

*Historia de la Medicina Nacional.*

PRIMERA LAPARATOMIA PRACTICADA EN COLOMBIA (1)

*Fibromioma intersticial. — Histerectomía supra-vaginal. — Muerte por Schock. — Juan E. Manrique y J. D. Herrera (\*). Junio 6 de 1887.*

La señorita M. R. tiene 27 años de edad. Entre sus antecedentes de infancia no encuentra nada particular que merezca especial mención. 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 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.

(1) En la época prepasteuriana, en 1844 el doctor Quevedo de Medellín, practicó con éxito la 1ª laparotomía para Cesárea. (Doctores Otárola y Calvo).

(\*) Datos tomados de la tesis del doctor Manuel Antonio Pérez, "Contribución al estudio de la Cirugía Abdominal en Colombia". Bogotá, 1893. A. Bonilla-Naar. 1945.

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 6 años sólo ha tenido 2 ó 3; 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 molimen 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, pero después, estas llegaron a durar hasta 20 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 determinaba dolores violentos en la región correspondiente, con irradiaciones hacia el muslo y hacia los lomos. En el espacio de cuatro años el tumor ha ido creciendo hasta alcanzar el volumen que hoy tiene; (noviembre 3 de 1886). 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 (meteorismos, vómitos y violentos dolores intestinales), edemas 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 nota cierta anhelación en su respiración.

Pulso pequeño, frecuente (110) y depresible.

Doble soplo carotidiano, y soplo anémico en la base del corazón.

Color 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, móvil, 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 hipocondrio derecho y el epigastrio, la parte inferior se pierde en la excavación pélviana. 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 pude practicar el tacto vaginal ni el tacto rectal porque la enferma no acepta estas maniobras, ni siquiera me permitió introducir una sonda en la vejiga. En este día dominan 3 indicaciones: 1<sup>a</sup> Suspender la hemorragia que dura desde el 13 de octubre (20) días y que sólo le ha dejado una tregua para venir a consultarme. 2<sup>a</sup> Calmar los dolores lombo-abdomino-genitales; y 3<sup>a</sup> 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 le 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 a la enferma, cuando el 5 de enero de 1887 se presentó en mi consulta, con el objeto de comunicarme la ineeficacia de mi tratamiento, 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 libertarse de los sufrimientos materiales, así como de las contrariedades morales que le ocurrían 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 para no hacer inútiles 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 laparatomía, opté por dicha localidad.

*En este estado resolví consultar la opinión de mi maestro y amigo, el doctor Juan David Herrera, quién 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 parte, 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 10 días la enferma al tratamiento preparativo que aconseja Spencer Wells (de Londres) en estos casos, al 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 señores 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 3 horas y felizmente terminó a la 1 p. m.

Las consecuencias inmediatas de la operación fueron de las más felices.

La enferma despertó alegre y expansiva, tomó unos tragos de champaña y a cada momento se felicitaba de verse viva después de su operación. La temperatura osciló entre 37° y 37,5 G; el pulso entre 96 y 100 pulsaciones. No hubo escalofríos, ni intolerancia gástrica, a pesar de algunos movimientos de vómitos, ocasionados por el cloroformo. La orinación se presentó espontáneamente cuando se preparaba la sonda para practicar 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 ocho de la noche, hora en la cual el pulso se puso pequeño y despresible, la temperatura bajó a 36°, y en media hora la enferma espiró 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.

1º Al cortar la sutura abdominal notamos que la reunión por primera intención, principiaba a producirse y que esta 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 del 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 peritoneo al nivel del pedículo (método de Leopold) estaban ya envolviéndose en linfa plástica. Despues de cortar la sutura del peritoneo al nivel del pedículo, notamos que este no había dejado escapar una sola gota de sangre.

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

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

I—Los fibro-miomas intersticiales de la matriz, pueden ocasionar accidentes suficientemente graves, para justificar una grande intervención quirúrgica.

II—La operación de Hegar y de Betty, que produce una verdadera menopausia artificial, no puede practicarse con probabilidades de buen éxito: 1º cuando la enferma la rechaza; 2º cuando el tumor engloba toda la matriz y rechaza los ovarios hacia la parte más profunda y posterior de la excavación pélviana, pues en este caso las maniobras necesarias para ir a encontrar los ovarios y a enuclearlos, son tan graves como la histerectomía.

III—El volumen del tumor de la señorita R. y la presencia del himen hacían imposible toda intervención por la vía vaginal.

IV—Los fibro-miomas uterinos deben operarse en las mujeres jóvenes, es decir, cuando faltan muchos años para que se suspenda la fluxión utero-ovariana de la menstruación.

V—El proceder operatorio varía según las indicaciones particulares a cada caso.

VI—En la señorita R. la operación estaba indicada: 1º por la edad (27 años); 2º por el crecimiento rápido del tumor; 3º por los accidentes que este ocasionaba; 4º por la voluntad de la enferma y la de toda su familia, y 5º por las buenas condiciones antisépticas que rodeaban a la enferma.

VII—La señorita R. ha sucumbido al Schock o colapsus, ocasionado por la sustracción de la gran cantidad de sangre que lle-

naba los vasos del tumor, y por la sensación súbita de la compresión ejercida por el tumor sobre todos los órganos abdominales.

*Comentarios.*

En este caso el enfriamiento del peritoneo y de las vísceras fue considerable: la operación se practicó a la temperatura ambiente de la mañana, que como ya lo dijimos oscila entre 10° y 15° centígrados (1) y por demás el enfriamiento se prolongó durante tres horas. Aunque no se dice que los traumatismos fueran considerables, la duración del acto operatorio lo hace suponer.

Contribuyeron a la terminación fatal: la acción prolongada del anestésico (3 horas); la hemorragia inevitable y la cesación brusca de la compresión ejercida por el tumor sobre los órganos abdominales.