

REPERTORIO DE ANTAÑO

La cirugía en Oriente de Antioquia

*Por los doctores Antonio Mauro Giraldo y José J. de la Roche
De Rionegro*

Estudio presentado al Segundo Congreso Médico Nacional

En la época en que principiamos a ejercer la profesión de esta Provincia, la Cirugía era muy elemental: por allí, de cuando en cuando, se practicaba alguna operación importante; pero en tesis general puede decirse que estaba reducida a la abertura de abscesos, a la extirpación de tumores superficiales, a algunas punciones y a una que otra amputación impuesta por la necesidad. La antisepsia era absolutamente desconocida. Nos tocó a nosotros establecerla, y en el curso de cinco lustros hemos practicado todas las operaciones que se han presentado, y hemos intervenido en todo aquello que ha sido del dominio de la Cirugía.

Empleamos siempre el cloroformo, y jamás hemos tenido que lamentar ningún accidente.

Son raros los pacientes que hemos perdido por infección.

Como cirujanos, pertenecemos a la escuela conservadora económica, de tal manera que no hemos quitado la matriz sino una sola vez, y son sin número las lesiones uterinas y anexiales que hemos tratado y que por medio de amputaciones, raspados y aplicaciones locales hemos conducido a buen término.

En materia de amputaciones de miembros y resecciones, no las hemos practicado sino cuando la necesidad ha sido imperiosa, y no hemos perdido un solo enfermo: hemos resecado totalmente la tibia y el peroné, grandes porciones del fémur y del húmero en fracturas conminutivas por armas de fuego, y por largas supuraciones de carácter osteomielítico, en las que parecía casi inevitable la amputación, y, en las cuales una curación paciente nos ha llevado a conseguir la consolidación del hueso y la conser-

vación de los miembros con un funcionamiento muy regular.

Hemos penetrado en todas las cavidades.

Hace 15 años trepanamos a un individuo para una epilepsia jacksoniana, y ese individuo vive todavía una vida muy soportable, porque los ataques se le retiraron y apenas le dan de cuando en cuando, mientras que antes de la operación le daban hasta veinte o treinta en el día.

Hemos practicado la operación de empiema muchas veces, pues las pleuresias purulentas y las pleuresias comunes son aquí demasiado frecuentes. De paso hacemos notar que las últimas no son, como en Europa, de carácter tuberculoso. Son muchísimos los enfermos que hemos puncionado y que diez, doce o quince años después conservan una salud floreciente.

Los abscesos del hígado no se presentan en individuos que habitualmente viven aquí. Los hemos operado con mucha frecuencia, pero siempre en personas que vienen de climas cálidos, malsanos. La abertura de un absceso pequeño, o confinado a una región limitada del hígado, nos ha dado siempre buen resultado. Los abscesos grandes, profundos, o que invaden una gran porción del hígado en forma areolar, han sido siempre mortales.

Hemos practicado la colecistotomía, estableciendo al mismo tiempo una fístula biliar, con buen resultado.

Hemos operado muchas quelotomías en estrangulamientos herniarios inguinales y escrotales, y sólo hemos perdido aquellos enfermos en los cuales se nos

ha llamado demasiado tarde, cuando ya había lesiones irremediabiles.

Hemos practicado la curación radical de las hernias con buen éxito. Como procedimiento empleamos siempre la abertura del canal inguinal, resección del saco y reconstitución de las paredes anterior y posterior separadamente.

Hemos abierto la cavidad abdominal para tuberculosis del peritoneo, siempre con buen éxito, lo mismo que para ovariectomías y extirpación de los anexos. Por el contrario, las intervenciones para oclusión intestinal nos han dado resultados desastrosos, indudablemente porque se nos ha llamado demasiado tarde. Sin embargo, cuando hemos hecho el diagnóstico pronto y se nos ha permitido la intervención inmediata, el resultado ha sido satisfactorio.

Hemos hecho multitud de apendicitis con muy buen resultado, sea que hayamos practicado la resección del apéndice, o abierto el absceso apendicular. Solamente perdimos una enferma de 11 años, a quien operamos de urgencia, de noche, cuando ya, se había desarrollado una peritonitis.

La talla hipogástrica la hemos practicado varias veces para la extirpación de cálculos, siempre con buen resultado. Hemos practicado la operación de Poncet también varias ocasiones. Con igual éxito, si exceptuamos un caso en el cual a los nueve días se presentó un estado infeccioso subagudo que siguió su curso hasta la muerte del enfermo.

Para las retenciones prostáticas, en enfermos lejos de la ciudad, acostumbramos, como recurso eficaz, y del cual no hemos tenido que arrepentirnos, el cistodrenaje suprapubiano.

En materia de cirugía renal, hemos tenido varias pefritis supuradas, y en un caso, al final de una nefritis tuberculosa, practicamos una nefrostomía.

A continuación hacemos un resumen de algunas de nuestras observaciones más importantes.

C. G., de Rionegro, hombre de 34 años de edad, buena constitución, con antecedentes etílicos, tuvo una desintería y en el curso de ella una peritonitis. Tres

o cuatro años más tarde comenzó a sufrir de cólicos intestinales. Uno de nosotros, mientras lo examinaba, vio que al desarrollarse un dolor, se dibujaban las asas intestinales al través del abdomen. En posesión de los datos anteriores, le diagnosticó unas bridas y le propuso la operación. El paciente no la aceptó entonces y siguió sufriendo de sus cólicos durante catorce meses, al cabo de los cuales le vino una oclusión definitiva. Seis o siete días después, cuando fue vencido por los dolores y por su angustiosa situación resolvió aceptar la intervención que le habíamos propuesto. Lo laparotomizamos y le rompimos las bridas.

Esto hace catorce años, y hoy está el enfermo perfectamente bueno.

N. V., de Marinilla, joven de 18 años; ofrece todos los síntomas de una peritonitis tuberculosa. Después de un largo tratamiento y de una serie de punciones, le propusimos la laparotomía exploradora: la aceptó; la practicamos, y está curada, hace siete años.

A. J., de Guatapé, de 60 años de edad, vino a consultarnos para una afección de la vejiga. Diagnosticamos cálculos vesicales. Hicimos la cistotomía suprapubiana y le extrajimos dos gruesos cálculos de forma octagonal, sumamente duros. Curó sin accidente ninguno, y hoy, después de ocho años, se conserva con muy buena salud.

M. A. Ch., de La Ceja, de 58 años de edad, consultó a uno de nosotros para una situación atrozmente dolorosa, acompañada de hematuria. Diez meses llevaba el hombre de no poderse sentar; las únicas posiciones tolerables eran de pie o acostado. Detrás de los testículos tenía una dureza, y al examinarlo, le refirió cómo hacía diez meses que habían intentado hacerle una uretrotomía interna. El examen nos reveló la existencia de un gran cálculo. Practicamos la cistotomía suprapubiana y extrajimos un cálculo más grande que un huevo de gallina, al cual le servía de núcleo la bujía conductora de un uretrótomo, que había sido abandonada en la vejiga por el cirujano que

intentó la uretrotomía. La dureza de que hablamos anteriormente era la extremidad de la bujía, en que se atornilla el conductor, pues ésta se hallaba, parte en la uretra y parte en la vejiga, sirviendo, como queda dicho, de núcleo al cálculo.

El paciente curó y hoy, siete años después de la operación, goza de perfecta salud.

C. E., de Frontino, joven de 30 años, tiene un quiste del ovario izquierdo. Le practicamos la laparotomía y lo extirpamos, después de ligar y romper varias adherencias. Peritonizamos el pedículo y cerramos la cavidad abdominal en tres planos.

Accidentes: una retención de orina que duró más de 20 días, y que exigía el sondaje cada seis horas. Al séptimo día, después de cicatrizada la herida, tuvo un ascenso de la temperatura a 40° y vómitos verdosos. La tratamos con inyecciones de suero artificial, que aplicábamos hasta tres veces al día. Tres días después bajó la fiebre y desapareció el vómito, pero siguió la retención hasta el vigésimo día, como se ha dicho, después de lo cual todo entró en el orden normal, y hoy, después de tres años de haber sido operada, la enferma se encuentra perfectamente buena.

H. U., del Peñol, hacendado, de 60 años de edad. Después de haber sufrido más de veinte años de una afección hemorroidal, degeneró ésta en un tumor del recto, del tamaño de una naranja, que lo obstruía de tal manera, que para poder defecar era preciso sentarse en el agua, hacer esfuerzos hasta evacuar el tumor y en seguida exonerar su intestino. Luego, con mil dificultades, volvía a introducir el tumor y así podía atender medianamente a sus ocupaciones habituales.

Esta situación se le fue agravando hasta que lo redujo a la cama. En este estado aconsejamos la extirpación del tumor, con resección del recto. Después de algunas vacilaciones, la operación fue aceptada. La practicamos sin ningún accidente. Resecamos de cuatro a cinco centímetros de recto, tarea que nos fue relativamente fácil, porque el movimiento de ascenso y descenso del tumor había relajado los tejidos circunvecinos. Hoy, más de dos años después de ve-

rificada la operación, el paciente está perfectamente sano, y recuperó su vigor y su robustez ordinarios,

D. G. de B., de 26 años de edad. (Esta es una observación particularmente notable por la tendencia de la paciente a formar tejido escleroso). Tiene el cuello uterino delgado, largo, duro, de forma conoide. En la época menstrual no permite el paso de la sangre sino con esfuerzos inauditos y con dolor atroz. Esto no cede a ninguna medicación. Le hacemos la amputación del cuello por el método de Schroeder y lo dilatamos. La mujer mejora uno o dos años al cabo de los cuales vuelve a repetirse la estenosis, que no cede a ninguna dilatación. Ella ve llegar con horror sus épocas menstruales. Le aconsejamos, y aceptó, la extirpación de los ovarios. Hicimos una ovariectomía doble, con accidentes pasajeros. No volvió a presentarse la menstruación, y la mujer estuvo buena durante diez años, al cabo de los cuales comenzó a sufrir dolores en el abdomen, que, después de algunas vacilaciones, los atribuimos fundadamente a una estrechez de la Siliaca. Esta estrechez se fue acentuando hasta que produjo una obstrucción intestinal, de tal manera evidente, que por el tacto rectal se encontraba aquélla, y por la palpación abdominal se sentía un cordón duro que había remplazado a la asa sigmoidea, muy fácil de seguir, porque la enferma tenía sus paredes abdominales sumamente delgadas. Propusimos un ano contranatural, que no fue aceptado, y la enferma sucumbió,

M. A., de Rionegro, de 60 años de edad, pertenece a una familia que lleva en sí la diátesis úrica, con formación de cálculos. Tenía la próstata tan grande que dividía la vejiga en dos compartimentos. No orinaba sino haciendo uso de la sonda, cuyo paso en los últimos tiempos vino a ser excesivamente doloroso. Su vejiga se volvió tan intolerable, que era preciso sondearlo cada media hora, de tal suerte que sus noches eran de perpetuo insomnio. Siempre quedaba un residuo de orina espeso, purulento y fétido, que mantenía un estado de intoxicación permanente.

Hicimos una cistotomía suprapubiana, y al explorar la vejiga encontramos un verdadero empedrado de

cálculos. Extrajimos veintinueve de éstos, de carácter fosfático, algunos de ellos del tamaño de un huevo de paloma, y dejamos un ojal suprapubiano por el procedimiento de Poncet. El enfermo mejoró notablemente y vivió cuatro años más.

E. M. de R., de Rionegro, de 26 años de edad. Le principió la enfermedad con síntomas de una gastroduodenitis, acompañada de una ictericia que cada día se iba acentuando más y más. Como la ictericia no cedía al tratamiento ordinario de la angiocolitis catarral, nos inclinamos a creer que se trataba de una producción de la cabeza del páncreas. Se hicieron consultas a nuestros colegas de Medellín, y nosotros no variábamos de nuestro diagnóstico. Casualmente pasó por aquí un ilustrado colega, y de común acuerdo resolvimos hacer una laparotomía exploradora, que confirmó nuestra opinión. Para dar alivio a la enferma, establecimos una fístula biliar. La paciente, después de un alivio ligero, murió súbitamente cuatro a seis meses después.

COMENTARIO

Alvaro E. Granados C. MD*

Me fue encomendado un comentario al artículo “La Cirugía en Oriente de Antioquia”, por los doctores Antonio Mauro Giraldo y José J de la Roche, publicado en la revista de Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen IV, N.1, de octubre 15 de 1912. Al respecto mi primera opinión es de satisfacción por contar con una revista médica institucional *centenaria*, de gran trayectoria y reconocimiento científico merecidos, con aportes vanguardistas a la sociedad medicoquirúrgica colombiana.

En este artículo debemos en primera instancia situarnos en el momento histórico (año 1912) y tal como lo admite el autor “la cirugía era muy elemental” y no por ello sin importancia, pues en su momento era la verdad científica aceptada. Ojalá en el futuro los comentaristas de nuestros artículos sean tan benévolos como

objetivos, pues lo que en el momento consideramos como acierto el día de mañana puede ser visto como “barbarie”. Inicia aceptando que la antisepsia era casi desconocida por completo y el concepto de asepsia mucho menos en el argot quirúrgico, siendo estos dos autores los pioneros de estos preceptos en dicha región.

Es fundamental resaltar la integralidad y la formación en general de los médicos de ese entonces. Para la muestra la hoja de vida del autor, Dr. Antonio Mauro Giraldo: profesor de anatomía, fisiología, botánica y cirugía, rector de la Universidad de Antioquia, concejal de Rionegro, diputado a la Asamblea, representante y senador del Congreso de la República. Como Médico incursionó y ejerció la medicina general, urología, ginecología, ortopedia, neurocirugía y cirugía general. Fue líder y pionero de muchos principios y técnicas quirúrgicas aún practicadas.

Los empiemas pleurales drenados en esa época con técnicas de cirugía abierta, son abordados en la actualidad mediante técnicas mínimamente invasivas. Las quelotomías o celiotomías narradas en dicho artículo y la corrección de las hernias inguinales encarceladas o estranguladas, continúan hoy con los mismos principios y la aplicación de técnicas quirúrgicas similares. Los abscesos hepáticos en principio se tratan con drenaje complementado hace algunos años con antibioticoterapia, lo cual continúa en la actualidad igual, aunque aplicando técnicas poco invasivas como el drenaje percutáneo y la colocación de catéteres. En las apendicetomías de igual forma el principio es el mismo, aplicando hoy técnicas poco invasivas.

Como comentario fundamental y general hay que mencionar el notorio avance de la medicina desde ese entonces, con la implementación de la asepsia y antisepsia, los modernos métodos diagnósticos de laboratorio clínico e imagenología, la incursión de la antibioticoterapia y en especial el avance en técnicas quirúrgicas, observado en las dos últimas décadas, con el advenimiento de la cirugía endoscópica, laparoscópica, estereotáxica y otras, gracias a los avances en la bioingeniería y a la imposición a nivel mundial de técnicas quirúrgicas aplicadas con tecnología de punta.

* Profesor Asociado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Secretario Académico Facultad de Medicina, Cirujano General.