PRIMERAS INTERVENCIONES GINECOLOGICAS EN COLOMBIA

(Primera parte)

Fernando Sánchez Torres*

En artículo anterior reseñamos que el doctor Antonio Vargas Vega publicó en el primer número de "La Lanceta" haber extirpado en Bogotá un pólipo uterino "a una señora mui distinguida de la ciudad". Esto fue en 1852, y se constituyó en la primera noticia cierta que conocemos acerca de intervenciones ginecológicas. Más tarde hay constancia de que fue el doctor Leoncio Barreto quien practicó de primero una ovariectomía, en 1864. Es seguro que variadas intervenciones de tipo ginecológico hubieron de practicarse en la segunda mitad del siglo XIX, pero muchas de ellas quedaron inéditas, por no existir medios apropiados de divulgación o por falta de interés de sus autores. A continuación vamos a intentar reconstruir la secuencia histórica de la cirugía ginecológica, desde la época en que aparecieron documentos fidedignos, hasta principios del presente siglo que es cuando se establece ya, con personalidad propia, la ginecología como una especialidad médica.

Junto con los grandes tumores de ovario, los grandes tumores uterinos se constituyeron en las primeras indicaciones que obligaron a los cirujanos a someter al riesgo incierto de la cirugía a las desafortunadas mujeres que los padecían. Dado que la ovariectomía fue una intervención que por

sí sola se convirtió en verdadero hito en la evolución de la cirugía abdominal, a ella le dedicamos antes un capítulo especial. Veamos ahora lo sucedido con los tumores del útero.

En las últimas décadas del siglo pasado los miomas uterinos se trataban médica o quirúrgicamente. La primera modalidad, encaminada a controlar la complicación hemorrágica, consistía en la administración de cornezuelo de centeno o de **hidrasitas canadiensis** en forma de extracto fluído. El proceder quirúrgico estaba indicado cuando el volumen del tumor o su localización comprometían seriamente la salud de la enferma.

La extirpación de los miomas intrauterinos y submucosos se hacía por vía vaginal, dilatando el cuello uterino y seccionándolo lateralmente si era necesario. Digitalmente se localizaba el tumor y se incidía la mucosa en el sitio más saliente; con el mismo dedo se trataba de enuclearlo, o a lo menos se procuraba romper la mayor parte de las adherencias. Después se taponaba el útero con gasa yodoformada y se esperaba el aborto o el parto del tumor, según fuera su ta-

---

* Profesor Asociado del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

maño. Cuando el fibroma era subseroso y gigantesco se apelaba, con todos los riesgos de suponer, a la histerectomía abdominal.

En agosto de 1888, en Sincelejo, el doctor Manuel Prados O. operó un mioma pediculado a la señorita C. M., de 27 años, virgen, quien, como consecuencia de la intervención, falleció en estado de septicemia. En octubre de 1888, el doctor José Tomás Henao refiere haber practicado, en varias ocasiones, la extirpación de pólipos uterinos con el constrictor de Chas-saignac o "asa de cadena". Por su parte, el doctor Oscar Noguera extrajo en Bogotá en 1889 un gran mioma por vía abdominal, con magníficos resultados. El 10 de abril de 1891, el doctor Guillermo Forero hizo en Bucaramanga una laparotomía para extirpar un "fibroma quístico"; la enferma falleció. En Cali, el 3 de febrero de 1892, el doctor Pablo García Aguilera operó por vía abdominal un fibroma submucoso que pesó 3.700 gr.; la enferma sobrevivió. En La América, fracción de Medellín, el doctor Tomás Quevedo ejecutó el 11 de julio de 1892 una miomectomía abdominal, con resultado fatal.

La era antiséptica de la cirugía en Colombia comienza en 1887. Se inicia entonces también con la gran cirugía abdominal. No es fácil poder establecer a quien corresponde la primacía entre nosotros de haber llevado a cabo la histerectomía abdominal, pues si nos atenemos a lo manifestado por el profesor Rafael Ucrós Durán en la sesión ordinaria del 4 de septiembre de 1908 de la Academia Nacional de Medicina, pudo ser el doctor Oscar Noguera quien, en Bogotá, realizó esta hazaña. Desafortunadamente no quedó constancia de la fecha exacta; tan solo hacemos los cálculos basados en lo que dice la respectiva acta: "El doctor Ucrós presen-

tó una observación de una eventración operada por él, que la hace interesante el haber sido ocasionada por una histerectomía abdominal, practicada por el doctor Oscar Noguera **hace 21 años** (el subrayado es nuestro). Cree el doctor Durán que es la primera histerectomía practicada con buen éxito en Colombia y la presenta como un hecho que debe recogerse en la historia de la cirugía". Por lo anterior deducimos que dicha intervención fue ejecutada por el doctor Noguera en 1882. Nos inclinamos a creer que bien pudo ser esta la primera histerectomía abdominal adelantada con éxito, pero que la primacía de su práctica hay que concedérsela a Juan Evangelista Manrique. Fue el día 6 de Junio de 1887 y todos los detalles de este caso fueron referidos por el autor y recogidos en 1893 en la tesis de grado de Manuel Antonio Pérez. Hélos aquí:

"La señorita M. R. tiene veintisiete años de edad. Entre sus antecedentes de infancia no encuentro nada particular que merezca especial atención. Nació en Chocontá, en donde pasó los primeros años de su vida, y después ha vivido indistintamente en Bogotá y en Guatavita. La menstruación principió sin ningún fenómeno morboso a la edad de 13 años, y de esta época en adelante transcurrieron cinco años durante los cuales la señorita R. gozó de buena salud salvo un ataque de disentería que le duró dos meses, y dos o tres ataques histero-epilépticos acaecidos con motivo de sufrimientos morales. Cuando vivía su 19º año de existencia, los ataques histero-epilépticos se volvieron más frecuentes y coincidían casi siempre con los primeros fenómenos de la congestión catamenial.

Esta función principió a ser dolorosa hasta el punto de obligar a la señorita R. a guardar la cama, a causa

de la intensidad de los dolores lombo-abdomino-genitales que se presentaban durante los dos primeros días de la fluxión ovariana.

Residía entonces en Guatavita, y alguna persona de su familia consultó a algún profesor de esta capital, con el objeto de encontrar algún medio de tratar los ataques histero-epilépticos que hasta esa época dominaban la escena morbosa de la señorita R. Por consejo autorizado se trataron desde entonces los ataques histero-epilépticos con el bromuro de potasio, y la compresión ovariana. Esta última maniobra se hacía bárbaramente por medio de las rodillas de una señora atlética que montaba, por decirlo así, sobre la señorita R., desde que principiaba el ataque, colocando una rodilla sobre cada fosa ilíaca y sólo descendía cuando pasaba el ataque. Naturalmente, después de cada ataque la señorita R. quedaba extenuada y con el vientre tan adolorido que difícilmente soportaba la compresión de los vestidos. Los ataques se fueron alejando hasta el punto que en estos últimos seis años sólo ha tenido dos o tres; pero cosa singular, a medida que se han alejado los ataques, la menstruación ha ido siendo más y más irregular. El espacio comprendido entre cada molímen ovariano se ha ido acortando y la menstruación se ha ido convirtiendo en una verdadera hemorragia (menorragia). Al principio estas hemorragias se calmaban con el reposo en la cama, durante diez o doce días. Los dolores en el bajo vientre y en la fosa ilíaca derecha, como en el muslo correspondiente, se hicieron tan intensos, que la señorita R. no podía caminar cuando los tenía y hasta la acción de coser los despertaba.

Hace cuatro años, poco más o menos, principió a notar "una bola dura" en el hipogastrio, inclinada hacia la fosa ilíaca derecha. Este tumor de-

terminaba dolores violentos en la región correspondiente, con irradiaciones hacia el muslo y los lomos. En el espacio de cuatro años el tumor ha ido creciendo hasta alcanzar el volumen que hoy tiene; (Noviembre 3 de 1896). A medida que el tumor ha ido creciendo se han presentado, en diferentes épocas, fenómenos de compresión, tanto en la vejiga, como en el recto, y en el sistema de la vena cava inferior: deseos frecuentes de orinar, iscuria y sedimentos mucosos en la orina; tenesmo rectal, alternativas de diarrea y de constipación, estrías sanguinolentas en las deposiciones y hasta fenómenos de oclusión intestinal (meteorismo, vómitos y violentos dolores intestinales), edema en los pies.

El estado general de la enferma ha ido languideciendo paulatinamente de cuatro años a esta época. Esta languidez tiene alarmadas a las personas que la rodean. Hoy 3 de Noviembre de 1886, primer día de mi observación, la señorita R. me sorprende por su palidez de hoja muerta; las mucosas oculares y bucales están pálidas, las carnes flojas, y mientras la enferma me refiere sus dolencias noto cierta anhelación en su respiración.

Pulso pequeño, frecuente (110) y depresible. Doble soplo carotidiano, y soplo anémico en la base del corazón.

Calor normal, aun cuando la enferma manifiesta enfriarse fácilmente.

Al examinar el vientre, me sorprende su forma irregular: Del fondo del bacinete se levanta un tumor duro, liso, movable, el cual produce a la palpación, la misma sensación que se experimenta cuando se explora el dorso de un feto a término; este tumor es más ancho hacia su extremidad superior que hacia la inferior. La parte superior del tumor llega hasta el hipo-

condrio derecho y el epigastrio; la parte inferior se pierde en la excavación pelviana. Toda la zona ocupada por el tumor es perfectamente mate, y la resonancia intestinal sólo se encuentra en el flanco izquierdo y en el hipocondrio correspondiente. No puede practicarse el tacto vaginal ni el rectal porque la enferma no acepta estas maniobras, ni siquiera me permitió introducir una sonda en la vejiga. En este día dominan tres indicaciones: Suspender la hemorragia que dura desde el 13 de Octubre (20 días) y que sólo le ha dejado una tregua para venir a consultarme; 2ª Calmar los dolores lombo-abdomino-genitales; y 3ª Aligerar por algún medio mecánico la acción del peso del tumor sobre los órganos adyacentes.

Para llenar las dos primeras indicaciones aconsejo unas píldoras con ergotina y opio. Para llenar la tercera aconsejo un vendaje hipogástrico. Prevengo a la enferma y a las personas que la acompañan, de la gravedad del caso y les anuncio que la enucleación del tumor por la vía abdominal, será el único medio probable de salvarla.

Transcurrieron dos meses sin que yo hubiera vuelto a ver la enferma, cuando el 5 de Enero de 1887 se presentó en mi consulta, con el objeto de comunicarme la ineficacia de mi tratamiento y su firme resolución de dejarse hacer la operación. De nuevo insistí en los peligros que esta operación ofrecía y la previne de que debía arreglar sus negocios y su conciencia, lo que muy poco impresionó a la enferma, quien a todo trance quería liberarse de los sufrimientos materiales, así como de las contrariedades morales que le ocasionaba el crecimiento de su vientre, el cual había dado origen a erradas interpretaciones de parte de las personas que la rodeaban. Anuncié también a la enferma

que debía proveerse de un ajuar completamente nuevo y desinfectado por medio de la ebullición en una solución fenicada; y que debía buscar una casa que reuniera todas las condiciones higiénicas convenientes para no hacer inútil el sistema Listeriano.

Después de haber buscado inútilmente una localidad conveniente en la ciudad, determiné visitar su casa de habitación, sobre el río del Arzobispo, y habiendo encontrado las mejores condiciones posibles para una laparotomía, opté por dicha localidad.

En este estado resolví consultar la opinión de mi maestro y amigo, el doctor Juan David Herrera, quien con su habitual benevolencia, se trasladó conmigo a la quinta de la enferma, y después de detenido examen quiso conducirme a lugar reservado para darme su opinión, no creyendo prudente expresarla delante de la enferma, a lo cual me opuse, pues por una parte la enferma estaba al corriente de todas las opiniones médicas sobre su caso, y por otra, yo quería que la enferma oyera de otro colega, todas las contingencias que podía correr. En tal virtud, el doctor Herrera manifestó estar en completo acuerdo conmigo, tanto en el diagnóstico, como en la necesidad de una intervención quirúrgica por la vía abdominal, según los procedimientos modernos, e hizo ver a la enferma los peligros que podía correr. Desde este momento el doctor Herrera quedó asociado conmigo para organizar todos los numerosos preparativos de la operación, en los cuales estuvimos ocupados cerca de tres meses. Cuando todo estuvo preparado, sometimos durante diez días la enferma al tratamiento preparativo que aconseja Spencer Well (de Londres) en estos casos, el cual creímos conveniente dar la preferencia en el presente.

El día 6 de Junio de 1887 nos trasladamos a la quinta de la enferma, acompañados de los doctores José V. Uribe y Carlos Manrique, y de los practicantes de la Escuela de Medicina Sres. Ochoa y Urriola.

Distribuído el trabajo y verificados todos los instrumentos y aparatos, procedimos a la operación, la cual fue retardada por la particular resistencia de la enferma a la cloroformización completa. El acto operatorio duró solamente tres horas y felizmente terminó a la 1 p. m.

Las consecuencias inmediatas de la operación fueron las más felices.

La enferma despertó alegre y expansiva, tomó unos tragos de Champagne y a cada momento se felicitaba de verse viva después de su operación. La temperatura osciló entre 37° y 37,5°; el pulso entre 96 y 100 pulsaciones. No hubo escalofríos, ni intolerancia gástrica, a pesar de algunos movimientos de vómito ocasionados por el cloroformo. La orina se presentó espontáneamente cuando se preparaba la sonda para el cateterismo. El dolor natural al traumatismo tuvo momentos de exacerbación, que pasaron espontáneamente. La noche del 6 al 7 fue feliz, lo mismo el 7 hasta las 8 de la noche, hora en la cual el pulso se puso pequeño y depresible, la temperatura bajó a 36°, y en media hora la enferma expiró a pesar de todos los cuidados conducentes a levantarla del colapsus en que había caído.

El día 8 de Junio a las 3 p. m. el doctor Herrera y yo, procedimos a hacer la autopsia, asistidos por los jóvenes médicos Ochoa y Urriola, quienes nos habían ayudado a asistir la enferma con una consagración digna de todo elogio".

Hasta aquí la descripción del doctor Manrique. Sin embargo, no podemos

dejar al lector con la curiosidad de saber cuál fue la causa del fallecimiento inesperado de la señorita R. Transcribimos, pues, el resultado de la autopsia.

"1º Al cortar la sutura abdominal notamos que la reunión por primera intención, principiaba a producirse y que ésta estaba más avanzada en la región epigástrica; los labios de la herida estaban ligeramente tumificados, pero no había pus en ninguna parte de la herida.

2º Abierta la cavidad abdominal, notamos que los intestinos estaban en perfecto buen estado, pues no había lesión alguna, traumática o inflamatoria, que pudiera darnos cuenta de la muerte de la enferma. En el fondo de saco de Douglas había una pequeña cantidad de líquido serosanguinolento, que se habría reabsorbido fácilmente, si la enferma hubiera vivido.

3º Tanto la ligadura en costura continua de los ligamentos anchos, como la sutura del peritóneo al nivel del pedículo (método de Leopold) estaban ya envolviéndose en linfa plástica. Después de cortar la sutura del peritóneo al nivel del pedículo, notamos que éste no había dejado escapar ni una gota de sangre.

4º La vejiga estaba perfectamente sana, lo mismo que los uréteres y los riñones.

En resumen, la autopsia no nos ha mostrado lesión capaz de explicar la muerte de la señorita R."

El lector de esta minuciosa descripción seguramente tampoco podrá deducir las probables causas que llevaron a la muerte a la señorita R. Debemos añadir que la hipótesis final del doctor Manrique fue que la paciente "sucumbió al shock o colap-

sus, ocasionado por la sustracción de la gran cantidad de sangre que llenaba los vasos del tumor, y por la cesación súbita de la compresión ejercida por el tumor sobre todos los órganos abdominales".

Para ampliar lo anotado respecto al manejo de los miomas uterinos vamos a referir algunos casos de miomectomías. Este que relatamos de primero, y que es tomado de la tesis de Jorge Tobón (1893), pone de presente el atrevimiento y la habilidad de nuestros primeros cirujanos ginecológicos.

Tratábase de una enferma de 32 años nulípara, que presentaba un tumor abdominal duro y liso "(...) que ocupa todo el hipogastrio; en la línea media sube hasta dos traveses de dedo encima del ombligo, y del lado derecho se extiende hasta el reborde costal". El doctor Juan Evangelista Manrique, que era su médico de cabecera, diagnosticó "uno o varios fibromas intersticiales" y aconsejó un vendaje abdominal y centeno durante diez días de cada mes. Le insinuó, además, que consultara a otros facultativos. Fue vista entonces por el doctor Rocha Castilla quien aconsejó la electrolisis, método propuesto por Apostoli y que consistía en aplicar corriente eléctrica dentro de la cavidad uterina. El doctor Oscar Noguera, por su parte, propuso la laparotomía inmediata, en tanto que los doctores J. Z. Torres y Juan David Herrera fueron partidarios de la expectación, mientras no hubiera accidentes que motivaran la intervención y los accidentes no demoraron en aparecer: dolores compresivos y retención de orina que requería cateterismo cada cinco horas. El doctor Manrique asumió entonces la responsabilidad del tratamiento y procedió a operar a la señorita A. Ch. el 1º de Octubre de 1888, ayudado por seis miembros de la ci-

rugía menor, en la casa de uno de los cuñados de la enferma. Oigamos la descripción de esa hazaña quirúrgica: "Cloroformizada la enferma y colocada en la posición de la litotomía, se cortó el hímen y se hizo una abundante irrigación vaginal. Se descubrió el cuello con dos valvas de Sims, colocadas de cada lado de la vagina y sostenidas por los mismos ayudantes que tenían las piernas... Por medio de aguja curva se pasó un fuerte hilo de seda en el labio anterior del cuello, con la ayuda del cual se fijó la matriz durante la parte intrauterina de la operación. Se procedió a la dilatación del cuello, primero con el dilatador de Pajot, pues el orificio del hístico era muy pequeño, luego con los dilatadores de Hegar, y en fin, para completarla hubo necesidad de debriar el cuello por medio de una incisión bilateral, practicada con las tijeras de Emmet. Terminada la dilatación, fue fácil, con el dedo introducido en el útero, descubrir que en la cara anterior de la cavidad de la matriz sobresalía una parte del tumor. Debían existir otros tumores, pues el fondo de saco posterior estaba duro y el recto comprimido; además, el tumor, que llegaba hasta el borde costal, no se movía con la presión ejercida sobre la cara anterior de la matriz; sin embargo, el que existía en esta cara no solamente era el único accesible, sino que también debía ser el que determinaba la retención de orina. Estas consideraciones determinaron al cirujano a intentar la enucleación.

Sirviéndose del dedo índice de la mano izquierda, como inductor, con la derecha se introdujo el largo bisturí abotonado de Sims, y se practicó una incisión longitudinal sobre la parte del tumor que sobresalía. Felizmente esta incisión cortó la cápsula en su parte más prominente y por ese

punto fue posible separarla del tumor en una gran extensión. Las tracciones ejercidas sobre el tumor con la ayuda de las pinzas erinas implantadas sobre él, fueron infructuosas para extraerlo; y como ya hacía tres horas que la enferma estaba cloroformizada y sus fuerzas principiaban a decaer, se resolvió suspender la operación, no sin gran descontento de todos los circunstantes, que esperaban ansiosos la salida del tumor diagnosticado. Después de hacer abundantes irrigaciones intrauterinas, se llenaron las cavidades uterina y vaginal con gasa yodoformada y se trasladó la enferma a su cama". Doce días después de la operación, lapso este agitado y accidentado, la paciente tuvo el parto de un tumor fibroso que pesó 800 gramos. La narración termina de manera feliz pues se consigna que "tiempo después la paciente ha sido examinada por diferentes facultativos y ninguno ha encontrado el menor vestigio de tumor fibroso en su matriz".

El 16 de Enero de 1893, el mismo Juan Evangelista Manrique enucleó un fibroma submucoso, operación que le valió una pública manifestación de agradecimiento a través de "El Correo Nacional" del lunes 10 de julio. Otras actuaciones quirúrgicas para combatir los miomas uterinos, dignas de mención, son las siguientes: El doctor

Miguel A. Calle, en Titiribí (Antioquia) refiere haber practicado en 1903 una castración doble por fibromiomas uterinos "inoperables por el estado de la enferma y grandes adherencias"; la enferma tenía 36 años y su menopausia artificial condujo a una retracción completa de los tumores y, según el autor, a una curación completa. En 1904, el doctor Pompilio Martínez en la Casa de Salud de Marly, operó a una mujer de 28 años por presentar fenómenos compresivos vesicales a causa de fibromatosis uterina. A pesar de haber presunción de embarazo se le extirpó un mioma que pesó dos libras; la paciente evolucionó satisfactoriamente, lo mismo que el embarazo. El 1º de marzo de 1908 el doctor J. Córdoba operó en Cali el siguiente caso:

"Mujer de 30 años. Desde hace 10 años principió un tumor en la parte inferior del vientre. Reglas dolorosas, crecimiento continuo del tumor. Suspensión de las reglas hace cinco meses. **Operación:** Preparación aséptica de la pared abdominal, vagina y partes pudendas. Incisión en la línea media. Sección de la línea blanca. Exposición de la matriz que tiene un fibroma en su fondo y otro en el segmento inferior. La parte intermedia está ocupada por un feto. Histerectomía subtotal. Consecuencias sin accidentes".