos en su lugar, está atacada de nulidad por sus consecuencias lejanas. Después de una faz de mejoría, las enfermas vuelven a sufrir, hasta que llega el día en que tienen que soportar una laparotomía complementaria”.

Nuestro maestro, el Profesor Gosset, contraindicaba la histerectomía vaginal por la sola razón de que no era posible por ese procedimiento extirpar el apéndice. En un principio sus ideas nos parecieron exageradas. Hoy, después de años de labor quirúrgica ginecológica, intensa, luégo de encontrar con extraordinaria frecuencia enfermo el apéndice en las salpingo-ovaritis, de hallarlo en ocasiones tan alterado como los ovarios y las trompas, si no más, tenemos necesariamente que aceptar los consejos del maestro y hallar la razón de ellos.

Se le reprocha a la histerectomía vaginal el ser excesiva; y es cierto. No pocas veces después de la intervención y a pesar de haber hecho una exploración digital detenida por el fondo de saco posterior abierto, hemos tenido la mortificación de encontrar ovarios o trompas que en manera alguna habríamos sacado si la operación hubiera sido ejecutada al control de la vista y con laparotomía.

Por lo que hace a la permanencia de las enfermas en el servicio quirúrgico, no existe diferencia apreciable entre las histerectomías sub-totales y las vaginales. En las primeras el promedio de duración es de 26 días; en las segundas es de 25.

DE LOS CANCERES Y DE LOS FIBROMAS

De los cánceres.

Los casos que hemos operado por sospecha de cáncer del cuello uterino, han sido pocos. De las 1488 enfermas solamente hallamos la indicación operatoria vaginal en quince de ellas.

La circunstancia de comenzar, de ordinario, por el hocico de tenca, hace una particularidad que indica especialmente el acto operatorio por esa vía. Pero hemos dicho "comenzar"; es decir, que sólo en la iniciación, en el período del principio, precisamente cuando es más complejo el diagnóstico clínico, puede ejecutarse por ese camino.

Pero debemos reconocer que el tratamiento por el radium es, fuera de duda, el indicado en esas pacientes. En seis u ocho semanas, los flujos desaparecen, las ulceraciones se cicatrizan, el cuello poco a poco toma el aspecto y el volumen normales. La atresia ístmica tampoco se presenta y aun las mismas reglas, que se suspenden por ocho a quince meses, reaparecen después.

La curieterapia, de aplicación sencilla, sin peligros si se aplica con rigurosa técnica, que no necesita de anestesia general ni local, nos parece un método contra el cual no se puede presentar objeción seria. Lástima que en el Hospital de San José se carezca de ella!

Siempre hemos considerado una temeridad los cáusticos y los largos tratamientos locales para las dudosas metritis del cuello. El aspecto, la induración, la exulceración mamelonada, la facilidad de la hemorragia, en fin, la clínica, en una palabra, resolverá el problema. Y más fe tenemos en ésta que en la misma biopsia. La razón es sencilla: porque los resultados negativos respecto del estado del fragmento tomado, pueden tornarse en positivos un milímetro no más, a distancia del punto biopsiado.

El escaso número de intervenciones por el camino que estudiamos dejará comprender la complejidad en la indicación operatoria. Mas, en la duda respecto del diagnóstico, no sentimos reato al confesar que nos hemos decidido por la histerectomía.

Respecto de la dificultad, los casos tratados médicamente son también, de ordinario, los más embarazosos. La rebeldía a los medicamentos ha de ser el grito de alarma que llame al cirujano. Frecuentemente el período de estado, cuando es ilusoria toda intervención, no es sino la consecuencia de la tenacidad en aplicaciones inútiles y perjudiciales.

De los fibromas.

En 1488 intervenciones, operar solamente cinco fibromas por vía baja, es no tener obra en el particular. Emitir opiniones sin experien-

cia personal, sería referir, posiblemente mal dicho, lo que ha sido expresado correctamente por otros.

La finalidad no ha sido, pues, sacar conclusiones de la histerectomía vaginal por fibroma. Lo que se ha querido es ensayar la anestesia local en la extirpación de ellos; la que, dicho sea de paso, ha resultado excelente, siempre que sean tumores pequeños, como pude observarlo en las pocas intervenciones a que hacemos referencia.

Excepción hecha de los casos anotados, siempre operamos el fibroma con laparotomía, sencillamente porque siguiendo ese camino no hemos tenido mortalidad. En estudio que escribimos y publicamos el año de 1931, cuando solamente habíamos extirpado 46 fibromas por el abdomen, no tuvimos defunciones. Después hemos operado muchos más, también por la misma vía, todos con curación. De modo, pues, que ¿a qué usar un procedimiento diferente, que puede resultarnos menos feliz?

Ahora, a título de curiosidad, consultemos algunas estadísticas extranjeras en relación con la mortalidad que dá la histerectomía vaginal por fibroma:

Longuet, en 1691 histerectomías vaginales, tuvo 84 muertes.

Buschbeck, en 100 casos, tuvo tres muertes.

Choback, en 170 casos, tuvo cinco muertes.

Dimitre de Ott, en 187 casos, tuvo tres muertes.

Quenú, en 33 casos, no tuvo mortalidad.

De los prolapsos.

Estoy en acuerdo perfecto con los profesionales que sostienen que "la histerectomía vaginal por sí sola es incapaz de curar el prolapso uterino". Por esa razón, en las cien observaciones que presento, se encontrarán asociadas las colporragias anterior y posterior y la perineorrafia. Igualmente creo que la histerectomía vaginal no es sino una de las partes de la operación para el prolapso, siendo necesaria la restauración perineal en la mayoría de las veces.

Prescindiendo de aquellos casos de cánceres del cuello que apenas se inician, y en los cuales la aplicamos, no me parece discutible la intervención en los prolapsos irreductibles que exigen de modo imperativo la vía vaginal, como la única o, al menos, como la más lógica para resolver el problema.

Igualmente se presentan enfermas en las cuales existen prolapsos de tercer grado con matrices congestionadas, aumentadas de volumen, de cuellos enrojecidos, ulcerados o hipertrofiados; úteros cubiertos por paredes vaginales igualmente alteradas, en mujeres viejas, que no creo posible pensar en ninguna otra intervención capaz de quitar el centro mismo de las perturbaciones, por el lugar más sencillo y más fácil.

Con razón, todavía de más fuerza, ha de intervenirse por vía vaginal cuando la posición y la congestión de la matriz han creado un edema que hace imposible la reducción, operación que, en mi entender, debe realizarse de urgencia. No há mucho tiempo, a uno de los servicios del hospital llegó una enferma con la matriz en las condiciones descritas, y tengo la firme persuasión de que su prolapso uterino no tratado en oportunidad fue la causa, o al menos un factor de importancia, en la muerte de la paciente.

Pienso también que aquellos prolapsos que se reproducen a su máximo una vez reducidos, es porque han contraído adherencias que los fijan en la nueva posición y por tanto para el cirujano nada tan fácil como buscar el camino breve, acabar con la lesión, quitar la matriz de donde ella está.

La indicación precisa de la histerectomía vaginal por prolapso la hallamos igualmente en los fracasos de otras operaciones para esta finalidad, ya ejecutadas en la misma enferma. Suspendida la matriz y reproducida la lesión, hecha la intervención repetidas veces con técnicas y por caminos variados, sería un contrasentido la pretensión de dejar un órgano que experimentalmente ya no puede conservar su lugar, y en esos casos, ¿a qué apelamos distinto de la histerectomía vaginal para asegurar el éxito?

Es necesario también tener presente la clase de enfermas que tratamos. Pensemos que son personas que viven de su labor manual; sirvientas que deben permanecer en pie; "lavapisos" que han de estar en posición inclinada; "cargueras", en las cuales los esfuerzos de toda especie hacen la base para ganarse la vida; en fin, gentes pobres a quienes interesa sobre todo la perfecta conservación de su salud, el correcto funcionamiento de sus órganos y el mayor número de factores en el rendimiento de sus aparatos para desempeñar el oficio; en ellas, digo, no pueden existir "los achaques" ni el cirujano debe exponerlas a esto. En las actuales condiciones de vida, quien no trabaja como debe ser y dá el rendimiento pedido, se rechaza, y ahí tenemos toda una turba de desventuradas, solicitando oficios "que no sean pesados" o buscando el amparo de los hospitales y de las casas de protección. Todo ello para buscar la hipótesis de un hijo que no sabemos si vendrá; que si vienen, la mayoría de las veces son seres inferiorizados por la herencia alcohólica o sifilítica, la pobreza y la mugre y que, realmente, para decir las cosas como las hemos visto, son "la rémora" para las madres que a más de la matriz colgante entre los muslos, ulcerada, sanguinolenta, dolorosa, fétida, se pretende acomodar un hijo.

Pasemos ahora una ligera revista por las operaciones no mutilantes y veamos si habrá lógica, o mejor diría, caridad, la tratar de emplearlas con las enfermas a que hago alusión.

Operaciones que contienen: Tabicamento de Le-Fort.

Ya sabemos que consiste en un avivamiento de las paredes vaginales anterior y posterior, para suturarlas en seguida, en el ánimo de oponer un obstáculo a la caída uterina. Sobre él dice Legueu: “El útero después de la sutura, sin duda queda fijado encima de la estrechez de la vagina, pero la vagina cae afuera de la vulva que se ha mantenido abierta y el resultado es nulo e insignificante. Ese procedimiento, como otros, tiene el inconveniente de dirigirse a la consecuencia (caída de la matriz) más bien que a la causa (distensión de la vulva) y a pesar de algunos éxitos obtenidos en el prolapso con integridad relativa del periné, es casi completamente abandonado. Para impedir la reproducción, es necesario hacer al mismo tiempo la colporrafia, y desde entonces, el tabicamento es inútil”.

En el ánimo de alcanzar algún otro resultado, Duboug sustituyó el tabicamento longitudinal por el tabicamento transversal. Desgraciadamente la modificación adolece de los mismos defectos y tiene por tanto inconvenientes semejantes.

Operación de Freund.

Freund coloca una serie de hilos horizontales superpuestos a distancias convenientes, en el espesor de la pared vaginal, en el ánimo de desarrollar una inflamación, buscando así la cicatrización que impida el descenso uterino.

Con esa técnica empleada solamente en mujeres viejas y de vagina muy ensanchada, se forma debajo del útero un rodete voluminoso, constituido por las paredes vaginales modificadas, muchas veces más molesto que el mismo prolapso. Freund afirma haber operado seis enfermas y haber obtenido seis curaciones. Todos no dicen haber sido así de felices: Goetig menciona siete casos: en cuatro se repitió el prolapso; de uno ignora el resultado y solamente dos se hallaban indemnes al año. ¿A la deficiencia de ese método vamos a confiar nuestras enfermas?

Operación de Müller.

Es ésta la llamada “Colpectomía Total” estudiada por Savariaud. Consiste en hacer como si dijéramos, una amplísima operación de Le-Ford. Se quita la mucosa vaginal a excepción de una pequeña tira a ras de la vulva y luégo se sutura para adosar las paredes formando, de esta suerte, como un tabique que imposibilite el descenso uterino.

Desde luego, no es aplicable sino en aquellas mujeres en que hay perfecta evidencia de la terminación del período. En tales circunstancias, no siendo posible la concepción por la doble razón fisiológica y operatoria, ¿a qué dejar un órgano alterado por el prolapso, ya sin fun-

ciones, cuyas secreciones pueden infectar las superficies avivadas y comprometer el resultado operatorio?

Operación de Wertheim-Schauta.

En ella se bascula el útero entre la vejiga y la vagina, se abre la pared anterior de este órgano desde el meato hasta un punto vecino del cuello, de manera que sirva de brecha para verificar la bascularización en cuestión. Baste con recordar que la matriz en esa posición anormal se expone a infecciones y ulceraciones, y baste para rechazar esta especie de operaciones el pensar en las turbaciones que se presentarían en un posible embarazo, en la dificultad de su realización y en los peligros de un parto. Es decir, sería preferible el prolapso, con todos sus inconvenientes, a la gestación y el alumbramiento en la situación creada por el procedimiento.

Ahora, estudiemos las operaciones encaminadas a corregir el prolapso y que obran sobre los diversos elementos que suspenden la matriz.

Veamos la colpexia:

Pean, y después de él Byford, y más tarde Goubaroff, obrando ya sobre la vagina, ya sobre el suelo pelviano, idearon variados métodos de fijación que se abandonaron en vista de sus inconvenientes. Mi maestro, el profesor Pierre Delbet, publicó en la "Presse Médicale" un trabajo intitulado "Colpocystopexia y nuevo procedimiento de colpoperineorrafia". La técnica se compone de dos tiempos principales: "Primero, una colpocistopexia por intermedio de los ligamentos redondos que se suturan a la vagina debajo de la vejiga, y segundo, una basta colporrafia anterior". Hay, pues, necesidad de quitar la matriz, y por consiguiente prescindir de la finalidad concepcional que sería la contraindicación de la histerectomía vaginal. También es necesario complementar la operación con otras, tal vez de igual importancia, dentro del bacinete y en el suelo pelviano.

Legueut, a propósito de las colpexias, escribe: "De una manera general, las colpexias no son recomendables: los últimos procedimientos no han dado sus pruebas y las primeras tentativas no presentan ningún resultado favorable".

Operación de Alquié-Alexander.

Demasiado conocida, élla se aplica más a las retrodesviaciones que a los prolapsos. Para éstos es un sostén excesivamente débil, no obstante ofrecer a la matriz los dos puntos de apoyo de sus inserciones; y pienso que, en aquellos casos en que la retroversión complica el prolapso, está indicada siempre que se combine con la colpoperineorrafia.

Histeropexias:

Tengo el mejor concepto respecto de las histeropexias y la presentación de algunas historias ha de ser motivo de un trabajo posterior. Pero para que ellas den el resultado apetecido estimo que deben realizarse en determinadas condiciones: mujeres jóvenes, mejor todavía vírgenes o nulíparas, úteros sanos, periné resistente y, sobre todo, que sean de cierta clase social que por sus medios de subsistencia puedan disfrutar al menos de relativas comodidades. Nuestras gentes del pueblo que cargan pesados fardos a la espalda; que llevan "múcuras" sobre la pelvis hasta deformarla, que ejecutan movimientos desordenados en sus distintas profesiones, que lavan de rodillas los días enteros, en mi parecer, deben ser histerectomizadas, porque la matriz tiene siempre una parte primitiva o secundaria en el desarrollo y el mantenimiento del prolapso uterino completo, porque ese órgano fuera de su lugar normal se altera en forma tal, que constituye una verdadera tortura; se alarga, se ulcera, se hipertrofia, es el sitio de fibromas. Reducirlo a pesar de esa situación, es dejar una fuente de reproducciones; suprimirlo es quitar un órgano cuyo peso tiende al mantenimiento de la enfermedad.

Yo sé que podría objetárase, porque de esto tenemos observaciones, que al servicio han llegado enfermas con prolapsos que datan de quince años y aún más, y que los han tolerado. Es necesario recordar la idiosincrasia de nuestro pueblo. Hay regiones de tan escaso cultivo intelectual que miran los prolapsos, el coto, el carate y otras dolencias como cosas absolutamente normales. Unas veces por ignorancia en la curabilidad, otras por temor al acto operatorio, no pocas ocasiones por considerarlo inútil en vista del fracaso de diversos métodos, otras, en fin, por desidia y abandono, el hecho real es que el prolapso llega en veces a dimensiones increíbles. Con todo, hay un elemento constante y que no se puede refutar: tarde o temprano, la actividad de la enferma se compromete por la deformación y llega con el tiempo a la invalidez. El tumor se inflama, se endurece, se torna irreductible, se vuelve doloroso o se ulcera y adquiere por las secreciones y el desaseo una fetidez insoportable. Agreguemos a esto las complicaciones como el estrangulamiento, la irreductibilidad, las turbaciones urinarias, incontinenia, infecciones, dilatación ureteral y alteración renal, infección del riñón, uremia, etc.

DE LAS COMPLICACIONES

No queremos terminar sin referirnos, aun cuando sea someramente, a algunas complicaciones.

La herida del uréter no se ha presentado. Felizmente élla se observa en operaciones accidentadas en las cuales una circunstancia im-

prevista, hemorragia, habitualmente, obliga a colocar pinzas ciegamente, pinchando muchas veces al azar. Ha sido hábito nuestro disecar cuidadosamente la matriz y una vez separados vejiga y recto, con el perfecto control de la vista, colocar las pinzas. Procediendo en esta forma el accidente parece evitable en lo posible. Cosa semejante podemos decir de la perforación de la vejiga; siguiendo metódicamente su desprendimiento, antes de ejecutar ninguna otra maniobra, nos precavemos de élla.

Hemos tenido ocasión de operar fistulas en intervenciones de otros cirujanos producidas en el instante de desprender la vejiga de la cara anterior de la matriz. Perforaciones muy fáciles de realizar en enfermas de prolapsos envejecidos y ulcerados.

La herida del intestino delgado no la hemos visto jamás en esta operación, a pesar de citarla diversos autores. Nos atreveríamos a pensar que ella es más una desgarradura que una herida propiamente dicha. Respalda esa idea las frecuentes adherencias de los órganos en las anexitis, en las cuales se suele presentar. Razón de más que apoya nuestra conducta de intervenir en las salpingo-ovaritis por la vía abdominal.

La lesión de recto la consideramos de mayor frecuencia y todavía más la de la terminación del colon, lugar donde se vacian las colecciones purulentas que han de seguir la vía baja para su eliminación. Por fortuna, ninguna de nuestras pacientes operadas con histerectomía vaginal se ha encontrado en esas circunstancias.

La hemorragia sí la hemos tenido. Ya hemos hecho alusión a una enferma que perdimos por esa causa, posiblemente debida a la caída de una escara, a los ocho días de la operación. La señora M. H. de P., enferma a quien se le hizo una histerectomía por cáncer el 18 de junio de 1932; a los cinco días de su intervención apareció con una hemorragia que cedió fácilmente y que repitió cinco días más tarde, con caracteres de bastante gravedad, obligando a emplear tapones de gasa para contenerla.

Leyendo detenidamente todas las historias hallamos un total de cinco enfermas en quienes se presentó ese accidente, entre cinco y doce días después de la operación, todas ellas operadas por cáncer. Este hecho corrobora nuestra idea de las posibles alteraciones de los vasos como causa de su producción.

La flebitis la hemos observado, sin embargo, con menos frecuencia, de la que se encuentra en los casos de supuraciones secundarias a una histerectomía abdominal. Por otra parte, nos han parecido menos graves y de menor duración el edema, los dolores, el estado febril y demás síntomas que caracterizan esta enfermedad.

Las escaras sacras son debidas, según ciertos autores, al alcohol o al éter que se emplean en el acto quirúrgico y que humedecen y maceran la región correspondiente de la piel. En la histerectomía vaginal no

las hemos visto. Se han producido en otros casos en los cuales ha habido una larga permanencia en la cama; pero si fuera cierto que los elementos alcohol y éter pudieran obrar en su producción, muy probablemente sería de manera secundaria, porque tenemos ejemplos de tales escaras sin ese antecedente.

La oclusión intestinal es una complicación muy rara en la histerectomía vaginal, y que tampoco la hemos tenido. En cambio en la histerectomía abdominal sí la hemos encontrado. De la misma manera podemos referirnos a la embolia y la muerte repentina.

La septicemia peritoneal muy posiblemente complicó los dos casos que tuvimos de muerte y que atribuimos a peritonitis y a celulitis pelviana. De resto, no tenemos razones para pensar en ella en ninguna otra defunción.

ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL, PARA LA HISTERECTOMIA VAGINAL

El año de 1931 el Profesor Regnaut tuvo la gentileza de enviarme un trabajo sobre este asunto. Nuevo para mí, consulté a varios colegas sobre los resultados alcanzados por ellos, caso de haberlo empleado, y llegué a la conclusión de que ese procedimiento era absolutamente desconocido en la capital.

En tales circunstancias determiné ensayarlo en mi servicio del Hospital de San José y allí, en compañía del Profesor Nicolás Buendía, hice las primeras aplicaciones. Debo declarar que desde el primer momento quedé satisfecho. Mas, como necesitara una experimentación suficiente, he dejado transcurrir varios años observando y anotando antes de hacer la presente comunicación. Unas veces hice la anestesia y la operación, y otras el Profesor Buendía ejecutó la intervención con la anestesia que hicimos nosotros; casos éstos que no he tenido en cuenta en las estadísticas de este estudio, para referirme únicamente a la labor personal.

Es necesario decir con el Profesor Víctor Pauchet que “El método de anestesia ideal no existe”. Cada uno tiene sus indicaciones, sus contraindicaciones, sus defectos, sus ventajas.

Con el procedimiento de que hablo obtuve resultados que juzgo perfectos; casos mediocres, y anestésias francamente malas. Estas, sin duda, fueron en número muy limitado, en enfermas pusilánimes y de temperamento muy nervioso. Recuerdo que en una de ellas, que se quejaba durante el acto operatorio y a quien habíamos hecho la anestesia local, el anestesista del servicio, doctor Manuel Bernal, le puso el aparato de Ombredanne en la nariz sin anestésico alguno y la paciente se calmó y continuó tranquila hasta concluir la operación. Por otra parte,

es necesario tener en cuenta mi falta de entrenamiento en la aplicación, de manera que no se pueden achacar al método los fracasos en su totalidad, los cuales pueden ser imputables, en parte, a mis deficiencias.

Es en los prolapsos que se traten con la histerectomía vaginal donde en mi parecer reside la indicación ideal. La disposición de la matriz en esta situación anormal, la facilidad con que se ve el lugar en donde deben colocarse las agujas, son elementos que ayudan para alcanzar los resultados.

Pero la indicación realmente insuperable es en los casos de mujeres con prolapso y envejecidas, en quienes se sospechan turbaciones del corazón o lesiones intersticiales del riñón y en quienes está contraindicada la anestesia raquídea y la anestesia general. En tipos de esta especie es donde hemos alcanzado nuestros mejores éxitos y en donde, por el momento al menos, la juzgamos irremplazable. Cuando los prolapsos son irreductibles o muy difíciles de retener, cuando, como digo, inspiran temores el estado del riñón y el corazón, tanto con la anestesia general como con la parcial, en enfermas de edad avanzada, la rápida histerectomía con anestesia local la juzgo el método ideal.

Es sumamente difícil encontrar literatura sobre el origen de esta forma de prevenir el dolor, como no sean los estudios hechos y publicados por el Prof. Regnaut. Parece que en Alemania fue usada por Ruge en 1912, pero por razones desconocidas para mí, fue abandonada y reemplazada por la anestesia parasacra. Los trabajos alemanes fueron someramente divulgados en Francia y si eso sucedió con países vecinos, no es de extrañar que en Colombia se haya desconocido completamente.

El doctor Cote de Lyon, basándose en los trabajos anatómicos de Latarget y Rochet, juzgó posible la anestesia del útero, dice Regnaut, con sólo inyectar una solución analgésica en el ligamento ancho, pero opina Coté que no es suficiente para la histerectomía vaginal. De esta manera, realmente es a Regnaut a quien se debe el perfeccionamiento de la técnica y principalmente la difusión de ella.

En "L'Avenir Médical" de noviembre del año de 1931, el Profesor Regnaud, ya citado, hace referencia a un trabajo del doctor Ceytlein, de Varsovia, aparecido en la revista "Wiedza-Lekaska" e intitulado "Un procedimiento de anestesia local para las pequeñas intervenciones practicadas sobre el útero". En él se mencionan algunas operaciones de pequeña cirugía y solamente seis histerectomías vaginales.

En síntesis, pues, como es natural al tratarse de un asunto en estudio, pueden existir procedimientos más o menos semejantes encaminados a la misma idea. Pero hay un hecho del cual he quedado convencido: que Regnaut fue quien lo hizo utilizar, de manera franca, para las grandes intervenciones ginecológicas. Dejando de lado estas disquisiciones de historia, la esencia del método reside en la anestesia de los plejos uterinos, lo cual se facilita por su disposición y por la senci-

llez con que se pueden abordar introduciendo la inyección analgesiante por los fondos de saco laterales de la vagina.

Largo y tal vez un poco fuera de lugar sería entrar ahora en la descripción anatómica de los plejos mencionados, máxime cuanto que, a pesar de los años, de la disección y de la consagración de los anatomistas, todavía no existe completo acuerdo en el particular. Recuerdo entre los estudios del Profesor Luis M. Rivas, uno de grande interés, muy diferente de las descripciones del Profesor Testut, y que sugirió a uno de sus disectores como trabajo de tesis. Recuerdo igualmente que daba grande importancia a la constitución del plejo, y buscaba las comunicaciones de él con el resto del sistema abdominal a fin de explicar los dolores lumbares y perirrenales en las inflamaciones periuterinas, los del estómago en esas mismas circunstancias, todo lo cual me abstengo de describir por no hacerme demasiado extenso.

A pesar de éello y a propósito del desacuerdo mencionado me parece oportuno citar los siguientes párrafos de H. Rieffel:

“¿Qué es el plejo útero-vesical, cómo está constituido? Aquí comienza el desacuerdo. Para los unos (Remak, Jobert de Lamballe, Kilian, Sharpey), está formado por nervios de volumen variable sobre el trayecto de los cuales no se encuentra ningún ganglio. Para otros (Tiedemann, Boullard, Snow Beck, Korner, Polle, etc.), esos nervios atraviesan numerosos y pequeños ganglios. Para otros, en fin, (Lee, Frankenhauser, Rein, observaciones sobre la mujer, pero sobre todo en los animales, Robinson), cuya opinión es actualmente admitida de una manera general, el plejo útero-vaginal no existe constituido como plejo nervioso; él está constituido esencialmente por un montón de células y de fibras, cuyo conjunto forma el ganglio cervical de Robert Lee (1842), descrito más completamente por Frankenhauser. Ese ganglio presenta algunas veces un aspecto bien especial; él no se parece a los ganglios simpáticos cervicales, por ejemplo. Es un ganglio plexiforme dividido, por así decir, atravesado por tejidos celulares, venas y ramificaciones arteriales. Es, si se prefiere, una lámina ganglionar aventanada de forma triangular, sumergido en la ganga conjuntivo-vascular tan desarrollada de la región. Ella está colocada de canto contra la parte postero-lateral del cuello y del fondo de saco correspondiente de la vagina. Se prolonga hacia atrás hacia el recto, en los repliegues recto-uterinos, y está alojado por su masa esencial debajo y hacia adentro del punto de entrecruzamiento del urétere y los vasos uterinos.

Esa lámina merece ser descrita con algunos detalles. Ella es de dos centímetros de alta, ancha de trece milímetros (Frankenhauser), siendo triangular y de ángulos redondos se puede, es verdad, un poco esquemáticamente, considerarle dos caras, externa e interna, cuatro bordes, superior, inferior, posterior y anterior”.

Nosotros, inspirados en un esquema de Frankenhauser, hemos dibujado la figura N° 4, en la cual hemos querido hacer resaltar el ganglio en cuestión.

Tal ganglio es uno de los elementos base de la anestesia. Cortar fisiológicamente las comunicaciones que van y que parten de él, aislar también los filetes del plejo ovárico, ahí el problema. En la figura N° 2, hemos representado, un tanto esquemático, el ganglio y la manera de abordarlo.

La técnica, que parece difícil, no lo es si se pone atención a cada uno de los detalles; si se procede con lentitud dejando obrar los anestésicos y si se hace, siguiendo estrictamente las reglas pertinentes.

Se procede en esta forma:

Inyección de escopolamina-morfina.

Posición ginecológica.

Desinfección cuidadosa del periné, vulva, vagina y cuello.

I.—Colocación en la parte lateral de los grandes labios y hacia afuera, en dos puntos simétricos, de una pequeña cantidad de anestésico. Luégo, en dirección ascendente primero, descendente después, hacia

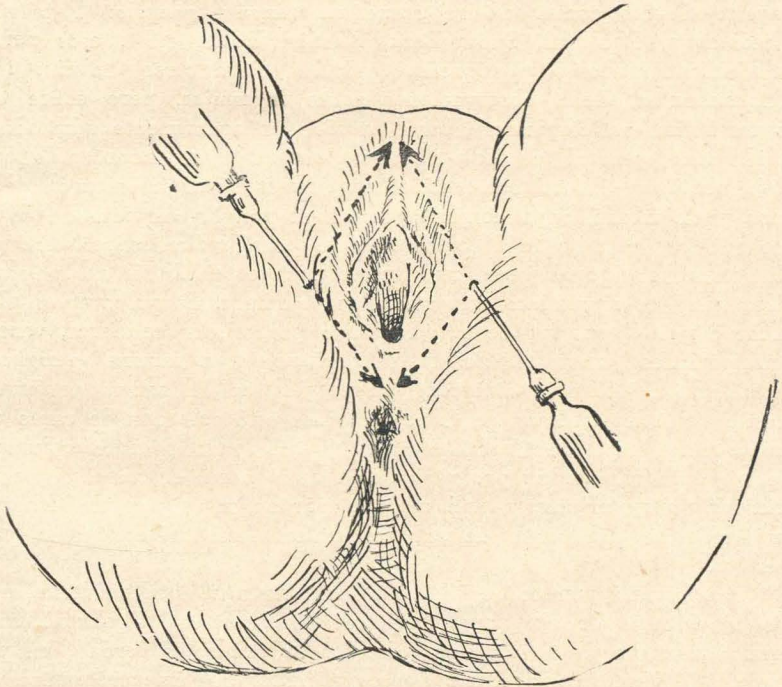


Figura No. 1.—Infiltración perivulvar.

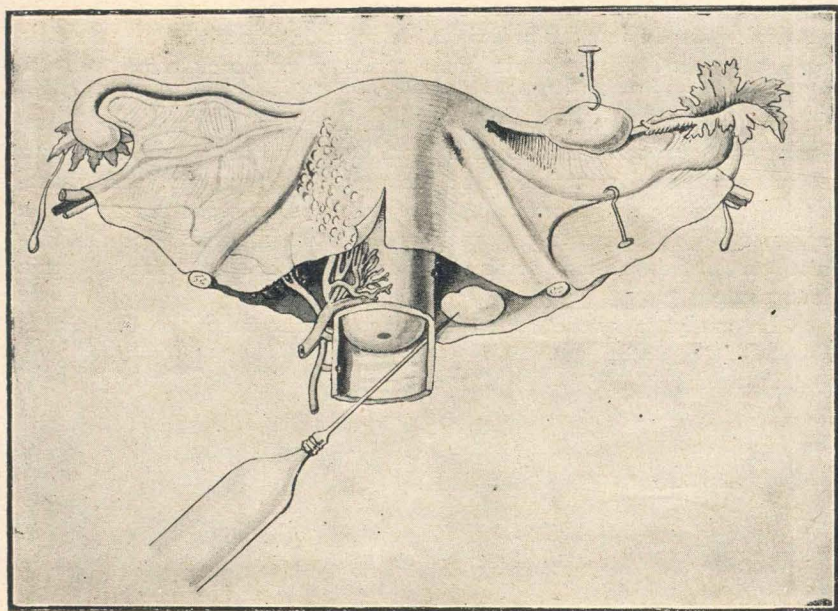


Figura No. 2.—Ganglio hipogástrico y manera de abordarlo.

adelante hasta la vecindad de la sínfisis; hacia atrás hasta los confines del ano. Esta infiltración subcutánea en contorno de la vulva se hace con 50 c.c. aproximadamente de solución al medio por ciento. (Véase la figura N° 1).

II.—Cuando se hace la perineorrafia posterior y la sutura de los músculos elevadores se inyecta el tabique recto-vaginal, también con solución al medio por ciento y en conveniente cantidad.

III.—En los casos de colporrafia se toma el cuello con la pinza de Museux para hacerlo descender. Luégo se infiltra la bóveda vaginal inyectando la solución al medio (20 c.c., aproximadamente), entre la vejiga y la matriz. Después, desviando el cuello a la derecha, se infiltra el lado izquierdo, y finalmente, dirigiéndolo en este último sentido, anestesiarnos del otro lado, siempre con solución al mismo título.

IV.—En este tiempo, para la comprensión del cual recomiendo ver el esquema N° 3, copiaré textualmente la parte pertinente de la comunicación que tuvo a bien enviarnos el Profesor Regnaud; dice así: “La anestesia o analgesia en vista de la histerectomía, comprende la infiltra-

ción de las paredes vaginales al contorno del cuello; después, una inyección profunda de ocho a diez c.c. de solución analgésica de cada lado del útero; yo dirijo la aguja hacia arriba y un poco hacia atrás, haciéndola costear la pared lateral del útero; la penetración es de dos a tres centímetros; no hay que olvidar que la arteria uterina hace un cayado a un centímetro más o menos del cuello y que costea en seguida el cuerpo uterino acompañada de las venas; es necesario, pues, introducir la aguja sola, lentamente, y asegurar que no viene sangre por la aguja, antes de tomar la jeringa para hacer la inyección; los dos últimos centímetros cúbicos se impulsan mientras que se retira la aguja lentamente.

La analgesia puede ser completada, si hay necesidad, en ciertos

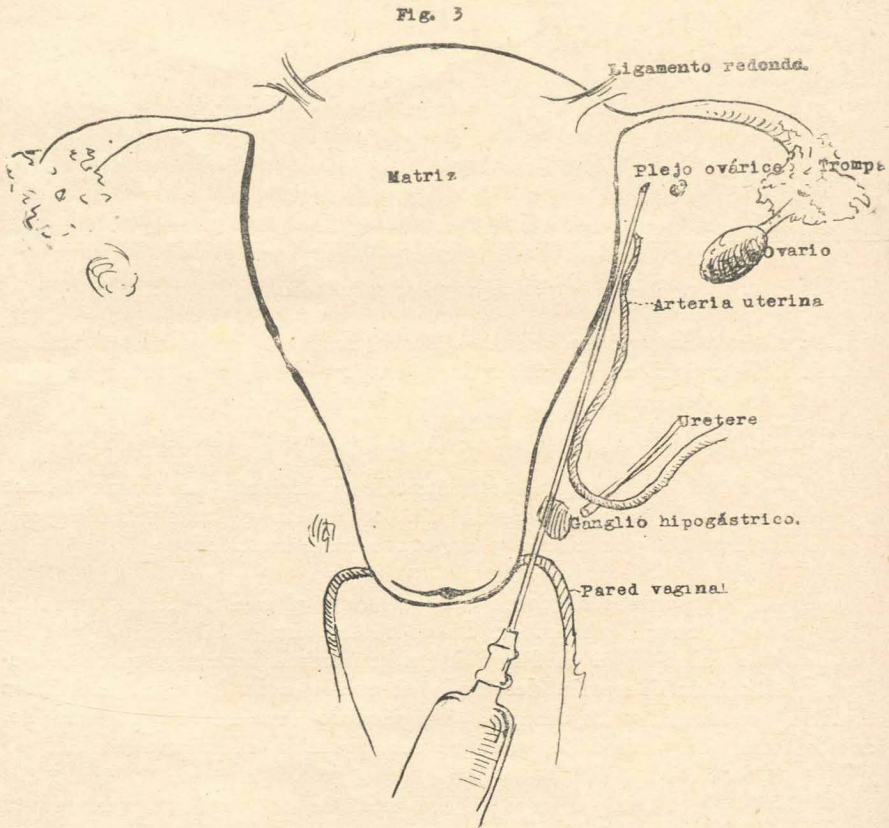


Figura No. 3. — Esquema del camino que recorre la aguja para aplicar la inyección.

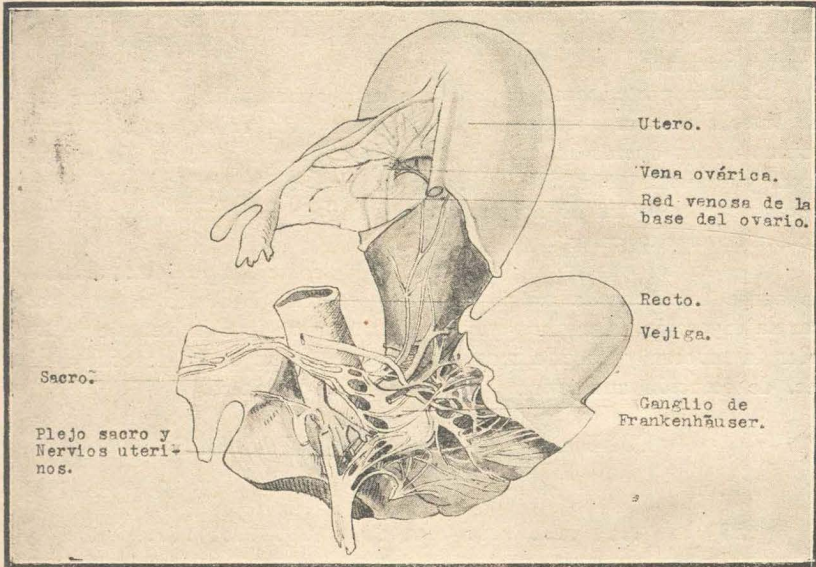


Figura No. 4.—Nervios sagrados, nervios uterinos y ganglio hipogástrico.

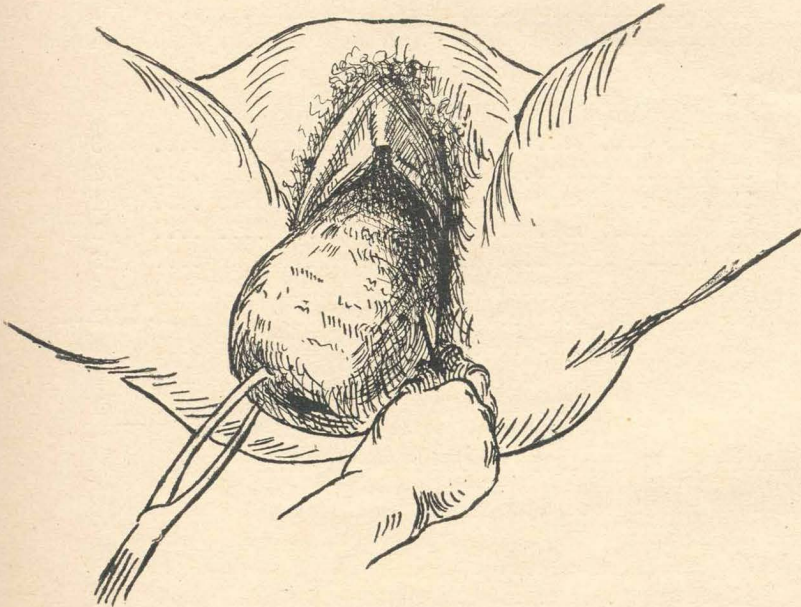


Figura No. 5.—Sitio donde debe aplicarse la inyección en caso de prolapso.

casos en el curso de la operación, por dos o tres inyecciones suplementarias de uno o dos c.c. de la solución en los ligamentos anchos o lombo-ovarianos.

De otra parte, como en toda anestesia o analgesia local, tiene grande interés utilizar soluciones analgesiantes preparadas en el momento mismo de la operación. En el curso de mi larga práctica de anestesia local y regional he podido observar que una solución preparada extemporáneamente es mucho más activa que una solución antigua, mitad más activa en ciertos casos”.

V.—En los prolapsos (figura N° 5), se facilita la introducción de la aguja desviando la matriz al lado contrario de donde se va a colocar la inyección. Maniobra que, por otra parte, tiene la ventaja de templar la mucosa y hacerla menos deslizable. Se inyectan de ocho a diez c.c. de solución analgesiante, de cada lado del útero.

EDAD DE LAS ENFERMAS OPERADAS

<i>Años.</i>	<i>Nº de operaciones.</i>
23	2
25	3
26	1
27	1
28	1
29	1

Antes de 30 años, 10 histerectomías vaginales, 10%.

30	3
31	2
32	1
33	1
34	3
35	5
36	2
37	4
38	4
39	1

Antes de 40 años, 26 histerectomías vaginales, 26%.

40	8
41	1
42	5
43	1
44	1

l	"	"	.....	Bituima.
l	"	"	.....	Bucaramanga.
l	"	"	.....	Cali.
l	"	"	.....	Cáqueza.
l	"	"	.....	Chitaraque.
l	"	"	.....	Choachí.
l	"	"	.....	Duitama.
l	"	"	.....	Fómeque.
l	"	"	.....	Funza.
l	"	"	.....	Gámbita.
l	"	"	.....	Garzón.
l	"	"	.....	Guaduas.
l	"	"	.....	Honda.
l	"	"	.....	La Paz.
l	"	"	.....	La Unión.
l	"	"	.....	La Vega.
l	"	"	.....	Lérida.
l	"	"	.....	Neiva.
l	"	"	.....	Oiba.
l	"	"	.....	Ortega.
l	"	"	.....	Palermo.
l	"	"	.....	Pamplona.
l	"	"	.....	Pandi.
l	"	"	.....	Pesca.
l	"	"	.....	Popayán.
l	"	"	.....	Quebrada-Negra.
l	"	"	.....	Quipile.
l	"	"	.....	Saboyá.
l	"	"	.....	Sátiva-norte.
l	"	"	.....	Sogamoso.
l	"	"	.....	Samacá.
l	"	"	.....	Sesquilé.
l	"	"	.....	Somondoco.
l	"	"	.....	Sotaquirá.
l	"	"	.....	San Juan de Río Seco.
l	"	"	.....	Tenza.
l	"	"	.....	Tibasosa.
l	"	"	.....	Tocaima.
l	"	"	.....	Ubaté.
l	"	"	.....	Une.
l	"	"	.....	Vélez.
l	"	"	.....	Villavicencio.
l	"	"	.....	Viotá.
l	"	"	.....	Zipaquirá.

SOBRE ALGUNOS CASOS DE MANIA DE RESTRICCIÓN EN PATOLOGIA DIGESTIVA

Por el Dr. Hernando Anzola Cubides.

Presentado a la Sociedad de Cirugía en diciembre de 1934.

Por "manía de restricción alimenticia" entendemos una costumbre mental anormal que consiste en restringir la alimentación hasta el punto de producir trastornos funcionales marcados y algunas veces graves.

Es una tendencia psico-fisiológica tenaz y bien marcada en el espíritu del enfermo; una idea fija de procurarse un bienestar durable por un medio simple y siempre el mismo.

Esta costumbre mental está estrechamente unida a la fisiología del tubo digestivo, como lo están todas las costumbres a la fisiología general.

Apartándonos de las teorías corrientes al respecto, no creemos que sea el resultado de lesiones o deformaciones del tractus digestivo, sino que por el contrario es la causa primordial de una notable cantidad de síntomas que crea por sí misma o que agrava de una manera tal que termina por dominar todo el cuadro clínico que se presenta.

Pensamos, pues, que sea de gran utilidad relacionar con su verdadera causa inicial un gran número de síntomas gastro-intestinales que no tienen otra razón de ser que la costumbre viciosa o patológica, de la restricción alimenticia.

Esta es la razón que nos ha movido a reunir en el presente trabajo, que tenemos el honor de presentar a la consideración de la Sociedad de Cirugía, una serie de historias clínicas, que aunque no suficientes para llamar completo un estudio semejante, sí nos permiten darnos cuenta de la importancia que ha adquirido en Bogotá en vista de la frecuencia cada vez mayor con que se presenta a medida que las condiciones de vida se hacen más difíciles.

Nuestro trabajo se ha inspirado sobre varias conferencias que al respecto tuvimos ocasión de oír al doctor P. Godard, Jefe de Clínica de Vías Digestivas en el Hospital San Antonio de París, pero las condiciones climatéricas, sociales, etc., tan diferentes en nuestro país, nos han

obligado a separarnos en gran parte de las conclusiones sacadas por el doctor Godard. Además, la etiología, aunque análoga, varía notablemente por las mismas razones, y lo propio sucede con los tipos clínicos y el tratamiento.

Para comprender la manía de restricción es útil oponerla al vicio inverso que constituye la sobre-alimentación, la cual termina, como varios autores lo han demostrado, en la obesidad más o menos definitiva.

En los individuos normales, la ración alimenticia regula su estado de nutrición. Para un individuo enflaquecido u obeso, es suficiente establecerle el balance nutritivo, para darnos cuenta si la manía de restricción o de sobre-alimentación han sido la causa de tales trastornos funcionales.

La restricción alimenticia puede ser cuantitativa o cualitativa, electiva o global, según que se relacione a cierta categoría de alimentos o a la totalidad de ellos.

En sus formas extremas realiza el cuadro de la anorexia mental histérica. En sus formas medias crea innumerables dispepsias, colitis, constipaciones, algias, etc., y es la forma más extendida. En sus formas ligeras se acerca a la sobriedad, de la cual no es, por decirlo así, sino su caricatura.

Su etiología es múltiple y compleja. Varía con el género de vida a que están sometidos los individuos en los diferentes países, y su frecuencia es mayor en los grandes centros donde las constantes preocupaciones y dificultades de la vida urbana llevan al individuo a un estado psíquico especial no comparable al psiquismo de quien lleva la vida relativamente tranquila en contacto con la naturaleza.

Las causas principales, que deben tenerse en cuenta cuando se sospecha la manía de restricción alimenticia, son las siguientes:

1ª Una predisposición hereditaria neuropática, o una constitución maniaca depresiva ligera.

2ª Una astenia neuro-endocriniãna permanente o pasajera (Godard y Oury, "Gaceta Médica de Francia", 1-VI-31).

3ª El agobio físico o intelectual. Las penas, las emociones repetidas, etc. Las convalecencias, embarazos, y en general todas las causas productoras de un desgaste excesivo del organismo.

4ª El temperamento llamado histérico o pitáático. Son individuos en general emotivos, y en el dominio vago-simpático, sus reflejos gastro-cólico, gastro-cardíaco, etc., son muy fáciles de poner en evidencia.

5ª Las enfermedades orgánicas, parasitarias o infecciosas, que crean secundariamente la manía de restricción, y

6ª El abuso de regímenes alimenticios y el de medicamentos. De-

bemos notar que dichos abusos constituyen un primer grado de la manía, más bien que su causa. Cada uno de estos monómanos enumeran al médico la lista interminable de drogas que han ingerido y la de los alimentos que les son intolerables.

No se pueden tampoco perder de vista las influencias adyuvantes de las ptosis, de las mucosas intestinales más o menos inflamadas, de las secreciones internas más o menos abundantes; pero es el caso de preguntarnos hasta qué punto esos trastornos son la resultante y no la causa de la manía de restricción. Caemos aquí, es verdad, en uno de los círculos viciosos tan frecuentemente señalados en patología digestiva (J. Ch. Roux); pero si ponemos el elemento maniaco en primer lugar, deseamos simplemente llamar la atención sobre un hecho de observación particularmente importante y de una frecuencia cada vez mayor.

La manía de restricción comienza en su principio gradualmente, en un individuo que no había sufrido de ninguna afección seria del tubo digestivo, con ocasión de una comida diferente a las ordinarias o de una pena o fatiga cualquiera. El individuo se queja ya de dolores, ya de eructaciones o de cólicos. Si esto se repite la aprensión nace y trata de averiguar qué cosa en su alimentación ha podido engendrar los trastornos que experimenta. Hace un ensayo de supresión de salsas, huevos, pan, por ejemplo. Se siente mejor con la supresión de esos alimentos y por ningún motivo vuelve a comerlos. La manía se instala insidiosamente. Luégo los malestares comienzan. Suprime otros alimentos. Nueva mejoría, y al cabo de poco tiempo otra recaída. El enfermo consulta al médico y reclama un régimen severo. La sub-alimentación está constituida y el paciente se tranquiliza por estar ordenada por el médico. De ahí en adelante no ensaya de volver a comer los alimentos que se han suprimido de sus menús. La nocividad de ellos está admitida. Luégo vienen el enflaquecimiento y el insomnio. En este momento comienzan los verdaderos síntomas causados por la inacción digestiva: los malestares del principio se han vuelto permanentes y serios; los dolores post-prandiales, dolores tardíos; viene la aerofagia y los trastornos secretorios. Las deposiciones son irregulares y la constipación por aminoramiento de los residuos agrava el cuadro. Además, la atonía intestinal y la estasis que de ahí se desprende, con toda la serie de trastornos producidos por la intoxicación agravan el estado psíquico del enfermo.

Generalmente es éste el momento en que comienzan las purgaciones, y los lavados, que exageran la insuficiencia del tono evacuador; luégo viene la dieta, que termina el ciclo. Se puede decir que desde este momento la manía de restricción ha creado la insuficiencia gastro-intestinal con todo su cortejo de síntomas. En adelante, toda tentativa brusca

de alimentación expone al paciente a accidentes graves, que lo mantienen en un estado psíquico lamentable.

Esta evolución se hace por períodos: el enfermo goza de épocas de un relativo bienestar, pero las recaídas se hacen cada vez más frecuentes y más prolongadas.

La insuficiencia gástrica se traduce sucesivamente por hipoclorhidria, relajamiento o contractura del píloro, hiperclorhidria, dolores (fenómenos irritativos secundarios al hipofuncionamiento de la mucosa gástrica).

Del lado intestinal la insuficiencia se caracteriza por constipación, cólicos, putrefacción, diarrea, desecamiento del bolo fecal, irritación de la mucosa y formación de mucosidades en las deposiciones, estasis cecal, balonamiento, etc., etc.

No insistimos sobre la enumeración demasiado conocida de estos síntomas, pero no dejamos pasar inadvertido el hecho de que los fenómenos de hipo e hiperfuncionamiento *gastro-intestinales* dependen todos de una misma causa, bien que ellos sean en apariencia tributarios de causas diferentes.

El *hipo*-funcionamiento de un órgano abdominal lleva consigo períodos de reacción que se traducen por *hiper*-funcionamiento reaccional del mismo. (J. Ch. Roux. *Maladies Digestives*. Tomo II).

La insuficiencia constituida lleva la disminución más o menos completa de las siguientes funciones:

1. De digestión. (Hipo-secreciones-irritaciones secundarias).
2. De evacuación. (Constipación seguida de crisis diarreicas reaccionales).

Del lado del estado general se traduce por:

1. Enflaquecimiento.—Puede ser rápido o lento, y aun puede faltar en algunos casos en que la asimilación queda, a pesar de todo, superior a la desasimilación.

2. Inapetencia.—Es muy constante. Sin embargo en algunos casos parece disimulada. El paciente tiene apetito al comienzo de las comidas, pero con muy poco alimento se siente satisfecho.

3. Astenia.—Se traduce por lasitud, cansancio, inaptitud al trabajo.

El enflaquecimiento. Es el síntoma principal y en la mayor parte de los casos el que mueve al paciente a consultar al médico.

En los individuos de cierta edad se acompaña de una deshidratación muy marcada y muy rebelde al tratamiento.

Para que haya enflaquecimiento es necesario que la desasimilación sea superior a la asimilación. Por eso en algunos asténicos que viven

recostados economizando sus movimientos, en algunos hipotiroidianos con desasimilación lenta, el enflaquecimiento puede faltar.

Puede, además, ser lento y poco acentuado en aquellas personas cuya actividad es puramente cerebral. Rápido y progresivo, al contrario, en los individuos cansados físicamente o que sufren de un ligero hipertiroidismo.

La astenia. Con el enflaquecimiento forma un complejo indisociable. La inaptitud al trabajo, el cansancio físico y moral aislan al individuo de la vida activa. Parece que todas sus preocupaciones, toda su actividad, se limitaran al estudio de sus propias sensaciones. El individuo en estas condiciones pasa la mayor parte del día en espera del resultado, casi siempre perjudicial, de un nuevo alimento que ha introducido en sus comidas. Es un ansioso que vive hipnotizado con el resultado de sus deposiciones.

Algunos de estos enfermos son autoritarios y no admiten ninguna discusión sobre su manía. Otros son tímidos y están dispuestos a reconocer sus errores. Consultan si lo que comen no es suficiente para llevar una vida normal y de relativa actividad. Aceptan los cambios en su régimen anterior; ensayan de buen grado, pero al cabo de poco tiempo terminan por declarar que el nuevo régimen no les conviene. Parece que todas las energías de esta clase de asténicos se redujera al arte de las reducciones cotidianas, y se explica si se tiene en cuenta que con ellas, con la supresión de un alimento cualquiera gozan de un alivio momentáneo.

El defecto en la *cantidad* de los regímenes de estos pacientes es mucho más importante que el defecto en la *calidad* de los alimentos. Los menús monótonos constituyen la alimentación de todos los indígenas, y muchos habitantes de diversos países. Lo que se debe tener en cuenta es la ración alimenticia *total* bajo el punto de vista *calorías*.

En tanto que la disminución de la ración alimenticia (cantidad) engendra más directamente el enflaquecimiento y la neurastenia, la supresión de una categoría de alimentos (calidad) es la causa principal de los trastornos gastro-intestinales y de la enterocolitis notablemente.

Cuando un intestino no ha digerido después de un cierto tiempo una categoría de alimentos dada, ha perdido por esta razón la aptitud, digámoslo así, de digerirlos. Y toda tentativa brusca de reeducación trae como consecuencia inmediata accidentes inevitables. El aforismo "la función crea el órgano" tiene en fisiología gastro-intestinal una significación neta, y no debe perderse de vista cuando se trata de enfermos de la clase que nos ocupamos, especialmente.

La anterior descripción de la manía de restricción se traduce en la práctica corriente en los tipos clínicos siguientes:

1. Tipo maniaco propiamente dicho.
2. Tipo asténico.
3. Tipos asociados.

1. *Tipo maniaco propiamente dicho.*—En este tipo de enfermos la manía de restricción se asocia a otras manías, muy diversas, según el caso.

Es muy tenaz y poco accesible a la sugestión. El pronóstico es reservado, pero en general el enflaquecimiento no llega a ser alarmante sino en los últimos períodos, en los cuales realiza el tipo de la anorexia mental histérica.

Pertenece al dominio de la psico-patología y por lo tanto nuestras observaciones personales no son muy numerosas; sin embargo citaremos dos casos, los que a nuestro parecer son muy demostrativos y clásicos.

Sr. Dr. G. G. 55 años. Político de profesión. Su *exaltación* afectiva se traduce por la intensidad e inestabilidad de su carácter, que se manifiesta por la expresión de sentimientos excesivos y el paso rápido de la alegría a la cólera, o a cualquiera otra actitud extrema. La *exaltación* intelectual es notoria por su gran vivacidad y movilidad en su atención. Su lenguaje es vivo, expresivo, y puede observarse en la recitación de sus dolencias cierta discordancia en sus recuerdos.

Su estado somático es relativamente bueno si se tiene en cuenta que su alimentación no es suficiente para su trabajo físico y moral, a todos puntos de vista excesivo; pero que concuerda con su estado de agitación.

El apetito es casi nulo, y sufre de una constipación tenaz. Esta es la causa que lo ha movido a consultar a casi todos los médicos de la ciudad. Ha ensayado todos los medicamentos laxantes y asegura que no hay otro medio para vencer su constipación que los lavados intestinales, los que practica casi todos los días.

Su constipación data de unos diez años, y desde entonces ha reducido la cantidad de alimentos para evitar que el exceso de residuos alimenticios lo intoxique. Ha hecho a su manera una fisiología especial de su caso, y explica con detalles extremadamente curiosos la evolución de su manía de restricción en relación con su constipación.

Todos los exámenes radiológicos, que son muchos, corpológicos y químicos, han sido negativos.

Los primeros ensayos de sobre-alimentación que hemos hecho le han producido trastornos netamente subjetivos. Sin embargo hemos logrado, con mucha dificultad, y haciendo uso de toda nuestra diplomacia, una ligera mejoría que nosotros apreciamos por un aumento de un

kilo y medio de peso en el curso de tres meses. A pesar de esto somos escépticos y nuestro pronóstico es reservado.

Debemos advertir que no ha sido posible cambiar el tratamiento de los lavados intestinales para su constipación.

Srita. M. G. 52 años. Sin profesión. Temperamento afectivo muy excitable por épocas, en las cuales su estado general se agrava.

Los trastornos gastro-intestinales de que se queja desde hace ya más de quince años, han presentado sucesivamente todos los síntomas registrados en la patología digestiva. Hace de ellos un recuento muy detallado, sirviéndose de frases rebuscadas y con una marcada exageración en la mímica.

Para esta enferma, lo más importante de su historia clínica es el régimen alimenticio que ha seguido durante el curso de su enfermedad y la manera como ha podido variarlo sucesivamente de acuerdo con sus dolencias.

En un momento dado se alimentaba solamente de frutas y algunas legumbres. Se debilitó tanto que tuvo que usar la leche, pero abusó de este alimento hasta el punto de que hoy día le es intolerable.

En todo el curso de su historia hemos podido observar una disminución total en su alimentación, pues a pesar de que la enferma cambiaba con frecuencia sus menús, la cantidad en ninguno de ellos era suficiente para llevar una vida normal.

En los exámenes que hemos practicado no hemos podido encontrar ninguna causa orgánica suficiente para producir los síntomas gastro-intestinales de que se queja. Es natural que la subalimentación haya producido un relajamiento de las paredes abdominales, y una gastro-coloptosis de 2 grados, muy neta, en la radioscopia.

La enferma acepta los cambios en el régimen, durante el tiempo que está en la consulta, pero luégo, al llegar a la casa, resuelve continuar con su menú, que ella ha establecido. No hemos logrado ninguna mejoría en esta enferma. Hemos ensayado los medios físicos: infrarojos, helioterapia, hidroterapia. En cuanto hemos podido, la sugestión. Los cambios de régimen. Algunos medicamentos. Su estado es el mismo en que la vimos por primera vez el 23 de septiembre de 1931. Su peso es de 48 kilos. 1 metro 64 cts. de estatura.

2. *Tipo asténico.*—El más frecuente de todos. Principia de un momento a otro y se agrava progresivamente. Los enfermos de esta clase reaccionan fácilmente a la sugestión, al reposo, y son susceptibles de curar más o menos rápidamente de su manía, que se ha instalado en ellos generalmente por una causa bien determinada: pena moral, emoción, etc., etc.

R. S. Natural de Bogotá. 58 años. Comerciante.—Ha gozado de buena salud hasta hace unos dos años. Por esa época tuvo necesidad

de hacer un análisis de orina, para un aseguro de vida, en el cual se encontró un poco de azúcar. El médico a quien le consultó le diagnosticó una glicosuria alimenticia pasajera, y le recomendó que disminuyera un poco los hidratos de carbono de su alimentación.

El paciente se preocupó mucho y nos dice que de ahí en adelante el temor de volverse diabético lo obligó a reducir mucho su alimentación, y además comenzó a sufrir de una dispepsia, con aerofagia y constipación.

Cuando tuvimos ocasión de verlo por la primera vez había perdido 10 kilos de peso en año y medio. Sufría de una colitis mucosa con putrefacciones. Hacía 15 días que guardaba cama porque "no tenía fuerzas para trabajar". Practicamos en él metódicamente todos los análisis y exámenes necesarios para despistar una causa orgánica a la cual pudiéramos atribuir todos esos trastornos. Los exámenes de orina no presentaron huellas de azúcar. A la radioscopia se podía apreciar una gastro-coloptosis de 2 grados. Parásitos intestinales: negativo en seis exámenes practicados con ocho días de intervalo.

En vista de estos resultados pensamos que se trataba de una manía de restricción, tipo asténico, producida en un individuo de constitución nerviosa, por el hecho de la presencia de azúcar en sus orinas y el miedo de volverse un diabético.

Como su colitis era con putrefacciones, resolvimos aumentar la cantidad de hidratos de carbono, haciendo analizar metódicamente sus orinas. Como no se volvió a encontrar azúcar en ellas, el paciente mejoró mucho moralmente y tuvo más confianza en el régimen nuevo, que le habíamos instituido. Al mismo tiempo le ordenamos 20 gramos de subnitrito de bismuto, en ayunas, durante 15 días, reposo de 10, y así sucesivamente, con el objeto de tapizar la mucosa cólica e impedir las irritaciones de ella por las putrefacciones intestinales. No olvidamos dejarle varias series de inyecciones "reconstituyentes", que nos pidió el enfermo.

Fuimos variando poco a poco los menús, hasta que terminamos por alimentarlo normalmente. En el curso de siete meses y medio que hemos seguido este enfermo hemos logrado recuperar 7 kilos. Actualmente su estado es floreciente. Pronóstico muy favorable.

Srita. A. P. 27 años. Sin profesión. Peso, 46 kilos. Estatura, 1.56. Ha gozado de buena salud en general, y solamente hasta hace unos dos años, después de una pena moral, comenzó a sufrir de trastornos dispepticos variados y a quejarse de puntos dolorosos abdominales sin localización precisa.

Por causa de la pena moral sufrida, la enferma perdió el apetito, y de ahí comenzaron los subsiguientes trastornos debidos a la inactividad digestiva: astenia, insomnio, enflaquecimiento, trastornos funcio-

nales gastro-intestinales variados, y más que todo subjetivos, y esa tendencia morbosa de analizar las sensaciones internas.

Igual que en el caso anterior, practicamos todos los análisis y exámenes que creímos necesarios, y ninguno nos dió la clave ni el origen de los trastornos que observamos. Pensamos, pues, que se trataba de un caso de manía de restricción, creada inconscientemente, en este caso particular, por una pena moral. El hecho de que el régimen metódico de sobrealimentación progresiva nos diera tan buen resultado como en el caso anterior, confirmó nuestra tesis.

Las historias clínicas que poseemos de este tipo de enfermos son bastante numerosas, pero como nos parecen suficientemente demostrativas las dos historias clínicas que acabamos de transcribir, pasaremos al estudio del tipo siguiente.

3. *Tipos asociados*.—Son aquellos donde la manía de restricción, en lugar de ser primitiva y esencial, es secundaria a una enfermedad orgánica, infecciosa o parasitaria. Lo que llama la atención en estos casos es que la costumbre de restricción, en parte justificable, toma proporciones tales que termina por dominar el cuadro clínico que se presenta.

Así es que la mayor parte de los síntomas del paciente, enflaquecimiento, astenia, inapetencia, insomnio, cólicos, diarrea, etc., etc., parecen ser su consecuencia. Lo que nos permite pensar así es que casi todos estos síntomas se atenúan poco a poco a medida que el enfermo ha vuelto a su alimentación, a su apetito y a su peso normales.

A la interpretación de estos casos de manía de restricción secundarios o consecutivos a causas orgánicas se une muy estrechamente el problema del papel que juegan las ptosis.

A este respecto hay que tener en cuenta un hecho de observación que se controla fácilmente por la radioscopia y es que los individuos que se alimentan abundantemente, "obesos del vientre", tienen de preferencia un estómago pequeño que se evacua bien y está sostenido por un trasverso bien colocado.

Al contrario, las ptosis más marcadas se encuentran en los individuos enflaquecidos.

La función crea el órgano. Esta ley debemos tenerla muy presente; y cuando decimos que la mayor parte de las ptosis son debidas a la subalimentación, nos basamos en hechos de observación radioscópica y en la influencia favorable que hemos podido apreciar con la sobrealimentación.

No olvidamos, al hacer esta afirmación, las demás causas capaces de producir la gastro-coloptosis, y solamente queremos insistir en el hecho de que la disminución de alimentos es la causa primordial del relajamiento muscular y elástico de los órganos intrabdominales.

Es esta la razón por la cual dijimos más arriba que la ptosis es

el resultado y no la causa de la manía de restricción. Para hacer la prueba absoluta que confirme nuestra tesis sería necesario seguir radiológicamente desde la infancia un gran número de estómagos en sus deformaciones sucesivas causadas por la subalimentación, trabajo que aun no ha sido hecho o que por lo menos no conocemos. Pero la experiencia clínica y los antecedentes de los enfermos demuestran claramente nuestra afirmación, y sobre esto nos hemos basado para postularla.

Por otra parte, es sabido que un gran número de ptósicos gozan de un apetito normal y de una evacuación gástrica e intestinal perfectas, a pesar de su ptosis.

Esta es una prueba complementaria que indica que la ptosis no los obliga en manera alguna a tomar la costumbre de las restricciones alimenticias. Antes por el contrario, una buena alimentación estimula en ellos su peristaltismo.

A esta clase de enfermos se les puede designar con el nombre de "ptósicos bien compensados" para oponerlos a los "mal compensados", en los cuales las funciones digestivas se hacen lentamente, y en quienes interviene además un factor asténico constitucional, que hace nacer en ellos la costumbre mental de la restricción.

Son estos enfermos únicamente los que pertenecen al tipo que estamos describiendo bajo el nombre de "tipos asociados", pues a una ptosis de origen poco definido se agrega la manía de restricción, que agrava el cuadro clínico de una manera lamentable, aumentando la astenia y el relajamiento muscular.

Los casos de manía de restricción secundaria a una afección orgánica, infecciosa o parasitaria, son los más frecuentemente observados. Se pueden ver casi todas las afecciones gastro-intestinales complicadas por la manía. Naturalmente las más comunes de entre ellas, en Bogotá, son las que traen mayor número de observaciones clínicas.

Nuestra poca experiencia nos enseña que la colitis crónica ambiana es la afección más común entre nosotros.

Sucede con frecuencia que es ignorada; además, como se presenta una sintomatología tan compleja y diferente en cada caso particular, los diagnósticos varían.

La localización de las ulceraciones producidas por el protozoo en el intestino hacen variar los síntomas de una manera desconcertante.

Por ejemplo, adyacentes a la región apendicular, se confunden con la apendicitis. En la región del colon transversal producen un reflejo pilórico que se traduce por espasmo del mismo, espasmo funcional que presenta una sintomatología análoga a la de las úlceras justapilóricas y a la de algunas colecistitis. En el colon descendente los síntomas son los de cualquier colitis banal. Además, la diarrea o la constipación; las alternativas de constipación seguidas de crisis diarreicas no tienen

nada de patognomónico y pueden confundirse con cualquier otra entidad clínica de patología digestiva.

La astenia que se observa en la amibiasis intestinal crónica favorece muy notablemente el desarrollo en el individuo que la sufre, de la manía de restricción. Y se explica porque el individuo asténico y cansado sigue una vida muy poco activa, la que unida a la astenia y al deseo de mejoría hacen que el paciente ensaye regímenes, medicamentos, restricciones, que terminan por alterar más o menos las funciones gastro-intestinales.

Estas alteraciones implican nuevas restricciones que unidas al mal estado de la mucosa intestinal, a la falta de nutrición consiguiente, crean un estado general lamentable y que desgraciadamente se observa con mucha frecuencia entre nosotros.

Por estas razones insistiremos aquí en el estudio de la manía de restricción secundaria o consecutiva a una amibiasis crónica, y las dos historias que transcribimos en seguida se relacionan expresamente con ella.

R. P., 32 años. Hacendado. Natural de Ibagué. Ha vivido en Bogotá los últimos cinco años. Su afección principió hace unos diez años más o menos. Gozaba de buena salud hasta esa época en que comenzó a sufrir de trastornos digestivos consistentes en dolores después de las comidas, aerofagia, estado nauseoso, vómitos; síntomas que se fueron agravando poco a poco, hasta que lo obligaron a consultar al médico. Se le diagnosticó una úlcera en el estómago. Siguió un régimen severo durante un año y obtuvo una mejoría relativa en cuanto a sus dolores; el estado general no había mejorado nada, y según nos dice su enflaquecimiento era tal que se vió obligado a guardar cama por más de tres meses.

Cansado de esta medicación consultó un médico homeópata que lo mejoró notablemente por medio de glóbulos (no sabemos cuáles), y con aplicaciones calientes sobre el vientre de un emplasto de yerbas vegetales. Al mismo tiempo le aconsejó una alimentación más nutritiva de la que hasta entonces había llevado. Así lo hizo, pero el aumento del régimen alimenticio le ocasionó de nuevo dolores, vómitos y crisis diarreicas, seguidas de constipación.

En ese momento llegó a Bogotá, y de nuevo le diagnosticaron una úlcera del estómago. Siguió tomando alcalinos, y llevando un régimen de comidas desde todo punto de vista insuficiente.

Nosotros tuvimos ocasión de verlo el 16 de junio de 1931 por la primera vez. Su estado general era deplorable. Pesaba 48 kilos y medio. Estatura, 1 metro 70 cms. Tensión arterial (Vaquez-Laubry), 11.5. El examen clínico nos permitió solamente notar el gran enflaquecimiento, y la relajación de las paredes abdominales. Cuando cólica del lado izquierdo. Se alimentaba solamente de leche, pastas y algunas cremas.

Los demás alimentos le producían cólicos, diarreas o vómitos. Estaba muy excitado y dormía muy poco y con la ayuda de hipnóticos. Había suspendido por cansancio toda medicación desde hacía seis meses. Nos decía que la sola presencia de los alimentos le producía “crisis nerviosas”.

Cuatro exámenes solicitando “sangre”, fueron negativos. En seis exámenes de materias fecales encontramos tres veces quistes de amiba histolítica.

Dos exámenes radioscópicos hechos con un mes de intervalo no nos dieron imagen ninguna de úlcera. Solamente se podía apreciar una gastro-coloptosis de 3 grados. Un examen radiográfico hecho por un radiólogo especialista confirmó los datos que habíamos obtenido con la radioscopia.

Examen del jugo gástrico: insuficiencia ácida.

En vista de los exámenes anteriores, negativos, o mejor dicho, en los cuales no pudimos encontrar una causa suficiente para llevar al paciente a ese estado, pensamos que podría tratarse de una manía de restricción secundaria a una amibiasis crónica, que había complicado de tal manera, que la amibiasis era nada, por decirlo así, en relación con la desnutrición.

Instituimos primeramente un tratamiento antiamibiano, que comenzamos con Pasta de Ravaut alternada con comprimidos de Stovarsol de 0,25 cent., durante veinte días. Descanso durante quince días, en los cuales el paciente tomaba “20 gramos de subnitrate de bismuto” en ayunas; y así sucesivamente, cinco tratamientos.

Para mejorar el estado general, el más alarmante de todos, aconsejamos al enfermo guardar cama durante mes y medio. La alimentación no la variamos sino al cabo de diez días, en que ordenamos un poco de mantequilla fresca al desayuno, un trozo de carne asada en el almuerzo, más la leche, las cremas y las pastas. Al cabo de dos meses le hicimos una serie de aplicaciones de infra-rojos, que según el paciente fueron la causa principal de su mejoría. Para levantarse usaba una faja abdominal.

A los seis meses, en vista de que aún existía un espasmo cólico marcado, le aconsejamos que tomara diez gotas de Bellafolline antes de las comidas. Sus deposiciones fueron más regulares.

Aumentamos el régimen alimenticio y tuvo una fuerte recaída, y después de quince días de reposo en la cama, logramos con mucho trabajo que persistiera en nuestro último régimen. Al mismo tiempo continuamos con el tratamiento antiamibiano por medio de lavativas de 0,15 cent. de 914 durante veinte días, dejando un día de intervalo entre cada una.

Al terminar este tratamiento el enfermo había ganado desde el día

que lo vimos por primera vez 7 kilos y medio de peso. Tenía más confianza, por otra parte, en su digestión.

Al mes y unos días se presentó una nueva recaída con diarrea, cólicos, tenesmo y algunas deposiciones con sangre. El examen coprológico nos dió: "formas vegetativas de amiba histolítica". A pesar de que aún estaba muy deprimido, le aplicamos una serie de inyecciones de emetina de 0,05 cent., al mismo tiempo que una caja de inyecciones de Tonikeína. La crisis aguda terminó y continuamos con Stovarsol, Pasta de Ravaut, como al principio.

El 12 de junio pasado vimos nuestro enfermo. Ha ganado 8 kilos de peso. Su tensión arterial es de 13.7 (Vaquez-Laubry). Se fatiga fácilmente, pero duerme bien y su apetito es satisfactorio. Conserva una fobia por los huevos y el café. Los síntomas gástricos han desaparecido totalmente. El examen coprológico hecho el 13 de junio pasado, previo purgante de sulfato de magnesia, nos dió: "abundantes quistes de amiba histolítica".

M. V. 36 años. Costurera. Natural de La Mesa. Vino a consultarnos el 26 de julio de 1931, porque desde hacía más de tres años sufría de crisis diarreicas acompañadas de mucosidades, cólicos, tenesmo. Peso, 45 kilos. Estatura, 1 metro 54 ctms. Tensión arterial LL|6 (V. L.)

Desde que comenzaron los trastornos intestinales redujo su alimentación y excluyó de sus menús huevos, grasas, fritos y carne. Su apetito es nulo, duerme muy mal, y se fatiga con una facilidad extrema. Es muy excitable y su lenguaje es vivo y variado.

El examen radioscópico nos mostró una gastrocoloptosis de 2º grado; el quimismo gástrico, una insuficiencia ácida. El examen coprológico, practicado en momento de crisis aguda diarreica: "formas vegetativas y quísticas de amiba histolítica".

Instituimos un primer tratamiento emeto-arsenical y obtuvimos muy buen resultado bajo el punto de vista intestinal. Imposible hacerle cambiar el régimen de alimentación. Insistimos en el tratamiento anti-amibiano: Pasta de Ravaut, belladona, spirocid, descanso de 20 días y luégo lavados de 0,15 cent. de 914 cada tercer día durante 20 días.

Nuevo examen coprológico, con resultado negativo. A pesar de esto el estado general continúa como al comienzo del tratamiento. Sigue con su régimen de pastas, feculentos, harinas, legumbres, y todo en muy poca cantidad.

Hasta la fecha toda tentativa que hacemos por variar y aumentar el régimen ha sido infructuosa: nuestra enferma no hace ningún esfuerzo por alimentarse mejor. Su estado general continúa como al comienzo del tratamiento. Su peso es el mismo. Su tensión arterial igual.

Por lo que se puede deducir de los anteriores casos clínicos de manía de restricción alimenticia, el tratamiento de ella es múltiple y tan variado como es el psiquismo de cada individuo que la sufre.

La confianza que el paciente acuerde espontáneamente a su médico, el azar de un momento favorable, la fuerza de una sugestión terapéutica, producen un cambio súbito en la conducta de alimentación que lleva el enfermo. Así se explican algunos éxitos terapéuticos al parecer muy diversos.

En la manía de restricción consecutiva o secundaria a una afección orgánica, infecciosa o parasitaria, el tratamiento de la causa inicial es claro y de una importancia notoria.

La necesidad de practicar todos los exámenes suficientes que puedan aclarar el diagnóstico es obvia. Pero lo que no debe perderse de vista es el hecho de que tales pacientes sufren más de su insuficiencia digestiva que de la enfermedad que la ha producido. Así, pues, la institución de un régimen de sobrealimentación progresiva es de una importancia capital. Pero no se debe proceder directamente contra las concepciones del enfermo, sino que se debe tratar diplomáticamente de hacer aceptar los diversos alimentos que había rechazado, con razón o sin ella, anteriormente.

De una manera general se puede decir que es según las modalidades en cada caso particular como el resultado del tratamiento será más o menos satisfactorio.

En conjunto, nosotros hemos obtenido tantos éxitos como resultados desconcertantes.

Nuestro trabajo, como lo decíamos anteriormente, no se puede llamar completo. Tiene por objeto agrupar en una sola entidad nosológica una serie de síntomas que se encuentran esparcidos en las descripciones de las ptosis, dispepsias, enterocolitis, etc., etc., que tienen una etiología y una patogenia comunes, una misma expresión clínica: la insuficiencia digestiva por manía de sub-alimentación; y un solo tratamiento eficaz: aquél que trata la manía en sí misma. Además, señalar la importancia que ha adquirido en Bogotá, en vista de la frecuencia cada vez mayor con que se presenta a medida que las condiciones de vida se hacen más difíciles.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR HERNANDO ANZOLA CUBIDES

Por el Dr. Carlos Tirado Macías.

"Sobre algunos casos de manía de restricción en patología digestiva" titula el doctor Hernando Anzola Cubides un trabajo de trascendencia y de oportunidad innegables, con el cual aspira el signatario, acreedor por mil títulos a las distinciones que otorgan nuestras corporaciones científicas, a ingresar como Miembro de número de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

El síndrome sobre el cual se mueve como en campo propio el agudo espíritu clínico del doctor Anzola Cubides, es de observación diaria y no hay exageración en afirmar que tanto el médico como el cirujano, tienen que someter a él decisiones de grave importancia, sin parar mientes en que por encima de la maraña de una complicada sintomatología digestiva existe una perturbación mental que pasa frecuentemente inadvertida, constituyendo el escollo contra el cual se estrella la terapéutica no orientada hacia la verdadera etiología del mal que se trata de remediar.

Si se agregara a estas consideraciones la manía de imponer la moda, sobre todo en las altas clases sociales, en que ya es de uso corriente, para impedir el engrasamiento simplemente alimenticio, disminuir, a veces en términos increíbles, las raciones necesarias para la marcha normal del organismo, se llega a la conclusión de que el autor de la Memoria que comento, señala un problema de alta trascendencia social en la solución del cual tienen que intervenir, con la severidad que la cuestión requiere, los principios que hoy rigen sobre ritmo del metabolismo orgánico, so pena de ver acentuarse estigmas de degeneración y entidades patológicas que no pueden remediarse sino dando al organismo los elementos necesarios para reproducir el factor estético que se trata de corregir con una interpretación errónea de las leyes biológicas.

Es muy cómodo, para fijar las ideas en asunto de tanta entidad, la agrupación esquemática que hace Anzola Cubides de los perturbados en su estado de nutrición. Dentro de las seis categorías que señala el autor, cabe la inmensa gama de estos enfermos que son capaces de desviar el criterio clínico más sagaz si no se tienen presentes los tipos mórbidos que, en mi concepto, dan cabida a todas las variedades observadas. Desde una predisposición hereditaria neuropática hasta el abuso

de regímenes alimenticios y medicamentosos, mencionando naturalmente los endocrinianos, los sobrecargados, los portadores de enfermedades orgánicas, etc., nos da Anzola Cubides, con un excelente criterio didáctico, normas precisas para solucionar dificultades que, observado el fenómeno superficialmente, parecen invencibles. No hay práctico que no tenga de estas dificultades un recuerdo ingrato. Por eso las nociones que fija con tanta claridad Anzola Cubides, son de las que sirven en el ejercicio diario de la medicina, porque ponen un tono de claridad donde antes reinaban las ambigüedades, y hacen del dominio de la clínica y de la terapéutica generales, principios que antaño parecía dirigidos por conocimientos rígidamente especializados.

Las perturbaciones funcionales y orgánicas que produce la restricción alimenticia dan ocasión al autor de esta Memoria para describir certeramente una sintomatología muy rica en matices y por lo mismo difíciles de interpretar cuando se desconocen las nociones etiológicas y patogénicas sobre las cuales insiste con tanta razón quien sabe de sobra que sólo el análisis dilatado y preciso, y no el azar, conducen al diagnóstico.

El trabajo de Anzola Cubides, que es fruto de sus facultades de investigador, está autenticado con observaciones personales que demuestran cuánto se puede lograr con un enfermo que se estudia concienzudamente. Porque la sobrealimentación, que al fin y al cabo es la terapéutica heroica en estos casos, constituye para organismos apocados por tan diversas taras un problema insoluble para quien no tiene presentes los recursos de que dispone el arte, para vencer el hipofuncionamiento orgánico que es el resultado postrero de la insuficiencia en las raciones alimenticias.

Entre los enfermos curados por el autor, me llaman especialmente la atención los portadores de quistes amibianos, tan comunes entre nosotros y que son como lugar de cita de las perturbaciones de todo orden de que he venido hablando. Apenas hay enfermos en quienes la lesión intestinal obre más directamente sobre las facultades psíquicas y sobre el tonus general del organismo. El temor a la repetición de las crisis disenteriformes, los dolores sordos a veces, interrumpidos por crisis de que son víctimas, las colitis crónicas, las complicaciones hepáticas, las perturbaciones vesicales, etc., crean ese tipo neurasténico de observación cotidiana que le teme a todas las sustancias alimenticias porque las considera causas de sus padecimientos, que rehuyen el trato social por temor a un desplante digestivo, que esquivan todo trabajo por astenia y por falta de iniciativas, y que terminan por aislarse y convertirse en parásito social. Conozco casos de estos, tratados por el doctor Anzola, en que los resultados han sido totalmente satisfactorios, y no me admiro de ello, porque al lado de los grandes maestros de la patología digestiva, se formó su criterio en Francia sobre estos altos

tópicos científicos y tan concienzuda fue su labor que su tesis de doctorado en París, sobre amibiasis intestinal, se hizo acreedora a una mención honorífica, cuya justicia soy el primero en reconocer.

Tales son, a grandes rasgos, los méritos reales del trabajo que presenta Anzola Cubides para adquirir el derecho de ocupar una de las sedes vacantes de nuestra Sociedad de Cirugía. Fuera de la competencia científica, sancionada ya por una clientela distinguida y numerosa, comprobada además por la eficacia con que sirve los servicios hospitalarios a él confiados, tiene asimismo el candidato la noble ejecutoria de haber sido uno de los Internos con que inició sus labores el Hospital de San José, en épocas en que esa obra del desinterés y del patriotismo, hoy en pleno apogeo, necesitaba el concurso de inteligencias y de voluntades sabedoras de que era preciso una lucha levantada y limpia, para sacar del terreno de los prejuicios el noble ideal de quienes colocaron la primera piedra.

Teniendo en cuenta las razones que acabo de exponer y que ameritan suficientemente al candidato, me cabe el honor de proponeros:

“Nómbrese al doctor Hernando Anzola Cubides como Miembro de Número de la Sociedad de Cirugía y procédase a la elección correspondiente”.

LA DEONTOLOGIA COLEGIADA

Uno de los grandes obstáculos que han surgido ante todos los proyectos más o menos entusiastas de la Federación Médica de Colombia consiste en la mira económica de la mayoría de las iniciativas. Acababa de efectuarse una seria reunión tendiente a la realización definitiva del plan de federación, y para explicarla surgió el artículo periodístico que hablaba de la situación penosísima de la profesión en el país, del proletariado intelectual y de otras minucias que nos exhibían como una clase desamparada y condenada al fracaso si una acción conjunta de defensa mutua no venía a apoyarla.

Es natural que los médicos que no se consideran fracasados, y que no necesitan del apoyo económico que podría prestarles la Federación, menosprecien las iniciativas, y sean los mejores puntales de estas ideas los médicos sin clientela, que tratan de atribuir toda la culpa de su fracaso a la competencia de los curanderos, "teguas", charlatanes, magos y sonámbulos y hasta a las mismas asociaciones de beneficencia.

Por fortuna, el último empuje que se le ha dado a la idea cuenta con el prestigio de profesionales que no necesitan la solución de su problema económico propio, y consideramos necesario aprovechar la ocasión de este artículo para exaltar su actuación generosa, que ojalá sea interpretada justamente.

Es el caso que la Federación Médica tiene fines más altos que la simple defensa del profesionalismo. Si es necesaria y urgente una legislación que proteja al profesional colombiano contra las actividades del charlatanismo, y si es conveniente que contra las medidas chauvinistas de ciertos países contestemos nosotros también entornando más y más las puertas del ejercicio profesional a los naturales de aquellos países, no es menos urgente emprender una campaña de autodepuración, de revisión deontológica que venga a luchar contra la impunidad de ac-

tuaciones inescrupulosas que se quedan entre nosotros sin sanción alguna.

La Federación o Colegio Médico de Colombia ha de ser ante todo un tribunal de ética deontológica, la salvaguardia y el amparo de la moral profesional. El solo título que acredite como miembro de la Federación de Médicos de Colombia ha de ser un salvoconducto de honorabilidad, eficiencia y conciencia científicas, y la expulsión justificada de la Federación, la sanción moral más ineludible, más castigadora que todas las prisiones físicas.

Las más altas cumbres de la ciencia nacional no sólo verían como conveniente, sino como necesario, el pertenecer a la Federación y el entusiasmarse por apoyar sus actividades, si el fin principal de su fundación tuviera un fondo más ético y menos pecuniario, y con tan bien cimentados auspicios, la Federación Médica Colombiana vendría a ser un hermoso edificio, fuerte y formidable, capaz de resistir a los embates de todos los vientos y de todas las mareas.

Y desde su iniciación, hasta la plena actividad de las labores, la Federación Médica de Colombia sabría responder si es justa o injustificada la sospecha de "crisis de carácter" de que se han resentido nuestras relaciones entre profesionales. La autodepuración del cuerpo médico necesita una enérgica actitud, ajena a todos los compadrazgos, y tanto más habrá de agradecer la moral médica nacional a los hombres consagrados que presten su prestigio a la limpieza, cuanto esta sea más completa y definitiva.

Y cuando la Federación Médica de Colombia haya iniciado esta labor dolorosa y necesaria, desde el punto mismo en que en su programa de acción resplandezca el artículo referente a que no han de pertenecer a ella quienes estuvieren manchados por faltas contra la deontología médica, entonces sí será fácil y será justa toda medida defensiva de orden económico.

La Federación, con fines netamente pecuniarios es antipática, y está destinada al fracaso. La tradicional abnegación de la Medicina le impone gran recato en sus actuaciones colectivas, y sólo un programa deontológico y científico puede atraer a la Federación en proyecto el prestigio total de todos los consagrados.

Francisco Gnecco Mozo.

SEÑORES MEDICOS

Nos permitimos poner en su conocimiento que la primera serie anual de la "Revista Médica de Bogotá" ha terminado con el

Número 512

y por tanto rogamos a ustedes se sirvan cubrir el abono a la segunda serie, de la cual se han publicado los números 513 a 523.

Las suscripciones que no estén cubiertas en oportunidad se considerarán canceladas y suspenderemos el despacho.

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Administración:

Editorial CROMOS. Apartado 442. BOGOTA.

