

Heráclito Enríquez López

HISTORIA DE LA CIRUGIA

Asesora: Doctora Gladys Gil de Hernández



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Humanidades
Estudios de Post Grado
Maestría en Docencia Universitaria

Guatemala, Febrero del 2007

ÍNDICE:

	Página
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: MARCO HISTÓRICO DE LA CIRUGÍA:	
1.1 Prehistoria	6
1.2 El Mundo Clásico	6
1.3 Alta Edad Media: siglos V - XIII	7
1.4 Baja Edad Media: siglos XIII - XV	8
1.5 Edad Moderna: siglos XV - XVIII	11
1.6 La cirugía en los siglos XIX - XX	12
CAPÍTULO II LA CIRUGÍA EN LA ACTUALIDAD	
2.1 Características actuales de la cirugía	19
2.2 El diagnóstico en cirugía	24
2.3 El riesgo quirúrgico	26
2.4 Relación médico - paciente	28
2.5 De la práctica de la cirugía en la actualidad	33
CAPÍTULO III: HISTORIA DE LA CIRUGÍA EN GUATEMALA	
3.1 La cirugía en la época precolombina	35
3.2 La cirugía en época Alvaridiana o cirugía en la conquista	36
3.3 La cirugía colonial universitaria: 1681-1821	44
3.4 La cirugía durante la vida independiente 1821-1921	62
3.5 La cirugía guatemalteca en los siglos XX y XXI	71
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFIA	81
Glosario	83
Anexo	84

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es una investigación bibliográfica que tiene como objetivo desarrollar la historia de la cirugía a nivel general, y de manera específica colaborar a la investigación del desarrollo de la cirugía en Guatemala.

La cirugía según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland es la rama de la medicina que trata las enfermedades y accidentes, total o parcialmente, mediante procedimientos manuales e instrumentales.

Cirugía según el diccionario enciclopédico Larousse es la parte de la medicina cuyo fin es la curación de las enfermedades mediante operaciones hechas con instrumentos generalmente cortantes.

La cirugía es formalmente una práctica en la que la mano (del griego "quiros") aparece como un ingrediente esencial del acto quirúrgico.

A lo largo de su historia, la cirugía y la sociedad se han influido mutuamente. Es por que la intervención quirúrgica exige una continúa reflexión, acerca de lo que el médico cirujano ha hecho en cada momento histórico y las razones para ello.

El trabajo se divide en tres partes:

En el primer capítulo de esta investigación se hace una revisión de la historia general de la cirugía en el mundo, con el propósito de conocer el origen de la cirugía desde sus inicios hasta nuestros días, pasando por sus diversas épocas en forma general.

Como se verá más adelante, la cirugía se comenzó a practicar desde la alta Edad Media (siglo V). Sin embargo, su nivel más alto se alcanzó en los siglos XVIII y XIX. En este primer capítulo se desarrolla la historia de la cirugía en todas las épocas: Prehistoria, el mundo clásico, alta Edad Media, baja Edad Media, Edad Moderna y la cirugía en los siglos XIX y XX.

En el segundo capítulo se abordan las características actuales de la cirugía. En este capítulo se exploran en detalle: el diagnóstico en la cirugía, el riesgo quirúrgico, la relación médico paciente y la práctica de la cirugía en la actualidad.

En el tercer capítulo se desarrolla la historia de la cirugía en Guatemala. Quizás sea este el capítulo más importante del trabajo, en virtud de que se hace una reseña de los momentos más importantes de la cirugía en el país.

La cirugía en Guatemala alcanza su máximo nivel en los siglos XIX y XX.

Para la elaboración del presente trabajo se acudió a fuentes bibliográficas las cuales fueron escasas lo que dificultó su investigación.

Sin embargo, en Internet hay información sobre la historia de la cirugía en el mundo, más no de la historia de la cirugía en Guatemala.

En lo que respecta a estudios sobre la historia de la cirugía en Guatemala, luego de haber consultado diversas bibliotecas, se constato que hay poca información sobre el tema; siendo la más importante: Historia precolombina de la medicina Cakchiquel, de Luis Fernando Cerón Donis; Las Ciencias Médicas en Guatemala, origen y evolución, de Carlos Martínez Durán; y Facultad de Ciencias Médicas, 1895-1995, de Wellington Amaya Abad.

Tenemos que hacer un reconocimiento final a Carlos Lara Roche, cirujano pediatra egresado del Hospital Roosevelt, quien es además licenciado en historia y quien hizo una revisión final de este documento, a fin de colaborar a llenar los vacíos que tenía el trabajo por falta de referencias bibliografías escritas sobre el tema.

CAPÍTULO I

MARCO HISTÓRICO DE LA CIRUGÍA:

1.1 PREHISTORIA

La historia de la cirugía es tan vieja como la vida del hombre sobre la tierra, siendo el acto quirúrgico el más antiguo de los procedimientos terapéuticos¹.

El hombre primitivo frente a sus heridas, imitaba la conducta que había observado en los animales, y así inmovilizaba un miembro lesionado, se lamía las heridas, se preocupaba de las lesiones externas, visibles o accesibles.

Durante millones de años, se comportó así, hasta el hombre de Neandertal; éste enterraba a sus muertos y parece que diferenciaba ya entre las enfermedades accidentales y aquellas otras cuya causa permanecía oculta y se les escapaba, (fiebre, dolor, inapetencia, locura) interpretándolo como algo de carácter mítico - mágico. De esta manera asumía que si la enfermedad era originada por un poder desconocido, el remedio era contrarrestar, o exorcizar el poder maligno o la causa por la que había sido castigado por los dioses. Este pensamiento ha condicionado gran parte de la historia de la medicina.

1.2 EL MUNDO CLÁSICO

El mundo clásico despreciaba el trabajo manual y así la medicina galénica era conceptista y filosófica.

¹ Marco Histórico y Fundamentos de la Cirugía.
<http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

El propio Galeno al convertirse en Roma en médico de la aristocracia, abandonó la práctica quirúrgica al considerarla propia de profesionales de condición inferior. Esta actitud fue constante en sus discípulos y seguidores durante siglos.

Las dos ramas del arte médico (cirugía y medicina) tomaron vías muy diferentes durante los mil años que siguieron. Con ello se había producido una separación entre la teoría y la práctica médica diaria. Probablemente hubo muchas razones por las cuales se concedió menos prestigio a los cirujanos, que se convirtieron en un grupo menos docto, que casi nunca sabía leer ni escribir.

La cirugía, que había tenido algunos destellos en Grecia, Egipto y Mesopotamia no pudo desarrollarse al ser separada de la medicina y permaneció estancada, con excepción del mundo árabe que la desarrolló posteriormente. A esto contribuyó el que se olvidara la anatomía.

1.3 ALTA EDAD MEDIA: SIGLOS V-XIII

Ejercer la cirugía fue arriesgado, los operadores estaban poco preparados y excluidos de las aulas por lo que la cirugía no forma parte de la educación médica en la Universidad².

² idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

Los cirujanos barberos, o de ropa corta (a diferencia de los médicos que llevaban ropa larga), son los que practican la cirugía en los pueblos (forúnculos, flechas, sangrías, arma de fuego, cauterización). Van de ciudad en ciudad y suelen estar especializados en ciertos tipos de operaciones, (piedra, vejiga, hernia, cataratas).

A todo esto, la Iglesia (de gran influencia en el saber de cada momento) prohíbe a los clérigos el ejercicio de la práctica quirúrgica y los médicos la imitaron cómodamente distanciándose aun más de la cirugía.

Al final de la alta Edad Media, dos hechos afectan el curso posterior de la cirugía: la invención de la pólvora y su aplicación en las guerras, y el renovado interés por el estudio de la anatomía.

1.4 BAJA EDAD MEDIA: SIGLOS XIII-XV

Durante los siglos XIII y XIV, la cirugía no mereció gran respeto y la evitaban los médicos que se habían educado en las universidades, por entonces de reciente fundación por toda Europa.

Sin embargo, del estancamiento que había sufrido la medicina durante los siglos anteriores sólo se libró la cirugía que floreció gracias a la contribución de los árabes y en especial a la del cirujano cordobés Albucassis.

La influencia en la cirugía del médico Albucassis, así como del levantino Al-Safra fue decisiva para el desarrollo que en el siglo

XIV experimenta la cirugía a partir de cirujanos valencianos, de Salerno y Montpellier.

La obra de Albucassis, traducida en 1150 en Toledo por Gerardo de Cremona, ejercerá una influencia enorme en el mundo médico cristiano, en especial sobre Rogerio de Salerno, Guillermo de Saliceto y en general sobre los médicos de Montpellier. Güy de Chauliac lo cita en su "Chirurgia Magna" más de 200 veces.

Aun en el siglo XVI se hicieron dos nuevas traducciones al latín y también dos al griego y una al francés ³.

Resulta paradójico que el libro de Albucassis tuviera escasa influencia en la medicina árabe, exceptuando al alicantino-murciano Al -Saфра. La obra El Tasrif de Albucassis es como El Kitab Al-Istiqsa, de Al - Saфра, un libro dedicado exclusivamente a la cirugía.

En la España árabe, el médico era educado en la doctrina conceptista, filosófica y galénica. Gozaba de un estatus social elevado y se relacionaba con el poder económico y administrativo siendo preferido en aquellos medios al cirujano práctico.

Conforme crece la población rural, el médico pasa de ser teórico a conocedor de la medicina diaria y práctica mientras que el médico docto se queda en las grandes ciudades. Esta población rural prefirió a este tipo de médico o cirujano, bien formado pero más práctico, más cercano y más accesible.

³ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

No obstante, junto a estos cirujanos médicos prácticos conviven charlatanes y curanderos quienes buscaban también su beneficio, engañando unas veces o dañando otras, como asevera el propio Al - Safra.

Al - Safra describe la cirugía como una de las artes más difíciles de la medicina y denuncia que los que se dedican a ella, "no conocen sus normas, ni la ciencia de la anatomía, ni las utilidades de los órganos, limitándose a los cuadernos de notas engañosos y abordando el asunto sin ocuparse de las pruebas ni de los argumentos"⁴.

Critica el abandono de una anatomía sistemática, recordando que Albucassis estudió la anatomía como base sistemática de la cirugía y el que exista un número abundante de algebristas ignorantes y no instruidos que no siguen "el camino de la técnica adecuada. Salvo un médico de Valencia conocido por el Maestro Bernat". Igualmente se queja, en otro momento de su obra, de la ignorancia de algunos médicos, que "se desentienden de estos aspectos, causando la muerte de personas que tenían estas lesiones".

Al - Safra indica en su obra que a estas personas no preparadas que se dedican a este arte, lo correcto sería prohibirles legalmente el ejercicio de su profesión. No cabe duda del sentido de responsabilidad social que ejercía al reclamar la necesidad de una buena formación médica y el control legalizado de la misma.

⁴ idem <http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

Pero Al-Safra, aún imbuido de la teoría galénica de los humores, representa también la reacción frente a la medicina puramente especulativa, desligada del ejercicio práctico, que se venía desarrollando en los últimos dos siglos.

La obra de Al-Safra es un alegato contra el bajo nivel al que había sido relegada la medicina quirúrgica por el desdén de los médicos especulativos.

Es muy probable que Al-Safra participase de un estado de opinión existente en el Reino Cristiano de Valencia, en torno a la escasa preparación de los cirujanos y al daño que se le producía al enfermo. Esto se puede constatar en el hecho de que en 1329 Alfonso IV (hijo de Jaime II), al instaurarse en el reino de Valencia los "Furs" que incorporan una organización de vanguardia de la profesión médica, introducen, entre otras cosas, un examen previo a la autorización del ejercicio de la cirugía.

1.5 EDAD MODERNA: SIGLOS XVI-XVIII

Es en esta época donde nace la cirugía moderna, que por ser nueva no se gesta en la universidad. Se comienzan a abandonar prácticas como el empleo de aceite hirviendo, se escribe en lengua vernácula, y se comienza a realizar un trabajo simple y metódico⁵.

⁵ Marco histórico, social y asistencial de la cirugía.
<http://www.cirugest.com/revisiones/cir-01/01-01.01.htm>

La medicina del Barroco es una prolongación de la del Renacimiento sin progreso alguno. Sin embargo los avances en anatomía, fisiología y patología posibilitarán el impulso que la cirugía experimentó en el siglo XVIII.

En este siglo es cuando la imagen de la cirugía sufre un cambio radical en toda Europa. El cirujano estudia los síntomas de las enfermedades, sus causas y comienza a valorar la indicación operatoria.

Los cirujanos pasan a ser los que imparten la docencia de la medicina quirúrgica o de las enfermedades con tratamiento quirúrgico que estudian en el cadáver.

Según la obra de J. Hunter, la cirugía se convierte en una ciencia, al disponer de un cuerpo de doctrina basado en principios anatómicos, fisiológicos y patológicos, del que nacen hipótesis para tomar actitudes ante la realidad concreta del enfermo.

Mientras tanto en España, donde la cirugía sigue estando fuera de la Universidad, se crean los Reales Colegios de Cirugía, al margen de la Universidad.

1.6 LA CIRUGÍA EN LOS SIGLOS XIX y XX ⁶

Desde la perspectiva de la cirugía conviene separar la primera de la segunda mitad del siglo XIX.

⁶ Vicens Vives. Episteme. Historia de la Filosofía. Ediciones Vicens Vives. España. 1987

En la primera mitad del siglo XIX se produce la desaparición de las Academias y Reales Colegios, pasando la enseñanza a depender de la universidad, lo que implica la unificación definitiva de médicos y cirujanos desde el punto de vista profesional y de formación. Es en esta época cuando se constituye la cirugía como ciencia, alcanzando su mayor nivel europeo en Francia e Inglaterra.

A partir del camino trazado por J. Hunter, del pensamiento de Bichat y de la práctica de Dupuytren se va constituyendo una patología quirúrgica con su clínica, sobre la base de la anatomía patológica.

Ello justificó plenamente la acción terapéutica basada en hacer desaparecer la lesión extirpándola o restaurándola, mediante una técnica quirúrgica adecuada.

Por otra parte, el intento de hacer visibles las lesiones internas hace de la patología externa, tradicionalmente quirúrgica, el modelo intelectual de toda investigación médica. Las lesiones situadas en las cavidades orgánicas continúan siendo difícilmente accesibles a la cirugía. Aparte de enfrentarse a las dificultades inherentes de cada una de las cavidades, la cirugía ha de resolver tres grandes problemas, como son el dolor, la infección y la hemorragia⁷.

⁷ O.C. Marco Histórico y Fundamentos de la Cirugía.
http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

El trabajo de Semmelweiss en 1861, acerca de la "etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal" marca el inicio del principio antiséptico, que posteriormente amplían J. Lister con las pulverizaciones de ácido fénico y E. von Bergmann con la introducción de la esterilización por vapor.

Al desarrollo de la cirugía aséptica contribuye Mickuliz con el uso sistemático de gorro y mascarilla, así como de guantes de algodón, posteriormente sustituidos por los de goma por Halstedt. Hasta la segunda mitad del siglo XIX no se llegó a controlar eficazmente la hemorragia quirúrgica, el generalizarse el uso de pinzas hemostáticas, que no son sino una evolución de las pinzas de A. Paré para extraer proyectiles.

El conocimiento científico del proceso de coagulación y de fibrinólisis de la sangre ayudó posteriormente a cohibir la hemorragia de vasos de pequeño calibre. Junto a aquello, el descubrimiento de los grupos sanguíneos fundamentó el acto terapéutico de la transfusión sanguínea. Pero no hubo aún una anestesia eficaz y se continuó operando en circunstancias difíciles para el médico y para el paciente.

La auténtica revolución en la lucha contra el dolor no llega hasta la anestesia etérea por inhalación, introducida en la cirugía por W.G. Morston (1819-1868) dentista de Boston y ayudante de C. Warren. Posteriormente van apareciendo anestésicos menos tóxicos, mientras que se diseñan aparatos con circuitos cerrados para suministrarlos.

Un acontecimiento trascendental en la historia de la anestesia lo constituye la introducción de la intubación endotraqueal que, iniciada por Trendelenburg en 1871, no acabo de introducirse hasta el perfeccionamiento de la laringoscopia hacia 1930.

En el pleno siglo XX, el empleo de los curarizantes (1942) como relajante muscular permitió, por analogía, desarrollar métodos que liberaron al organismo de su fisiología durante un periodo de tiempo determinado, lo que amplió las posibilidades de la acción quirúrgica (ver resumen abajo).

TABLA No 1

HITOS EN LA HISTORIA DE LA CIRUGÍA.(Siglos XIX – XX)

Este resumen presenta los grandes descubrimientos realizados en el campo de la cirugía en los siglos XIX y XX. Así:

ANESTESIA
<ul style="list-style-type: none"> • W.G. Morston (éter) • Trendelenburg (intubación endotraqueal) • Empleo de curarizantes.
ASEPSIA-ANTISEPSIA
<ul style="list-style-type: none"> • Semmelweiss (inicio antisepsia) • Lister (pulverizaciones con ácido Fénico) • E. Von Bergmann (esterilización vapor) • Mickuliz (gorro, mascarilla y guantes de algodón) • Halstedt (guantes de goma)

HEMORRAGIA

- Pinzas hemostáticas.
- Conocimiento coagulación y fibrinólisis.
- Descubrimiento de los grupos sanguíneos.
- Inicio de las transfusiones.

CIRUGÍA DE CAVIDADES

- Cirugía digestiva de Billroth
- Cirugía endotorácica de Sauerbruch
- Cirugía cardiovascular de Rehn, Trendelenburg.
- Neurocirugía de Broca, Von Bergmann.
- Endocrinocirugía de Kocher, Cushing.

Una vez controlados el dolor, la infección y la hemorragia, puede abordarse el tratamiento de los procesos de las cavidades craneales, torácicas y abdominales. En cada uno de estos campos de acción el cirujano va a enfrentarse con dos tipos de problemas, uno de técnica quirúrgica (como son las vías de abordaje, tipos de sutura, entre otros) y otro derivado de los conocimientos de patología quirúrgica general. Ello permitió intuir las afecciones que son tributarias de tratamientos quirúrgicos, y verificar las hipótesis a tenor de los resultados obtenidos⁸.

El gran creador de la cirugía digestiva (cirugía de estómago, intestinos y vías biliares) y que supone el inicio del desarrollo de otras especialidades quirúrgicas, fue Th. Billroth (1829 -1894) quien fue gran investigador y uno de los primeros cirujanos

⁸ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

experimentales, que con sus resecciones gástricas, demostró la posibilidad de actuar quirúrgicamente con seguridad sobre el tubo digestivo, gracias a la capacidad plástica de su serosa. Pioneros en este desarrollo son, junto a Billroth: Payr, Mc Burney, Quenú y Mickulicz, cuyos nombres están unidos a técnicas quirúrgicas abdominales aún vigentes.

Sauerbruch con su cámara de hipopresión para contrarrestar la presión negativa intratorácica inició la cirugía endotorácica. Posteriormente y con la intubación endotraqueal su discípulo Nissen, así como Graham y Overholt desarrollaron las técnicas quirúrgicas pulmonares. Con Rehn, Trendelenburg, Carrel, San Martín y Goyanes se sientan las bases para el desarrollo de la cirugía cardiovascular.

La neurocirugía avanza con Broca, Von Bergmann, Cushing y Frazier, mientras surge la endocrinocirugía con Kocher y Cushing (ver tabla 1).

El progreso de la cirugía la hace evolucionar de una actividad puramente reseccionista hacia la creación de una fisiopatología que infiera favorablemente en la evolución de la enfermedad. Esto es, al intervenir el cirujano, se produce una alteración en la función que puede resultar beneficiosa. Ello le permitió al cirujano actuar no sólo sobre la lesión orgánica sino sobre la función alterada⁹.

⁹ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

Como se aprecia, factores sociales, políticos y culturales han influido en la historia de la cirugía. De ahí que un aspecto constante en ella haya sido el progreso. Hoy el avance técnico conseguido repercute de nuevo sobre la cirugía. Una sociedad cada vez mejor informada y más culta exige una cirugía de calidad contrastada por los conocimientos basados en la evidencia.

Según se observa de los textos citados,¹¹ el avance de la cirugía ha sido gradual desde la época primitiva hasta la actual. Como pasa con el resto de la ciencia, cada vez el conocimiento progresa mas rápido, ya que es experimental, de donde se deduce que es imprevisible el desarrollo que se podrá esperar en el futuro en el campo de la cirugía.

Actualmente nos encontramos en la era de la vídeo laparoscopia o cirugía mínimamente invasiva, la cual es una cirugía que hace acopio de todos los avances tecnológicos de la época. Esto, unido a la aplicación de todos los avances de la técnica quirúrgica y los avances de la medicina, dan como resultado una cirugía que produce escaso daño colateral al cuerpo durante su ejecución y esto hace que el postoperatorio de los pacientes sea breve y poco doloroso.

¹¹ Thorwold Jorgen. El siglo de los Cirujanos. Segunda edición marzo 1961. Ediciones Destino. Barcelona. / El Triunfo de la Cirugía. Segunda edición septiembre 1972. Ediciones Destino. Barcelona. España.

CAPÍTULO II

LA CIRUGÍA EN LA ACTUALIDAD

2.1 CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE LA CIRUGÍA

Es obvio que la medicina no es una ciencia exacta dado que en la persona enferma, considerada como individuo, existen numerosos procesos y mecanismos que no se pueden medir. Hay que reconocer que el estilo de vida, el componente psíquico y el medio ecológico pueden actuar como noxas patógenas y que no son fácilmente medibles.

La cirugía tiene la tarea de curar al hombre. Si el cirujano quiere conseguir los objetivos que la sociedad exige, ha de tenerlos tan en cuenta como los factores medibles. En la actualidad, la cirugía se caracteriza por los siguientes factores.

- La cirugía trata las enfermedades quirúrgicas y estas son investigadas, incluso son prevenidas tanto por el médico como por el cirujano¹².

- La cirugía tiene la responsabilidad social de asistir adecuadamente a la persona enferma y para ello ha de ajustarse siempre a los principios de la técnica y al conocimiento científico actualizado.

- En la actualidad la cirugía está en la medicina y viceversa, de manera que a veces es difícil de diferenciar. Un médico que no

¹² O.C. Marco Histórico y Fundamentos de la Cirugía.
<http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

reflexione sobre la actividad quirúrgica que desarrolla corre el riesgo de convertirse en un simple técnico.

- La cirugía está ligada al desarrollo técnico lo que conlleva el peligro de que los aspectos humanos queden desplazados bajo la fascinación de ese progreso técnico. La cirugía sin la técnica es inhumana, pero el abuso de técnica puede hacer a la cirugía inhumana (el abuso causa más daño). Por eso, hoy más que nunca el médico - cirujano es un operador y de ahí que su labor no se limite sólo al quirófano. La actividad diagnóstico - terapéutica en la sala de operaciones, las consultas junto a sus pacientes, así como su control y seguimiento forman parte inequívoca de su campo de actividad médica. A continuación se enumeran algunas de las nuevas técnicas de reciente utilización en cirugía¹³:

1. La eficacia de la cirugía en los procesos endocavitarios ha hecho que ella promocióne y participe en el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos como la arteriografía, la rectoscopia, la toracoscopia, el estudio de la coagulación sanguínea, etcétera, que en parte se han incorporado perfeccionado posteriormente en otras disciplinas. Y sin embargo la cirugía renueva continuamente la búsqueda y práctica de nuevos métodos de estudio diagnóstico.
2. La cirugía pasa a formar parte del proceso diagnóstico en diversas enfermedades internas. Con esto contribuye, por

¹³ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

ejemplo, al diagnóstico causal de la colóstitis, empleando la colangiografía, coledoscopia intraoperatoria o la ecografía preoperatoria pancreática. Por otra parte, no sólo con la toma de biopsia ayuda al posterior diagnóstico anatomopatológico, sino que con la propia pieza quirúrgica posibilita un diagnóstico más exacto del estado evolutivo de una neoplasia.

3. La cirugía desarrolla programas de detección precoz (por ejemplo del cáncer de mama o de recto). La cirugía también tiene una actitud profiláctica como es el caso de la extirpación de pólipos intestinales por su posible degeneración.
4. La cirugía no se limita sólo a extirpar lesiones, sino también a corregir disfunciones. Así ocurre unas veces que una función anómala puede provocar una alteración morfológica. La cirugía puede corregir esta función y conseguir la curación de las lesiones, como ocurre en el caso de la esofagitis por reflujo.
5. Otras veces interesa alterar la función normal en un sentido determinado para combatir indirectamente una lesión que en sí no es quirúrgica. Así la simpatectomía busca suprimir la función del simpático para permitir con ello una vasodilatación que mejore la circulación arterial periférica.
6. La cirugía puede corregir un sistema fisiológico alterado por una lesión. Así en la hipertensión portal describe el camino

para tratar de bajar la presión en el sistema porta y así evitar las hemorragias por varices esofágicas.

7. Si la función de un órgano está gravemente alterada, evitará bajo determinadas circunstancias su extirpación, y así en la hipertensión vasculorrenal por estenosis de la arteria renal intentará revascularizar el órgano mediante por ejemplo un bypass aortorrenal¹⁴.
8. Durante todo el acto operatorio está presente el criterio funcional del médico - cirujano. En una tumoración del recto se tratará de preservar la función esfinteriana, sin prescindir de los principios onco - quirúrgicos.

Todas estas características se pueden observar, por ejemplo, en la cirugía oncológica, inmersa en todas las especialidades quirúrgicas. La que se ocupa del tratamiento y no sólo de la operación de un tumor maligno y en la planificación del concepto terapéutico ha de tener en cuenta no sólo los aspectos clínicos y oncológicos sino también las actividades terapéuticas conservadoras.

Por otra parte ha de estudiar continuamente el valor de procedimientos quirúrgicos limitados frente a otros más radicales, individualizando el acto quirúrgico en función no sólo del estadio tumoral sino del tipo de tumor. La exéresis del órgano canceroso obligaría a conseguir una sustitución funcional adecuada y

¹⁴ idem <http://www.galeon .hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

posteriormente a establecer nuevas estrategias frente a la posible aparición de recidivas o metástasis.

Pero además ha de valorar la experiencia de nuevas modalidades terapéuticas junto a las quirúrgicas como pueden ser la radioterapia o quimioterapia pre o postoperatoria. Todo ello sin olvidar el estudio individualizado de la situación inmunológica de cada paciente mediante la determinación de la inmunidad celular y humoral. Como consecuencia de ello la cirugía ha de estar presente en todo estudio oncológico prospectivo ya que la realidad de la intervención quirúrgica es decisiva para la curación o paliación del proceso tumoral¹⁵.

El desarrollo experimentado por la cirugía ha permitido que pueda decirse que no hay ningún órgano que no pueda ser tratado, aunque se aspira continuamente a mejorar resultados, mediante la modificación de técnicas y del tratamiento pre y postoperatorio.

Pero una nueva fase de la cirugía ha irrumpido en la escena terapéutica: Cuando un órgano no pueda ser reparado se recurre a su sustitución parcial o total. En este sentido se intenta normalizar la función del órgano alterado. Se requiere de una estrecha cooperación con la bioingeniería, tratando de obtener materiales que provoquen la menor reacción biológica y tengan la mayor eficacia posible.

¹⁵ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

Mientras tanto el trasplante de órganos va adquiriendo cada vez mayor importancia clínica. Los trasplantes de riñón, hígado y corazón forman parte de la rutina quirúrgica de muchos centros hospitalarios mientras se afianzan otros como el trasplante de pulmón. Además, surgen las especialidades quirúrgicas como cirugía endoscópica y laparoscopia, y también hay numerosas especialidades médicas que practican la cirugía de alguna forma, tal como la radiología intervencionista y la endoscopia cardiológica.

La cirugía se encuentra actualmente en un proceso de transformación racional en el que la cirugía a distancia, cirugía mediante ordenadores, cirugía endoscópica en tres dimensiones y el bisturí de ondas magnéticas, están marcando el cambio.

La cirugía en la actualidad, no implica solamente diagnosticar y curar sino también prevenir, promocionar la salud y facilitar la rehabilitación socio-laboral de los enfermos operados.

2.2 EL DIAGNÓSTICO EN CIRUGÍA ¹⁶

El diagnóstico es el primero y uno de los más importantes objetivos de la cirugía. Así lo certifica la relación estricta que existe entre un diagnóstico correcto y la disminución de la morbilidad y mortalidad. Es por esta razón que el estudiante y el clínico deben tener un plan o un método que les sirva para enfocar eficazmente el diagnóstico de cualquier problema quirúrgico.

¹⁶ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

Dicho plan tiene que ser simple, conciso, factible y debe partir de los síntomas y signos que presente el paciente, y que son la primera manifestación de cualquier enfermedad. Desde un punto de vista conceptual, se establece el siguiente orden:

1. Interrogatorio
2. Evaluación de los síntomas
3. Examen físico dirigido
4. Consideración pertinente de los datos de laboratorio y de las exploraciones complementarias.

En el proceso de diagnóstico de la enfermedad de un paciente, se deben tener en cuenta los signos y síntomas que se han recogido en la exploración clínica e instrumental y durante el interrogatorio. Al analizar estos hechos reaccionales se puede reconstruir un proceso por el estudio de sus interacciones. Se buscan los mecanismos que posibiliten estos datos y esto no es sino determinar la fisiopatología.

El interrogatorio sigue el camino inverso al que sigue la enfermedad para organizarse, se consigue la información necesaria para establecer un diagnóstico etiológico quizás no fundamental para la terapéutica pero sí para la profilaxis.

Cuando se recoge la historia clínica de un paciente, se encuentra en un momento de sincronía con la enfermedad. Sin embargo, los cuadros clínicos cambian con el tiempo, ya que algunos de los síntomas desaparecen, otros se conservan y aparecen otros.

Los síndromes se desarrollan y tienen por tanto una significación diacrónica, imprescindible de conocer y explicar en la patología quirúrgica.

En consecuencia, ante un síntoma determinado se debe actuar en función de los siguientes parámetros:

- Fecha de aparición
- Características
- Forma de aparición, curso y duración
- Relación con otros síntomas y funciones
- Localización
- Exacerbaciones y remisiones
- Efectos de eventuales tratamientos

2.3 RIESGO QUIRÚRGICO ¹⁷

Es la posibilidad que tiene el paciente de morir durante la intervención quirúrgica o por la anestesia que se le aplique. Se trata de evaluar e intentar controlar las consecuencias de un determinado acto operatorio o anestésico, teniendo en cuenta que cirugía y anestesia implican per se la eventualidad de crear patologías específicas.

a. Los datos semiológicos, relacionados con el riesgo quirúrgico, quedarán establecidos en la historia clínica en dos apartados:

- Factores que asientan en el paciente sin relación directa con la patología que motiva la intervención. La edad es el primer dato a tener en cuenta.

¹⁷ idem http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

- La obesidad es otro hecho que sistemáticamente debe figurar en la historia clínica quirúrgica. Está demostrado que en intervenciones abdominales la obesidad multiplica por cuatro el riesgo quirúrgico, por afectación de las funciones respiratoria y cardiaca.

Toda la semiología relativa a la enfermedad cardiaca y pulmonar debe ser cuidadosamente evaluada, con el concepto obligado de que ninguna exploración complementaria como ECG o la radiografía de tórax, pueden sustituir a la investigación de la historia clínica del paciente, conocida como anámnesis, y al examen físico del paciente.

La importancia del estado nutricional de un paciente quirúrgico ha sido señalada desde hace décadas; la valoración de este parámetro debe realizarse durante la historia clínica y el examen físico.

La situación del sistema vascular periférico debe ser rigurosamente establecida durante el examen físico. La existencia de signos de insuficiencia venosa en miembros inferiores supone un elevado riesgo de enfermedad tromboembólica y la obligatoriedad en consecuencia de establecer medidas preventivas.

b. Factores derivados de la gravedad del proceso a operar, son los que derivan de la enfermedad, de la entidad a tratar quirúrgicamente, de la localización o extensión, etc.

Ambos factores se complementarán con los derivados de la anestesia, el acto quirúrgico, la recuperación y los cuidados intensivos. Éstos no están directamente relacionados pero sí están sumados al riesgo derivado de los datos semiológicos previos.

2.4 RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE ¹⁸

La ley general de Sanidad, enumera una serie de derechos de los usuarios del sistema sanitario, entre ellos:

1. "La información sobre los servicios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso"
2. "Que la información se de en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

La relación médico-enfermo está basada en la confianza mutua que debe iniciarse desde la primera entrevista, así Laín Entralgo define el acto medico como "un hecho radicalmente social que establece una relación técnica y amistosa entre el médico, capaz de prestar ayuda y el paciente, necesitado de recibirla." Es por lo tanto una relación basada en la confianza y la confidencia, lo que implica un respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente.

De ahí la relevancia que tiene en la consulta médica dedicar a cada paciente el tiempo necesario, lo que implica una proximidad interpersonal y una actitud de comprensión y ayuda. El paciente y los familiares tienen derecho a una información adecuada, que

¹⁸ idem <http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

debe de ser lo más amplia y objetiva posible. Además, tiene derecho a aceptar o no libremente el tratamiento propuesto. Al finalizar su estancia el paciente o su familia debe de recibir el correspondiente informe de alta en relación con la asistencia practicada.

2.4.1 La ética médica

La ética medica que media todo acto clínico se basa en cuatro principios fundamentales:

1. Autonomía. Se debe de respetar el criterio de individualidad del paciente.
2. Beneficencia. El bien no puede hacerse en contra de la voluntad de quien lo recibe por ello este principio se subordina al de autonomía. Los valores del enfermo han de ser respetados.
3. No maleficencia. Se basa en el principio de no hacer daño o por lo menos extremar los beneficios y minimizar los posibles riesgos.
4. Justicia. Expresada como igualdad de oportunidades y trato igualitario, junto con el apoyo al más necesitado.

Desde luego, hoy no sirve ya aquel consejo de Hipócrates¹⁹, "Oculata al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas." Para regularizar y constatar la expresión de esta relación médico-paciente, se ha instituido el hábito del consentimiento informado de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, especialmente, en el caso de las intervenciones quirúrgicas o exploraciones especiales que conllevan riesgo. Este requisito es imprescindible

¹⁹ idem <http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

salvo en determinadas situaciones previstas por la legislación, cuando la intervención sea de carácter urgente sin permitir demoras, cuando el paciente no esté legal o físicamente capacitado para tomar decisiones o cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

2.4.2 La relación médico paciente en la cirugía actual.²⁰

La confianza entre el médico y el ciudadano de hoy cada vez más culto e informado, se estimula cuando se le explica, en un lenguaje adaptado al paciente y a su entorno, la razón de la indicación operatoria, las alternativas terapéuticas, las complicaciones y los resultados previsibles y la evolución postoperatoria.

La formación ética del médico que practica una actividad quirúrgica está ligada al desarrollo técnico, lo que hace peligrar que los aspectos humanos queden desplazados bajo la fascinación del progreso técnico.

En la medicina actual tan tecnificada hay una gran carencia de comunicación de la que solo los médicos son responsables. Otros factores que influyen son la masificación, la falta de tiempo y la carencia de formación en técnicas de comunicación en las universidades.

Estas carencias en la comunicación también repercuten sobre la capacidad de sanar o aliviar del médico, ya que una correcta

²⁰ idem. http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm

relación entre ambos puede atenuar el temor, la ansiedad, la indefensión e incertidumbre.

Durante los últimos años se han producido cambios socioculturales que han repercutido de forma especial en la operación, como el coste sanitario, el envejecimiento de la población, una mejor percepción de la calidad asistencial por los ciudadanos y profesionales, así como un cambio de patologías.

Una de las variedades del secreto profesional lo constituye el secreto médico, que obliga al profesional de la medicina a no comunicar a nadie lo que haya visto o escuchado con ocasión del proceso terapéutico, con su estancia en instituciones sanitarias o la última relación, mutuamente aceptada entre, médico y paciente.

El secreto médico nace de la mutua confianza, de la libre entrega del enfermo al médico. Si se hace pública la información se rompe el vínculo de relación establecido, lo que supone la violación de la privacidad y una falta de respeto a la condición humana.

No obstante, son varias las actuaciones que permiten desvelar el secreto médico, como la denuncia de delitos, la declaración como testigo o perito y la declaración de enfermedades infectocontagiosas. Además, la práctica clínica cotidiana aporta situaciones en la que la actividad médica debe proyectarse en colaboración con la justicia y las autoridades mantenedoras del orden social.

Por ejemplo, la regulación legal del secreto médico en España se ha establecido por una orden del Ministerio de Sanidad que recoge las propuestas de los presidentes y consejeros de los Colegios Médicos españoles y lo expuesto en el Código Deontológico.

Sydenham:

"finalmente el médico debe recordar que el mismo no está exento de la suerte común, sino que está sujeto a las mismas leyes de mortalidad y de enfermedad que los demás, y se ocupará de los enfermos con mas cariño y diligencia si recuerda que el mismo es su sufriente compañero".

2.4.3 La responsabilidad legal del médico. ²¹

La actuación médica tiene atribuida una responsabilidad legal que, en los últimos años, ha acrecentado su interés tanto para los juristas, como para los médicos y los ciudadanos. Esta responsabilidad se materializa en forma de calificación de la actuación clínica en algunas ocasiones, como la "imprudencia punible de la actividad médico-quirúrgica" o "imprudencia temeraria", en diversas modalidades. Ello ocurre cuando, o bien el médico no actúa según la *lex artis*, o no es diligente para solucionar el problema, según un mínimo sentido común o pericia. Tanto los profesionales de la judicatura, como los facultativos, vienen reclamando un adecuado marco legal para que la tipificación de las responsabilidades, la cuantía de restitución económica y la cualificación de los castigos y su motivación estén mucho más especificadas.

²¹ idem <http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia qx.htm>

El cumplimiento de los derechos de los ciudadanos, sean pacientes o médicos, es irrenunciable y está establecido en la constitución española, por lo que no debe nunca implicar una alienación en la relación médico-enfermo, que ha de fundamentarse en la citada relación de mutua confianza.

2.5 DE LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA EN LA ACTUALIDAD

Según Sabiston ²² todos los avances de la medicina han sido incorporados a la práctica quirúrgica actual. Jorge Solares Ovalle, cirujano cardiovascular, indica cuáles son los cinco grandes avances de la cirugía que definen al siglo actual:

1. La utilización del navegador, para efectuar operaciones de Neurocirugía.
2. El transplante renal.
3. Todos los avances realizados en cirugía cardiovascular (ver el último capítulo).
4. La cirugía no invasiva, que corresponde al uso de la vídeo cirugía para tratar quirúrgicamente los problemas de salud, predominantemente de índole obstétrico y de cirugía mayor de tórax y abdomen, pero que se está generalizando a las demás subespecialidades de la cirugía, como son la traumatología y ortopedia, la urología y la gastroenterología.
5. Y la radiología no invasiva, en la cual el radiólogo capacitado ejecuta intervenciones con el auxilio del fluoroscopio.
6. La litotripsia en urología y los avances en cirugía de ojos. Es evidente que la práctica quirúrgica actual está altamente

²² Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. Decimosexta edición. Editorial Mc Graw Hill. México. Julio 2004. Páginas 1 a 40.

desarrollada en todos los aspectos, sobre todo en el caso de la cirugía no invasiva, pero por otro lado se critica a los cirujanos aduciendo que comercian en su mayoría con el dolor humano. Me parece que la única forma de poder rebatir este concepto sería el contar con centros de atención pública y con hospitales públicos que cuenten con el equipamiento que el momento demanda al cirujano en su práctica diaria.

Analizaremos la historia de la cirugía no invasiva en el capítulo final, mediante una entrevista realizada a Edwin Bran Galdámez. ¿En qué consiste la cirugía mínimamente invasiva? Es lo más avanzado en la actualidad de la cirugía, en ella interviene el cirujano principal y sus ayudantes, un anestesiólogo, una enfermera instrumentista y una circulante. Generalmente está presente también el médico encargado del paciente.

En una sala de operaciones con todas las condiciones de asepsia y antisepsia, contando con todos los avances de la medicina actual se efectúan varias incisiones en puntos estratégicos del paciente a operar. Es en estas incisiones llamadas puertos, se introduce por medio de cánulas o trocares especiales, la cámara de vídeo. Con la ayuda de la visión directa que proporciona la cámara a través de lentes de diverso aumento, se efectúa la operación planeada, la cual queda filmada. Finalmente se extraen los instrumentos utilizados y se procede a cerrar las incisiones por planos. De esta forma se efectúan las apendicetomías, colecistectomías, correcciones de hernias, laparoscopias, diversas operaciones de ginecología y una gran variedad de operaciones de cirugía mayor.

CAPITULO III

HISTORIA DE LA CIRUGIA EN GUATEMALA:

3.1 La cirugía precolombina o cirugía indígena.²³

Las experiencias que se conocen hasta antes de la llegada de Cristóbal Colón no llegaron a evolucionar hasta la cirugía.

Según la obra, “Historia Precolombina de la Medicina Cakchiquel”, se indica que en descripciones del Manual de Sololá hay registros de que los kaqchikeles, con fines de sacrificio humano y castigo, dominaron la técnica de extracción del corazón, la decapitación y el auto sacrificio de la lengua, por lo que debieron haber dominado la técnica de suturar con crin, como lo hicieron sus antepasados. Posiblemente heredado de los mayas y los toltecas.

Se presentan dos conclusiones de este trabajo:

1. No se encuentran datos suficientes como para pensar que los kaqchikeles hayan adquirido los conocimientos sobre técnicas de cirugía mayor de los mayas, aunque es de suponerlo pues todos los conocimientos eran transmitidos de padres a hijos.
2. Los kaqchikeles poseían conocimientos sobre el tratamiento de las enfermedades a base de plantas y no como se ha creído que sus curaciones las efectuaban a base de hechizos y brujerías.

²³ Cerón Donis Luis Fernando. Historia precolombina de la Medicina Cakchiquel. Guatemala, noviembre de 1977. Paginas 1 a 34.

3.2 La cirugía en la época Alvaridiana o cirugía durante la conquista ²⁴.

Hay tantas anécdotas relacionadas con la conquista de Guatemala y México, pero al parecer desconocemos la más importante y científica, en la que se menciona que en realidad los indígenas fueron diezmados, debido a una epidemia de viruela con la que venían enfermos los españoles al efectuar la conquista, lo que nos da una idea de la falta de médicos entre los conquistadores.

El 13 de noviembre de 1523 Hernán Cortés despide en México a Pedro de Alvarado, quien viene a conquistar el reino de Guatemala. La conquista de Guatemala se realizó sin cirujanos, herbolarios, ni barberos, dado las malas experiencias tenidas con anterioridad y lo caro de sus servicios.

El 25 de Julio de 1524, en Iximché, capital de los kaqchikeles se funda Santiago de Guatemala, una población efímera e intrascendente.

A pesar de que se cuentan con pocos registros de esta época, pues los registros se destruyeron en los terremotos de 1917 y 1918 y en el incendio de la Facultad de Medicina ocurrido el 23 de enero de 1921, se puede afirmar que no existió la cirugía en la época de la conquista, ni en Iximché por lo que las heridas y flechazos han de haber sido curadas por enfermeros de guerra o conocedores empíricos de la época.

²⁴ Martínez Durán, Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y evolución. Segunda Edición. Tipografía Nacional. Guatemala, 1945. Páginas 17 a 47.

El 22 de noviembre de 1527 nace la segunda ciudad en el fértil valle de Almolonga. A los 22 días del mes de noviembre de 1527, nace el primer hospital de la ciudad que se llamo hospital de la Misericordia.

El hospital de la Misericordia careció de médicos. Se trataba más bien de una forma de auxilio brindado por los frailes. Triplicó sus funciones en el año 1637 por disposiciones del licenciado Bartolomé de las Casas quien lo transformo en hospicio, asilo de inválidos y hospital.

En el año de 1527 se le asigna al hospital una renta fija gracias a las gestiones de Francisco Marroquín, primer obispo de Guatemala.

La vida en Almolonga según el primer cronista de Guatemala Fray Antonio de Remesal en su "Historia General de las Indias", fue una vida corriente. Se menciona la existencia del medico N, cuyo nombre no reveló el historiador, que entró en la ciudad y aseguró ser medico, cirujano, boticario y herbolario famoso, pero en cuyas manos quedo la vida de decenas de españoles dada su inexperiencia, hasta que se le prohibió practicar la medicina.

En la historia de Guatemala hace su aparición el primer médico que se dice llamar cirujano, a quien Antonio de Remesal cita en sus escritos como el médico N (Sánchez de Parejo), a pesar de que los colegios de cirujanos aparecieron en el siglo XVIII, por lo que sin duda, era un cirujano barbero que hacían sus curaciones

en lo externo del cuerpo y en forma empírica y no sabemos cómo se titulaban.

El 11 de septiembre de 1541 la ciudad fue destruida y en octubre del mismo año se anunció su traslado al valle de Panchoy.

3.2.1 La cirugía colonial preuniversitaria (1541-1681). España dio las bases de la cultura médica ²⁵.

La cirugía en esta época en España, mismo arte que se ha de haber practicado en Guatemala, la practicaron cirujanos barberos. Éstos estudiaban fuera de la universidad, separados de la medicina universitaria y eran considerados médicos de segunda que practicaban estas artes en las áreas rurales y curaban empíricamente en lo externo del cuerpo, los flechazos y balazos, hacían sangrías y cauterizaban con hierro y aceites calientes. Según Carlos Lara Roche, para evitar que los pacientes sintieran dolor, es probable que los alcoholizaran o sedaran con tinturas de opio o coca. Estos cirujanos barberos, según Abraham García Kutzbach, se inscribían en los Protomedicatos de cada país y eran regulados en su práctica por estas instituciones.

La medicina en España tuvo un gran apogeo en los siglos XV, XVI Y XVII y fue decadente en el siglo XVIII. No se sabe por qué, pero todo este auge de la medicina española llegó a Guatemala hasta principios del siglo XVIII.

²⁵ idem, páginas 51 a 72.

Las leyes del Protomedicato (institución jurídica que regulaba la práctica médica) de origen español, vinieron a regular la práctica médica y los pleitos de los curanderos y titulados, entre médicos y boticarios, de las personas dedicadas a la práctica médica en Guatemala.

3.2.2 Los médicos en los albores de la vida colonial preuniversitaria (1541 - 1600).

Se le levantaron las penas al doctor Sánchez de Parejo y se le dejó de nuevo curar a su antojo.

Juan de los Ríos inició la gran serie de médicos con nombre Juan. Es curioso que todos los profesionales de la medicina del siglo XVI y gran parte de XVII, provenientes de España se llamaran así. Juan de los Reyes, Juan Vásquez de Molina, Juan de León, Juan del Castillo y Juan de Cabrera. Juan de los Ríos fue el primer administrador del Hospital Real de Santiago y enfrentó la peste del año 1558.

Juan de los Reyes, uno de los primeros cirujanos titulados, tomó la pluma y obligó al gobernador a volver por los fueros de la salud pública.

No contamos con documentos para investigar cómo se obtenían estos títulos de cirujano en esta época. Es probable que en España existieran asociaciones de barberos quienes a cambio de una dote, impartían sus conocimientos y extendían el título de cirujano. Aunque no se cuenta con registros de la época se sabe que Juan de los Reyes y Juan Vásquez de Molina dominan toda la historia médica de la segunda mitad del siglo XVI.

3.2.3 Hospitales en la segunda mitad del siglo XVI ²⁶. La historia de los hospitales, es útil en historia de la cirugía, pues es el lugar de trabajo de los cirujanos.

Los frailes dominicos Matías de Paz, Pedro de Angulo y Blas de Santa María fundaron el hospital de los indios bajo el nombre de San Alejo. Según Real Cédula del 24 de Julio de 1559, expedida en Valladolid, el Rey concedió 600 pesos para el hospital de los indios, ordenando que se asilara a los indios que se sorprendieran de vagabundos y que el dinero no se gastara en administración, sino para beneficio de los pobres.

Poco tiempo duraron las ilusiones de los indios, ya que en noviembre del mismo año el Rey otorgó otra cédula fundando el hospital Real de Santiago o de San Juan de Dios y dejando sin efecto la cédula del hospital de San Alejo.

El Hospital era para españoles y para indígenas, pero ante la evidencia de ulteriores trastornos, se decidieron tardíamente a separar el Hospital de San Alejo lo que sucedió en 1558. Desde esa fecha el hospital de los indios volvió a gozar de sus rentas.

Así como el hospital de los indios va unido a la vida virtuosa de fray Matias de Paz, el hospital Real de Santiago une su destino a la vida virtuosa del obispo Francisco Marroquín. Por el año 1652 Bartolomé Sánchez Parejo fue sustituido como administrador del hospital de los indios por Juan de Cabrera y Andrés Sánchez de Miranda.

²⁶ idem, páginas 73 a 83.

Francisco Marroquín merece el título de padre de la cultura del Reino de Guatemala ya que fundó la Iglesia de Guatemala, la escuela de Guatemala y el hospital Real de Santiago.

El 29 de noviembre de 1559, por Real Cédula fechada en Toledo, el rey fundó el hospital Real de Santiago. Hasta el año 1595 este Hospital tuvo administrador médico y el 5 de enero de ese año fue nombrado Reyes de Bolaños. A partir de este año la vigilancia y curación de los enfermos se puso en manos de médicos titulados.

3.2.4 Médicos y Hospitales de la primera mitad del siglo XVII ²⁷.

El florecimiento de la metrópoli de América Central en el valle de Panchoy, hizo despertar ambiciones y numerosos médicos llegaron desde la Nueva España y de lejanas ciudades de la península hispánica, siendo ellos, Juan de León (1600), Joseph Adalid Bohórquez (1603), Domingo López Ruiz (1613), Juan del Castillo (¿), Cristóbal Tartajo (1624), Pedro Ramírez Delgado (1627), Enrique de Sosa (1630), Alonso Aragón (1633), Mauricio López de Lozada (1640), Juan de Cabrera (1640), Andrés Sánchez de Miranda (1648) y Bartolomé Sánchez de Parejo (1649).

En la primera mitad del siglo XVII Guatemala tuvo una docena de médicos. En este periodo sólo hubo mejoría de los dos hospitales ya citados y no se registran progresos en la cirugía.

²⁷ idem, páginas 84 a 96.

3.2.4 Fundación del hospital de San Lázaro y otros sucesos importantes, vida médica colonial preuniversitaria ²⁸.

Álvaro de Quiñónez Osorio, Marqués de Lorenzana y Capitán General de Guatemala fue hombre muy generoso y a él se debe la creación del hospital de San Lázaro, dedicado a atender a los discapacitados, el cual se comenzó a edificar en 1640.

3.2.6 La vida colonial preuniversitaria, reformas en los hospitales y llegada de nuevos médicos.

Durante la década de 1660 a 1670 la ciudad de Santiago no es favorecida con la llegada de nuevos médicos. Sánchez de Miranda, Sánchez Parejo, hijo y Mauricio López de Losada se reparten la clientela privada y hospitalaria.

Fue hasta el año 1675 cuando llegó de México el médico Sebastián de Sotomayor quien desde su llegada comenzó a servir en el hospital Real de Santiago. Desde 1682 fue médico de los presos y siempre acompañó en sus visitas al primer catedrático de prima medicina, Nicolás de Souza y a Miguel Fernández, también catedrático de la universidad.

El periodo colonial preuniversitario cerró su vida médica con los médicos Salmerón de Castro y Diego Vásquez de Hinojosa. Ninguno de estos médicos aportó algún avance a la cirugía, en esta época.

²⁸ idem, páginas 96 a 104.

3.2.7 Pedro de Bethancourt ilumina con sus virtudes la pobreza científica de la medicina guatemalteca durante el siglo XVII.

Hasta este momento del siglo XVII existía la pobreza científica en la medicina de Guatemala, incapaz de curar el cuerpo e impotentes para llevar a los corazones el bálsamo del consuelo.

Muchos de estos médicos eran titulados y competentes, mas los errores de la medicina, terapéutica y cirugía de la época no les permitían ir muy lejos en la curación de las enfermedades ²⁹.

El maestro Alonso Zapata y el relator de la audiencia, prestaron Bethancourt los 40 pesos para la compra del terreno del que llegaría a ser el cuarto hospital de Guatemala y que se llamó el hospital de convalecientes de nuestra señora de Bethlem.

En noviembre de 1662 se terminó el hospital de San Pedro, último hospital con que contó Guatemala, el cual estaba destinado a los eclesiásticos enfermos. Durante esta época no se registran avances en la cirugía.

El hospital de convalecientes era visitado por varios médicos y cirujanos y en especial por Mauricio López de Losada, Payo de Rivera y Sebastián Álvarez, quienes también fueron huéspedes de Bethancourt.

La historia colonial preuniversitaria se anunció con la cultura fundada por Francisco Marroquín y termina con la vida de Pedro de Bethancourt.

²⁹ idem, páginas 105 a 113.

3.3 La cirugía colonial universitaria (1681 - 1821)³⁰.

Comenzamos esta época diciendo que la medicina como carrera inició poco a poco. Se graduaban pocos médicos, entre ellos José Felipe Flores, anatomista y Narciso Esparragosa y Gallardo quien domino el campo quirúrgico de la época y es el fundador de la cirugía científica en Guatemala.

El obispo Francisco Marroquín inspiró la universidad.

A la muerte de Francisco Marroquín dejó en su testamento el terreno para el colegio y una renta de 883 tostones. Esto se hizo realidad 58 años después. Fue en tiempo del capitán general, Conde de la Gomera, cuando se fundó el colegio Santo Tomás de Aquino (7 de Septiembre de 1620), patrocinado por lo dominicos y por el Deán de la Catedral, Felipe Ruiz de Corral. En el colegio se enseñaba teología, cánones y artes.

El 14 de enero de 1646, Pedro Crespo Suárez, correo mayor y alguacil del Santo Oficio de la Inquisición, otorgo una escritura a favor de la nueva Universidad. En ella se ofrecerían cinco cátedras, dos de filosofía, dos de cánones y leyes y una de medicina. Donó además dinero para el mantenimiento de estas cátedras y renta para el mantenimiento de los estudiantes y el mantenimiento del edificio. La donación hecha en esta escritura no pedía ser revocada a la hora de su muerte.

Sancho de Barahona, otro español amante de las letras dejó en unión con su esposa, 100 ducados de renta para la Universidad de Guatemala.

³⁰ idem, páginas 123 a 132.

El 31 de enero de 1676, es fecha inolvidable para la cultura de Guatemala. En ese día, el Rey Carlos II, de sobrenombre el Hechizado, dio la Real Cédula concediendo la fundación de la universidad en Guatemala.

En la cédula se ordenaba que la Universidad fuera de Real Patronato, que en ella se pusiesen las armas reales y que se establecieran 7 cátedras: teología moral, teología escolástica, cánones, leyes, medicina y dos de lenguas. Cada cátedra contaba con una dotación de 100 pesos. Los estatutos de la Universidad de San Carlos fueron hechos a semejanza de los que regían las principales universidades de España y de América (Salamanca, Lima y México).

El rey aprobó y confirmó estos estatutos por Real Cédula del 9 de Junio de 1686 y el papa Inocencio XI, el 18 de Junio de 1687, expidió la bula que consagró como Pontificia a la Universidad de Guatemala.

3.3.1 Apertura de la Universidad de San Carlos e inauguración de la cátedra de prima medicina ³¹.

Su principal importancia es que ha permitido mantener actualizados los conocimientos de medicina y cirugía en Guatemala, de acuerdo con su desarrollo en cada siglo, en las principales universidades de Europa y de América, dadas las necesidades de los médicos y de la población Guatemalteca.

³¹ idem, páginas 132 a 140.

El 7 de enero de 1681 fue la apertura de la Universidad. Entre las personalidades que asistieron al acto se encontraban el obispo Ortega y Montañez, los catedráticos, fray Agustín Cano, catedrático de Filosofía, fray Diego De Rivas, catedrático de Teología Moral, Juan Meléndez Carreño, Jacinto Xainaes Moreno y Antonio Dávila Quiñónez. Estuvo ausente José Salmerón de Castro, electo en México catedrático prima de medicina, que no tomo posesión de su cargo.

El Oidor y Superintendente de la Universidad, doctor Francisco de Sarasa y Arce urgido por las súplicas y necesidades, se ve obligado a nombrar catedrático interino de prima de medicina a Nicolás de Souza, quien entra en la universidad el 20 de octubre de 1681, fecha en que inaugura la cátedra de medicina.

Durante 7 años Souza enseñó temporalmente la cátedra prima de medicina cumpliendo con las lecciones mandadas por las constituciones y haciendo anatomías, cada 4 meses, en el hospital Real de Santiago.

La enseñanza universitaria de medicina no fue el tema preferente en los primeros años de vida de la Universidad.

3.3.2 La cátedra de prima de medicina en la Real y Pontificia Universidad de San Carlos de Guatemala ³².

Vázquez de Hinojosa y Salmerón de Castro, catedráticos nombrados por México para Guatemala nunca llegaron.

³² idem, páginas 154 a 160.

La cátedra prima de medicina se inauguró el 20 de octubre de 1681, importante por que este catedrático era siempre un cirujano.

La cátedra prima de medicina no dio mayores frutos en el siglo XVII y los dos primeros catedráticos, Souza el interino y Miguel Fernández el definitivo, sólo enseñaron la medicina a Vicente Ferrer González, el primer estudiante y bachiller en medicina, que se tituló en el año 1703.

En el año 1712 se encuentra a Miguel Fernández presidiendo el examen de graduación de Don José de Medina el segundo bachiller en medicina egresado de la universidad de San Carlos y quien heredara la cátedra prima de medicina de Miguel Fernández, a su retiro para profesar en la orden de San Felipe Neri. Nicolás de Souza murió por el año 1711.

3.3.3 Bachilleres egresados de la Universidad de San Carlos durante los primeros 25 años del siglo XVII ³³.

Según Martínez Durán en esta época se llamaba cirujano al médico muy docto en cuestiones de anatomía patológica forense, es decir en hacer autopsias, pero existían ya cirujanos barberos en Guatemala, que vinieron de España.

Por otra parte, durante el inicio de la cátedra prima de medicina, hubo muy poco interés del estudiantado en estudiar la carrera de médico, en su lugar tenían predilección por estudiar filosofía y cánones.

³³ idem, páginas 160 a 209.

Los siete bachilleres en medicina que se graduaron en el primer cuarto del siglo XVIII son los siguientes, en orden cronológico:

1. Vicente Ferrer González: el 20 de agosto de 1703.
2. José de Medina: el 19 de enero de 1712.
3. Cristóbal de Hincapié: el 4 de marzo de 1723.
4. Pedro Palacios y Cóbar: el 27 de octubre de 1723.
5. Manuel de Ávalos y Porres: el 19 de diciembre de 1723.
6. Blas Rodríguez: el 28 de Junio de 1724.
7. José Antonio de Estrada: el 19 de febrero de 1725.

De los siete bachilleres en Medicina mencionados anteriormente sobresale Manuel Ávalos y Porres, quien poseído de amor hacia la ciencia experimental, renovó la enseñanza de la medicina en la Universidad y en los Hospitales.

Vicente Ferrer González, sustituyó a Sebastián de Sotomayor en su trabajo en los hospitales, durante el segundo cuarto del siglo XVIII, debido al poco interés por la medicina, no se graduó nadie de bachiller en medicina. Durante esta época tampoco se registran avances en la cirugía.

3.3.4 Bachilleres en medicina egresados de la Universidad de San Carlos, durante los años 1750 a 1773 ³⁴.

Del año de 1750 al año de 1773, época de la destrucción de la ciudad de Guatemala asentada en el valle de Panchoy, se graduaron cinco bachilleres en Medicina. Estos fueron alumnos del doctor Ávalos y Porres y constituyeron la tercera generación de médicos de la universidad colonial.

³⁴ idem, páginas 209 a 220.

Los cinco bachilleres en medicina fueron los siguientes, enumerados en orden cronológico:

1. Manuel Vásquez de Molina, 1 de junio de 1753.
2. Juan Antonio Ruiz de Bustamante, 30 de marzo de 1754.
3. Francisco de Aceituno, 4 de julio de 1756.
4. Manuel de Merlo, 21 de agosto de 1756.
5. José Felipe Flores, 20 de febrero de 1773.

Cuando Ávalos y Porres se retiró de la cátedra prima de medicina, fue sustituido por Manuel Vásquez de Molina.

El terremoto de Santa Marta y la epidemia de tabardillo (tifus) pusieron fin a la historia médica de la segunda ciudad colonial y cierran el primer capítulo de la medicina colonial universitaria. En este periodo, José Felipe Flores, dio un gran impulso a la cirugía con grandes avances en anatomía.

EN EL AÑO 1782 FRAY ANTONIO LIENDO Y GOICOCHEA INTRODUCIÓ LA EDUCACIÓN EXPERIMENTAL EN LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA .

3.3.5 La cirugía en los albores de la Nueva Guatemala de la Asunción ³⁵.

En la Nueva Guatemala de la Asunción surgieron múltiples problemas, derivados de la formación de dos partidos, los terronistas que defendían a la antigua ciudad y los traslacionistas que defendían el traslado de la ciudad.

³⁵ idem, páginas 220 a 250

En noviembre del año de 1777 fue vencida la resistencia del claustro universitario, pasándose la universidad a la nueva capital. En el mismo año se trasladaron casi todos los médicos, iniciando sus labores en los hospitales improvisados.

La universidad estaba vacía de estudiantes de medicina y no fue sino hasta el año 1788, cuando la cátedra prima de medicina se honró con la presencia de un alumno ejemplar, el que fue más tarde brillante médico, Narciso Esparragosa y Gallardo, quien fuera más adelante el fundador de la cirugía experimental en Guatemala y quien dominó el campo quirúrgico de esta época.

El hospital de San Juan de Dios tenía dos casas improvisadas en la nueva ciudad: una en el barrio de Ustaris (parroquia vieja) y otra en los alrededores en el sitio señalado para la obra definitiva.

Toribio Carvajal, cirujano de origen mexicano y Mariano Rodríguez del Valle fueron los primeros profesionales que curaron en las enfermerías de la nueva ciudad.

Rodríguez del Valle murió en el año 1781, siendo sustituido por José Felipe Flores, quien desde entonces consagró su vida a los hospitales.

Toribio Carvajal, cirujano en la ermita, abrió las enfermerías, curó a los heridos y reconoció los cadáveres. Fue cirujano en los tiempos difíciles y tuvo la oportunidad y satisfacción de reorganizar los hospitales.

Vale la pena hacer notar que todos los cirujanos de esta época, recibieron sus títulos de cirujano en España o en otros países del mundo. Así, Narciso Esparragosa y Gallardo estudio cirugía en Venezuela.

3.3.6 La epidemia de viruela del año 1780 ³⁶.

Una de las más terribles epidemias de viruela fue la que sufrió Guatemala en el año de 1780.

Como ni había un hospital de aislamiento, el gobierno dispuso fundar el real hospital de viruelas bajo la advocación de San José (este hospital conserva el nombre de hospital de San José). El 28 de agosto de 1780 se improvisaron dos salas la de mujeres y la de hombres que se llamaba de San Carlos.

Los médicos de la nueva ciudad eran José Felipe Flores, Manuel Vásquez de Molina, José Antonio de Córdova, Juan Antonio Ruiz de Bustamante, Manuel de Merlo y Alonso de Carriola. A estos médicos titulados se sumaban los empíricos conocidos con los nombres de Salomón y Alejandro.

En 1780, José Felipe Flores, empleó por primera vez en Guatemala la inoculación contra la viruela, forma de vacunación anticipada a su época, con buenos resultados que fueron comprobados por registros llevados en la población y que ayudo a salvar miles de vidas guatemaltecas.

³⁶ idem, páginas 251 a 266.

3.3.7 Hospitales de la Nueva Guatemala de la Asunción ³⁷.

Los hospitales de la Nueva Guatemala marchaban muy mal, debido a las violencias entabladas entre el gobierno y el cabildo eclesiástico, quienes preocupados de sus intereses personales, olvidaron la sagrada misión del hospital, entorpecida por inútiles y perjudiciales discusiones. Funcionaban en esta época en forma inicial los hospitales San Juan de Dios y el de San José.

El 24 de abril de 1780 se suspendió el hospital de San Pedro en la Antigua. Por disposición del capitán general Matías de Gálvez se ubicó temporalmente en el convento de Belén, pero por protestas eclesiásticas se obligo a construir un nuevo hospital de San Pedro, deteniéndose el progreso del hospital San Juan de Dios. De 1780 a 1795 hubo controversia entre estos dos hospitales hasta que el rey, por cédula del 21 de junio de 1795, dispuso reunir los hospitales de San Juan de Dios y de San Pedro.

3.3.8 La obra de José Felipe Flores en los hospitales y en la cátedra prima de medicina.

José Felipe Flores ingreso en el hospital de San Juan de Dios en el año de 1781, sustituyendo a Mariano Rodríguez del Valle, que había fallecido. El 4 de abril de 1780, José Felipe Flores recibió la borla de doctor en medicina. **Podemos decir que José Felipe Flores es el fiel representante de la medicina Barroca de esta época en Europa, con sus grandes adelantos en anatomía lo que impulsó los grandes avances de la cirugía del siglo XVIII.**

³⁷ idem páginas 266 a 284

El año de 1785 pidió al gobierno la dotación de instrumentos quirúrgicos para el hospital, sugiriendo la conveniencia de comprar los de Alonso de Carriola, quien terminó donando los mismos.

Gracias a la bondad de Carriola, el hospital San Juan de Dios tuvo surtido y necesario instrumental: desde agujas, sierras, cauterios, instrumental para litotomía, fórceps, espéculos, hasta jeringuillas para inyección del lagrimal y torniquete de Petit. **Todo esto evidencia de que se practicaba la cirugía en esta época, la cual ya era metódica y experimental, pero se alcoholizaba o se daban tinturas de opio o coca a los pacientes para evitar que sintieran el dolor del acto quirúrgico y carecía de todos los adelantos de la cirugía de los siglos XVIII, XIX y XX.**

José Felipe Flores desempeñó la cátedra prima de medicina a seis alumnos, entre los que se puede mencionar a: Esparragosa, Carranza, Soto y Caceros.

La enseñanza de la anatomía y la renovación de los conocimientos físicos y fisiológicos fueron la nota sobresaliente de la instrucción ofrecida por José Felipe Flores, en la cátedra prima de medicina de la Real y Pontificia Universidad de San Carlos.

a) Erección del Protomedicato en Guatemala. José Felipe Flores, primer protomédico propietario ³⁹.

Los Protomedicatos eran los organismos médicos encargados, de las cuestiones reglamentarias y de salud pública. Generalmente el propietario de la cátedra prima de medicina era nombrado como

³⁹ idem, páginas 295 a 320.

protomédico. José Felipe Flores logró ser nombrado el primer protomédico legal de Guatemala.

b) José Felipe Flores funda la escuela médica, sus discípulos lo siguieron.

Discípulos del Dr. José Felipe Flores fueron: Narciso Esparragosa y Gallardo, José Vicente de Sorogastúa y Carranza, Francisco Quiñónez, José Aloyso de Franco, Pedro José Molina, Mariano Antonio de Larrave y el boticario Isidoro de Soto. José Antonio de Córdova sustituyó interinamente a José Felipe Flores en la cátedra prima de medicina y en el Protomedicato, desde 1796 hasta 1804. Durante el tiempo que Flores fungió como catedrático de medicina, se graduaron 6 bachilleres:

1. José Aloyso de Franco el 31 de marzo de 1798.
2. Pedro José Molina el 16 de junio de 1798.
3. Mariano Antonio de Larrave el 30 de julio de 1798.
4. José Jacobo Celis el 16 de agosto de 1800.
5. José Cirilo de Flores el 2 de enero de 1803.
6. Mariano Viscarra el 14 de enero de 1804

c) Sucesos diversos de la cirugía guatemalteca en las postrimerías del siglo XVII ⁴⁰.

Los tres primeros estudiantes practicantes que tuvo el hospital San Juan de Dios fueron:

1. Francisco Quiñónez, 20 de Junio de 1795.
2. Mariano Antonio de Larrave, 20 de julio de 1795.
3. Mariano Berdugo, 14 de noviembre de 1795.

⁴⁰ idem, páginas 320 a 339.

En este tiempo, José Felipe Flores, médico, Narciso Esparragoza y Gallardo, Cirujano Mayor y José Tomás Caceros, ayudante del cirujano, eran los únicos tres profesionales que prestaban sus servicios en el hospital de San Juan de Dios.

3.3.9 Narciso Esparragoza y Gallardo fundador de la cirugía científica en la Nueva Guatemala de la Asunción ⁴¹.

Narciso Esparragoza y Gallardo fundador de la verdadera cirugía científica, máximo representante de la medicina española, fue base y vértice, piedra angular y atalaya de las ciencias médicas de Guatemala.

Narciso Esparragoza y Gallardo nació en Caracas, en el noble hogar de don Antonio Germán de Esparragoza y doña María Francisca Tello y Gallardo (1759). A los 23 años se matriculó en la cátedra prima de medicina de la Real y Pontificia Universidad de Santiago de León de Caracas (1782). Fue alumno de José Francisco Molina.

De 1782 a 1786, Esparragoza cursó los cuatro años reglamentarios de la enseñanza de medicina. El 20 de julio de 1785 se graduó de licenciado en filosofía, bajo la presidencia del rector de aquella universidad, José Fernández de León. Antes de obtener el grado de bachiller en medicina, dispuso emprender viaje a Guatemala pueblo donde tenía un tío rico que le protegería. En 1788 llegó a Guatemala, matriculándose inmediatamente en la Real y Pontificia Universidad de San Carlos.

⁴¹ idem, páginas 339 a 345.

Como había cursado estudios de medicina en Caracas se graduó pronto, obteniendo el grado de bachiller en medicina el 22 de enero de 1789, bajo la disciplina del catedrático José Felipe Flores. Esparragosa fue por lo tanto el primer bachiller en medicina egresado de la Universidad de Guatemala.

El 17 de septiembre de 1791 ingresó en el hospital de San Juan de Dios con la categoría de Cirujano Mayor, puesto que desempeñó a lo largo de 30 años hasta su muerte. Entró como sustituto de Nicolás Montúfar Berdugo, quien falleció el 16 de septiembre de 1791.

a) Plenitud científica de Narciso Esparragosa y Gallardo.

En el último lustro del siglo XVII, Narciso Esparragosa y Gallardo fue consagrado como el cirujano más famoso de la nueva Guatemala. Creemos que estudio y recibió título de cirujano en Venezuela y facilitó los estudios de cirugía en Guatemala.

Durante el tiempo comprendido entre 1797 y 1805, Esparragosa realizó la plenitud de su obra científica.

En el hospital de San Juan de Dios cumplió por el tiempo de 30 años con los sagrados deberes médicos, operando miles de enfermos, salvando cientos de madres en los partos difíciles. Cirujano habilísimo, suyas fueron todas las técnicas quirúrgicas.

Operaba cataratas, trepanaba senos maxilares, extirpaba tumores cancerosos. Cirujano de verdad, maestro dadivoso practicaba con frecuencia autopsias clínicas, enseñando a sus alumnos la verdadera anatomía. Creemos que usó el alcohol como analgésico para evitar el dolor del acto quirúrgico

b) Fundador de la cirugía científica, introdujo a la universidad el estudio metódico de ella ⁴².

Partero brillante, inventó un instrumento llamado asa elástica, cuya eficiencia fue demostrada hasta el exceso. La Gaceta de Guatemala del 18 de diciembre de 1797 comenta las operaciones de catarata en forma extensa.

La entronización de la cirugía científica en la universidad de San Carlos dió muy pronto sus frutos, pues el 28 de marzo de 1798 se efectuaron los primeros exámenes de cirugía, sostenidos por Luis Franco y Mariano Antonio de Larrave.

La invitación para estos exámenes se hizo en tarjeta impresa, usando por primera vez la lengua castellana, no acostumbrada para tales actos.

Los exámenes novedosos se practicaron de acuerdo con las doctrinas de los autores más acreditados, especialmente de aquellos pertenecientes a la academia de cirugía de Paris.

c) Aportes de Esparragosa y Gallardo a la medicina

Hizo innovaciones en el arte obstétrico entre los que se mencionan la invención del Asa Elástica.

⁴² idem, páginas 345 a 354.

Narciso Esparragosa y Gallardo es considerado fundador de la medicina legal en Guatemala. ⁴³.

Narciso Esparragosa y Gallardo es considerado introductor de la vacuna contra viruela en Guatemala y héroe de la vacunación.

En la nueva Guatemala, a los 25 días del mes de enero del año 1805 se emitió el real decreto aprobando los estatutos y reglamento de la Junta Central de la Vacuna del Reino de Guatemala.

d) Muerte y glorificación de Narciso Esparragosa y Gallardo.

Un fulminante ataque de apoplejía terminó con la vida de Esparragosa, el 21 de agosto de 1819.

Con Narciso Esparragosa y Gallardo, nace la cirugía experimental y científica en Guatemala. Se tiene la impresión de que Esparragosa y Gallardo era multifacético, pues dominaba casi todos los campos de la cirugía de la época. Dado que en el tiempo en el cual vivió ya existían los colegios de cirugía en otras partes del mundo, él fue más avanzado que los cirujanos barberos de poco tiempo atrás y todavía fue regulado por el Protomedicato de Guatemala.

e) Fundación del Colegio de Cirugía en Guatemala

Hacer historia del Colegio de Cirugía es hacer la historia de los trabajos realizados por Esparragosa, quien fundó una cátedra de

⁴³ idem, páginas 354 a 408.

cirugía en la Real y Pontificia Universidad de San Carlos. La cátedra de cirugía fue el origen del Colegio.⁴⁴.

El 6 de julio de 1804 la Junta Superior de los Reales Colegios de Cirugía de Madrid dirigió una carta a Narciso Esparragosa, en la que se le comunica su nombramiento de vicedirector, jefe inmediato y primer catedrático del Colegio de Cirugía, fundado el 2 de julio de 1804.

Desde el 1 de abril de 1805 Esparragosa comenzó a dar su clase, quien nombro catedrático segundo a José Tomás Caceros y tercer secretario a Mariano Antonio de Larrave.

El 6 de febrero de 1805 se publicó impreso un aviso al público dándole cuenta de la fundación del Colegio de Cirugía.

La hermandad de caridad de los Reales Hospitales ofreció mantener seis cursantes en clase de alumnos dándoles habitación, vestido y alimentos.

Los que quieran entrar a esta clase acudirán al presbítero Pablo José Jáuregui o al secretario de la hermandad, José del Valle, quienes les impusieron de las condiciones con que fueron admitidos.

A la muerte de Narciso Esparragosa y Gallardo, el Doctor Larrave quedó dueño de el Colegio de Cirugía. La gran desorganización que reinaba en el colegio obligó a don Pedro Molina a suspenderlo, aunque prácticamente ya no existía.

⁴⁴ idem, páginas 408 a 422.

3.3.10 Vida y obra de Pedro Molina ⁴⁵.

Pedro Molina es el último representante de la medicina colonial universitaria, importante, pues durante su gestión como protomédico de Guatemala, desapareció el Colegio de Cirugía.

Pedro Molina representa un vínculo entre la medicina colonial que termina y la nueva que inicia al decretarse la independencia nacional. Muertos todos los maestros de las dos primeras décadas del siglo XIX, él hereda la tradición hipocrática de la colonia.

Los jóvenes recién egresados: Mariano Viscarra, Mariano José Suárez, Pablo José Aguilar, Cristóbal de Rojas y Francisco Barberena, forman la última generación de médicos universitarios de la Real y Pontificia Academia Carolina, entre 1804 y 1813. Podemos agregar a ellos a José Cirilo Flores y José Quirino Flores.

Pedro Molina nació el 29 de abril de 1777, se graduó de bachiller en medicina bajo la presidencia del catedrático interino de prima de medicina José Antonio Córdova, el 16 de junio de 1798. El 11 de agosto de 1802, Pedro Molina se graduó de cirujano.

Durante las primeras décadas del siglo XIX, el gran patriota Molina desempeñó con lucimiento diversos cargos de su profesión, en los hospitales, en la Junta Central de la Vacuna, en la Junta de Salud Pública y en el Ejército.

⁴⁵ idem, páginas 422 a 444.

En 1803 fue nombrado cirujano del batallón fijo en Granada hasta 1811. Cuando murió Narciso Esparragosa y Gallardo en 1819, se suscitaron muchas discusiones sobre los cargos desempeñados por Molina sobre todo en el Colegio de Cirugía y en el Protomedicato, Pedro Molina, quien era catedrático sustituto de prima de medicina, Cirujano Mayor interino de los Reales Hospitales y Cirujano Mayor del batallón de infantería, pidió el nombramiento de Protomédico. En 1821, el capitán general Urrutia negó protección al Colegio de Cirugía y entregó todo el poder al protomédico Molina.

El 8 de abril de 1820, presentó al Gobierno, su gran aporte a la medicina, su nunca bien elogiado proyecto de reformas a la enseñanza de medicina, progreso que no se llevó a cabo por las reformas del movimiento libertador.

PEDRO MOLINA PENSABA QUE LOS COLEGIOS DE CIRUGÍA ESTÁN MUY BIEN PARA ESPAÑA Y LOS PAÍSES RICOS, PERO QUE GUATEMALA NO ESTABA PREPARADA PARA SOSTENER DICHOS ESTABLECIMIENTOS.

Y QUE EN PAÍSES COMO GUATEMALA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA Y CIRUGÍA DEBÍA DE SER INTEGRADA Y QUE LA ENSEÑANZA DE AMBAS PROFESIONES PODÍA AJUSTARSE A UN PLAN DE ESTUDIOS.

3.4 La cirugía durante la vida independiente ⁴⁶.

En los primeros 26 años de vida independiente no hubo adelantos en cirugía en Guatemala. Alrededor de 1847 el siglo de oro de la cirugía penetra a Guatemala, principalmente por intermedio de José Luna y Arbizú, padre de la anestesia y de Juan Ortega, padre de la asepsia y antisepsia.

3.4.1 La cirugía guatemalteca durante la primera década de vida independiente.

Decadencia de la cultura universitaria. Panorama desolador de las ciencias médicas por inexperiencia de los próceres. Aparecen memoriales dirigidos al Jefe de Estado, fechado el 29 de septiembre de 1830 y firmado por los estudiantes de medicina en los que protestan por la situación en la que se encontraba la enseñanza de la medicina. Los memoriales son firmados por Tadeo Croquer, Benedicto Sáenz, Andrés Castro, Nazario Toledo, Hipólito Matute, Eugenio Aguilar, Mariano Croquer, Mariano Aragón y José Farfán.

De 1821 a 1850 no encontramos a ningún maestro capaz de igualar a Flores y Esparragosa y por tal razón faltan las sabias enseñanzas.

3.4.2 La cirugía guatemalteca durante el periodo comprendido entre los años 1832 y 1840 ⁴⁷.

Reforma a la enseñanza médica decretada por el Jefe de Estado Mariano Gálvez en 1832. Mariano Gálvez, a petición de reforma universitaria incitada por los estudiantes decretó la fundación de la

⁴⁶ idem, páginas 451 a 459.

⁴⁷ idem, páginas 459 a 475.

Academia de Estudios, obra espiritual de Gálvez, secundada por José Mariano Gonzáles, autor del plan de estudios de la nueva institución.

La Academia de Estudios fue instalada en el convento de San Francisco, donde abrió solemnemente sus puertas el 16 de Septiembre de 1832 y fue presidida por Pedro Molina. Aparte de quitarle el nombre a la Real y Pontificia Universidad de San Carlos de Guatemala, los planes de estudio fueron una vuelta al pasado, pues se volvió a integrar en una sola carrera a la medicina, la cirugía y la farmacia.

La reforma implantada por Mariano Gálvez es de admirar dado el atraso de los estudios de medicina de 1821 a 1831, pero éstos planes son atrasados en relación a los de Esparragosa y Gallardo y José Felipe Flores. No había maestros y sólo cuatro profesionales salieron titulados de la Academia de Estudios entre los que se puede mencionar a José Mariano Padilla y José Farfán, pues fueron los únicos de renombre. José Mariano Padilla es considerado el representante ideal de la Academia de Estudios.

3.4.3 La cirugía guatemalteca durante el periodo comprendido entre 1840 y 1883.

Fundación de la Facultad de Medicina de Guatemala en 1840 ⁴⁸.

A semejanza de lo sucedido en 1820, cuando Pedro Molina reformó la enseñanza medica, José Luna, presentó en 1840 ante la asamblea un proyecto de reformas, que fue la piedra angular para la formación de la Facultad de Medicina, cuya organización y

⁴⁸ idem, páginas 475 a 493.

bases se deben a Quirino Flores. Comisiones de la asamblea y del gobierno contribuyeron a la organización de la facultad.

La facultad quedó integrada por Quirino Flores, presidente y protomédico; Mariano Padilla, vicepresidente; Marcos Dardón, censor; Nazario Toledo, primer vocal; Francisco Abella, vocal segundo y Benedicto Sáenz, secretario. La Facultad de Medicina de 1840, germen de todas nuestras organizaciones docentes, ha sido y será consagrada por la crítica histórica más severa.

a) La primera sociedad de medicina y cirugía y la primera revista médica existieron en Guatemala en 1847.

La primera sociedad de medicina y cirugía que tuvo el país fue presidida por Pedro Molina, la Vicepresidencia de la sociedad la representó José Luna, Mariano Padilla y Vicente Molina fueron nombrados secretarios. Benito Vasconcelos y Jesús Jiménez fueron los representantes estudiantiles.

La primera revista médica que hubo en Guatemala se llamó “Mensual de la Sociedad de Medicina de la Republica de Guatemala”, circuló en noviembre de 1847 y estaba dedicada a las ciencias, artes, industrias y agricultura. Los colaboradores de la revista fueron Luna, Padilla, Molina y Julio Rossignón.

3.4.4 José Luna y Arbizú, padre de la anestesia en Guatemala.

En la historia de la cirugía guatemalteca se marcan perfectamente las tres etapas de la cirugía universal. Esparragosa y Gallardo representa a la cirugía española; José

Luna, introductor de la Anestesia, es el representante de la Cirugías inglesa y francesa de mediados del siglo XIX; Juan Ortega, introductor de la antisepsia y asepsia, representa a la cultura francesa en toda su fuerza y extensión.

Resulta evidente que estas tres contribuciones fueron esenciales para el desarrollo de la cirugía en Guatemala.

José Luna obtuvo el grado de licenciado en medicina y cirugía latina el 29 de agosto de 1829. Para este entonces ya los cirujanos salían a prepararse a Francia, Inglaterra y Norteamérica. Acostumbraba viajar a Paris a estudiar medicina, y al volver, venía a enseñar todo lo que había aprendido. Gracias a esto la cirugía avanzó mucho en Guatemala, de 1857 a 1870 se hizo cargo del Protomedicato, que era la Presidencia o Decanatura de la Facultad de Medicina.

3.4.5 Introducción de las anestésias por éter y cloroformo a Guatemala.

El 30 de noviembre de 1847 se practica la primera anestesia por inhalación de éter a cargo de José Luna, en la persona del paciente, Urbano Paniagua, gran avance a la cirugía de la época. Pasadas las primeras pruebas tan satisfactorias, el éter cayó en el olvido, siendo sustituido por la anestesia con cloroformo, introducida también por José Luna en 1850.

3.4.6 Maestros y cirujanos de Guatemala durante la era preantiséptica ⁵⁰, 1840 – 1883.

Hasta el año de 1883, época en la cual se implantó la antisepsia, la obra de los cirujanos era destruida por las bacterias.

A partir de los años 1847 y 1850, el dolor había desaparecido de las operaciones quirúrgicas, gracias a los anestésicos, pero persistía el daño causado por las bacterias. Numerosos fueron los cirujanos de esos tiempos difíciles: Francisco Abella, Mariano Fernández Padilla, Agustín Pacheco, Eligio Baca, Tácito Molina Guirola, Pedro Molina Flores y José Monteros.

Estos dos últimos cirujanos dominaron por completo el panorama de la medicina guatemalteca antes de la introducción de la antisepsia.

José Monteros, gran cirujano, introductor de la transfusión sanguínea, dedicó su vida al servicio de la escuela de medicina, que le honró con el título de decano, protomédico y catedrático de clínica quirúrgica y obstétrica.

3.4.7 Reforma en la enseñanza en el año 1875. Inauguración de la Escuela de Medicina, año de 1880

La Facultad de Medicina tenía dos inconvenientes:

- 1) de tipo reglamentario, y
- 2) falta de edificio propio.

⁵⁰ idem, páginas 503 a 520.

La ley llamada de Soto, emitida durante el gobierno del general Justo Rufino Barrios, unió el protomedicato y la decanatura, quedando sólo como decanatura⁵¹.. La reglamentación quedó sin cambios como en 1840. Se aumentó un año el plan de estudios.

El 13 de enero de 1880, el Decano de la Facultad de Medicina y Farmacia, Joaquín Yela, recibió una comunicación del gobierno en la cual se le manifestaba una disposición referente al edificio que serviría de local definitivo para la facultad.

El 17 de octubre de 1880 se inauguró la nueva facultad en el edificio que hoy se conoce como el paraninfo, en la 3ª. avenida de la zona 1 de la ciudad de Guatemala.

La junta directiva de la facultad, electa en 1879, que presidió el acto inaugural, estaba integrada de la siguiente manera: Joaquín Yela, Decano; José Monteros, primer vocal; Tácito Molina, segundo vocal; Salvador Saravia, tercer vocal; Domingo Rodríguez, cuarto vocal y Samuel Gonzáles, secretario. El número de estudiantes matriculados fue de 68.

a) Sociedades médicas de Guatemala durante el periodo comprendido entre los años 1850 y 1884.

Mencionaremos que el 4 de agosto de 1878 se inauguró solemnemente la Academia de Medicina y Farmacia.

La citada asociación la integraban las siguientes personas: Francisco Abella, presidente; Nazario Toledo, vicepresidente;

⁵¹ idem, páginas 520 a 526.

Mariano Padilla Matute, primer vocal; Pedro Molina Flores, segundo vocal; Mariano Gándara, fiscal; Isaac Sierra, tesorero; Salvador Cheves, secretario; y Juan Sosa, subsecretario.

3.4.8 La cirugía guatemalteca durante las épocas antiséptica y aséptica, años de 1883-1893-1900 ⁵².

Juan José Ortega introductor de la antiseptia y asepsia, reforma radicalmente el legendario y santo hospital de San Juan de Dios.

En el año de 1882 hizo su entrada triunfal en Guatemala Juan José Ortega. Venía de París, cargado de dadas maravillosas, aquí ya estamos en plena influencia del siglo de oro de la cirugía del mundo en Guatemala. La antiseptia primero, la asepsia después. El hospital de San Juan de Dios transformó su arquitectura.

En 1882 Yela dirigía el hospital de San Juan de Dios y Ortega se hizo cargo de las salas de cirugía sustituyendo a Nazario Toledo. El año de 1883 encontró al Dr. Ortega transformando radicalmente el legendario y santo hospital de San Juan de Dios, y la reforma siguió sus pasos ascendentes hasta el siglo XX.

A las curas antisépticas de Lister, parcialmente exageradas, suceden los apósitos esterilizados, asépticos. A los ambientes saturados de ácido fenico suceden las atmósferas puras, obra principal de los autoclaves, llegados al Hospital en el año de 1892. Después de una década de vida antiséptica, el año de 1893 inicia la asepsia definitiva.

⁵² idem, páginas 526 a 531.

a) Hechos notables de la medicina y cirugía hospitalarias durante los últimos años del siglo XIX y primeros del siglo XX ⁵³.

En 1882, Juan José Ortega trajo de París múltiples innovaciones. El pulverizador de Championere, la cura de Lister, y el Catgut, fueron las tres primeras innovaciones introducidas en el hospital a fines del citado año. En este año se funda el hospital militar.

En 1885 Yela deja la dirección del hospital general San Juan de Dios y lo reemplaza Rafael Angulo y Urruela.

El 14 de septiembre de 1905 se inaugura solemnemente el pabellón de operaciones asépticas, cuyo principal animador fue Juan José Ortega. Fue la mejor sala de operaciones hasta que la destruyó el terremoto de 1917.

El pabellón de operaciones estuvo a cargo de Julio Sánchez.

La Facultad de Medicina estuvo dirigida por Ortega desde 1893, fecha en la cual sustituyó a José Llerena, hasta 1910.

3.4.9 La Facultad de Medicina y sus traslados

Es importante enfocar este tema, pues recordemos que los avances de la cirugía en Guatemala dependieron de la cantidad y

⁵³ idem, páginas 531 a 542.

calidad de sus médicos, lo que en un primer término dependió del tipo de organización que poseía la Facultad de Medicina.

En 1847 la Facultad de Medicina funcionó en el edificio de la universidad de San Carlos, que hoy corresponde al museo de la USAC, la antigua Facultad de Derecho, situado en la 9ª. avenida y 10ª. calle de la zona1 de la ciudad de Guatemala.⁵⁴

El 17 de octubre de 1880 se inauguró la nueva facultad en un edificio que existía en lo que hoy se conoce como el paraninfo y que fue destruido casi totalmente por los terremotos de 1917 y 1918.

En 1921 se incendió la Facultad de Medicina con sus archivos y bibliotecas. Continuaremos la narración de los traslados de la Facultad de Medicina en la cirugía guatemalteca de los siglos XX y XXI.

3.4.10 Darío Gonzáles introductor de la fotografía de lo invisible.

Era el año de 1896, las ciencias médicas habían enriquecido su tesoro con la anestesia y asepsia, la Bacteriología, hija de Pasteur, era la novicia atractiva y fecunda. La física ofrecía deslumbrar al mundo con la maravilla de sus secretos.

Alemania había donado a las ciencias médicas el descubrimiento de los rayos X, videntes, curativos y destructores. Salvador Ortega

⁵⁴ Amaya Abad Wellington. Facultad de Ciencias Médicas. 1895-1995. Historia y Recopilación. Editorial Oscar de León Palacios. 1ra edición. 1996. Páginas 1 a la 40.

y Darío González logran en 1898 aplicar los rayos X como medio diagnóstico. Otro gran avance a la cirugía en esta época.

a) La escuela médica guatemalteca en los últimos años del siglo XIX⁵⁵.

Alrededor de la figura central de Juan José Ortega giraron los médicos y cirujanos de fin de siglo, entre quienes se encontraban Domingo Álvarez, doctorado en Guatemala el 30 de abril de 1886, quien estableció la primera clínica de oftalmología de Centroamérica. Además, Julián Rosal, quien en 1910 fue nombrado Decano de la Facultad de Medicina, sustituyendo al doctor Juan José Ortega, cargo que ocupó hasta los años 1917 y 1918. Cabe mencionar también a Juan Ignacio Toledo López quien fue un cirujano tranquilo y hábil, ajeno a la rapidez quirúrgica.

La facultad de Medicina de Occidente fue fundada en el año de 1878 y cerrada en el año 1896 época en que practicaba la cirugía Toledo López.

Mencionaremos además a los maestros Luis Toledo Herrarte y Rafael Mauricio, finalmente mencionamos al Doctor Federico Lehnhoff Wyld, quien como producto de sus investigaciones químicas nos legó el Sulfarsenol, producto para tratar la Sífilis.

3.5 La cirugía guatemalteca, siglos XX y XXI.

La cirugía guatemalteca en esta época tendió a diversificarse y aparecieron diversos hospitales y especialidades quirúrgicas.

⁵⁵ idem, páginas 542 a 549.

a) Traslados de la Facultad de Medicina.

Continuando con los traslados de la Facultad de Medicina, el 17 de octubre de 1880, se inauguró la nueva facultad en un edificio que existía en lo que hoy se conoce como el Paraninfo, ubicado en la 3ª. avenida de la zona 1 de la ciudad de Guatemala. Este edificio fue destruido casi totalmente por los terremotos de 1917 y 1918.

Lo que pudo salvarse se trasladó al convento de Santa Catarina Mártir, actual Conservatorio Nacional de Música, situado en la 3ª. avenida y 5ª. calle de la zona 1, el cual también se incendió el 23 de enero de 1921. Este incendio produjo la desaparición de la mayoría de documentos de cirugía hasta esa fecha. Debido al incendio, la facultad tuvo que trasladarse de nuevo. Esta vez a un edificio situado en la 12 calle 2-55, zona 1 propiedad de José Aturdía. La facultad permaneció en este lugar hasta 1931, año en el que volvió al actual Paraninfo de la 3ª. avenida y 12 calle de la zona 1 de ciudad de Guatemala, sede que hizo construir el general Lázaro Chacón.

Del 19 al 21 de noviembre de 1974, se trasladó la Facultad de Medicina a los edificios M2 y M4 de la ciudad Universitaria zona 12. Finalmente en el año 2002 la Facultad se trasladó al Centro Universitario Metropolitano (CUM) en la zona 11 capitalina.

b) De la evolución de la cirugía guatemalteca, mencionaremos que la especialidad de cirugía ⁵⁶ fue fundada en el año de 1964, siguiendo el modelo del American College of Surgeons, fundado en 1913 y fue reconocida por el Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 1990, habiendo en la actualidad un total de 335 cirujanos reconocidos por el citado Consejo Superior Universitario (que incluye algunos médicos ya fallecidos).

En la actualidad se reconocen varias subespecialidades de la cirugía que incluyen la Asociación Guatemalteca de Cirugía Neurológica, la Asociación Guatemalteca de Cirugía Plástica, estética y reconstructiva; la Asociación Guatemalteca de Cirugía Pediátrica, la Academia de Dermatología y Cirugía de la piel, la Asociación Guatemalteca de Urología, la Asociación de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, la Asociación Guatemalteca de Neurocirugía, la Asociación de Médicos Oncólogos de Guatemala, la Asociación Guatemalteca de Cirugía de la mano, la Asociación de Cirujanos de colon y recto de Guatemala, la Asociación Guatemalteca de Endoscopia, motilidad e intervención Gastrointestinal y la Asociación de Cirujanos de Transplante.

En los siglos XX y XXI se han dado grandes avances en cirugía. De acuerdo a lo señalado por Jorge Fernando Solares Ovalle, cirujano cardiovascular, los grandes avances de la cirugía

⁵⁶ Revista Guatemalteca de Cirugía. Comité Editorial. Volumen 14. Numero 1 páginas, 1 a 26. Guatemala, enero-abril del 2005.

desarrollados desde 1980 en Guatemala, que definen al siglo actual son:

1. La utilización del navegador, para efectuar operaciones de neurocirugía.
2. El trasplante renal.
3. Todos los avances realizados en cirugía cardiovascular:
 - a) Cierre de defectos congénitos en cirugía pediátrica.
 - b) Revascularización del miocardio.
 - c) Colocación de stands intraarteriales.
 - d) Dilatación de arterias coronarias.
 - e) Colocación de marcapasos.
 - f) Y cirugía mínimamente invasiva cardíaca.
4. La cirugía no invasiva: corresponde al uso de la vídeocirugía para tratar quirúrgicamente los problemas de salud, predominantemente de índole obstétrico y de cirugía mayor de tórax y abdomen, pero que se está generalizando a las demás sub-especialidades de la cirugía, como la traumatología y ortopedia, la urología y la gastroenterología.
5. Y la radiología no invasiva, en la cual el radiólogo capacitado ejecuta intervenciones con el auxilio del fluoroscopio.
6. La litotripsia en urología,
7. Cirugía de los ojos.

En entrevista realizada a Rodolfo González Layle y Edwin Bran Galdámez. González señala que la primera laparoscopia se efectuó en la 5ª. sala de partos de la maternidad del hospital Roosevelt, el 17 de septiembre de 1974 y la efectuaron Luis Molina Gálvez, Federico Stackman R. y Rodolfo González Layle.

Bran Galdámez añade que el gran avance de la cirugía de los siglos XX y XXI lo constituye la vídeocirugía o cirugía mínimamente invasiva que tuvo su inicio en Francia y Alemania en 1987. En 1989 es llevada a Estados Unidos donde se le adapta una cámara de televisión al telescopio del equipo.

En 1992 Bran Galdámez, inició su aplicación en Guatemala, en el Hospital Bella Aurora, al tiempo que iniciaron su aplicación otros cirujanos, en otros hospitales de Guatemala. La primera paciente operada en el hospital Bella Aurora fue la enfermera auxiliar: Catalina Chávez. La vídeocirugía se ha perfeccionado más en este siglo XXI.

En la actualidad se visualiza la necesidad de educar tres tipos de medico ⁵⁷:

1. El medico investigador.
2. El medico profesor o maestro de medicina.
3. Y el medico práctico, que es donde parece darse un cierto efecto en contra de la práctica de la medicina, que debe buscar ante todo llevar la salud y aliviar el dolor de las personas. Parece que es en esta área de la medicina, y dentro de ella el área de la cirugía donde se esta comerciando con el dolor del prójimo y donde las corrientes modernas del capitalismo han penetrado la visión de los

⁵⁷ idem, páginas 549 a 553. Es evidente la necesidad que tenemos de buenos cirujanos, pero estos a su vez son formados por los profesores médicos y la medicina no progresa sino la investigación medica. Me parece que el autor se queda corto y no fomenta la formación de lideres en los diversos campos de la medicina incluida la cirugía, necesitamos de lideres que nos enseñen el camino por el que tenemos que caminar en el futuro de cada época

modernos cirujanos, que exigen un pago adecuado al esfuerzo que exige su trabajo.

Resulta evidente que el siglo de oro de la cirugía, llamado así al siglo XIX, dejó grandes avances en la cirugía de Guatemala. De allí se puede observar que los cirujanos guatemaltecos siempre han estado atentos a los avances que se dan en el extranjero, y que generalmente en la actualidad los cirujanos con buenas posibilidades económicas, se lanzan en la búsqueda de estos avances y los traen para ponerlos en práctica en los pacientes guatemaltecos, casi en el momento en que están apareciendo en los países desarrollados.

Algunos de los cirujanos famosos del siglo XX⁵⁸ son:

Juan José Ortega y Carrascal, 1857 - 1934.

Lizardo Estrada Gonzáles, 1886 - 1968.

Ramiro Gálvez Asteguieta, 1897 - 1970.

Bernardo del Valle Samayoa, 1907 - 2003.

Pablo Fuchs Marizuyá, 1910 - 1994.

Carlos Eduardo Aspuru Pellecer, 1913 - 1984.

Estefano Vignolo Gotuzzo, 1913 - 1998.

Rodolfo Herrera Llerandi.

Carlos Lizama Rubio.

Eduardo Lizarralde Arrillaga, 1916 - 2000

Julio de León Méndez, 1920 - 1983.

⁵⁸ . García Kutzbach Abraham. Personajes notables de la medicina guatemalteca del siglo XX. Editorial Galería Guatemala. Guatemala Octubre del 2004.

Roberto Arroyave Borges.
Carlos Augusto de la Riva Payés.
Guillermo Rodolfo Solís Hegel.
Oliverio Sierra Franco, 1925 - 1977.
Rafael Minondo Herrera, 1927 – 1996.
Roberto Sosa Montalvo.
Aldo Ricardo Castañeda Heuberger.
José Raúl Cruz Molina.
Rodolfo Macdonald Kanter.
José Ramiro Rivera Álvarez, 1936 – 2002.

Al investigar la historia de la cirugía se descubre que parte de la historia de la medicina en general, de la fundación de la universidad de San Carlos de Guatemala y de la historia de la Facultad de Medicina, ya que los únicos documentos con que se puede contar, para efectuar esta tesis, son de Carlos Martínez y Wellington Amaya, obras que narran en forma mezclada todos estos sucesos. De estos escritos se puede obtener una idea bastante precisa de cómo se desarrolló la cirugía en Guatemala.

CONCLUSION

Podemos concluir que los descubrimientos que acontecieron en el siglo de oro de la cirugía en Europa y en Estados Unidos (siglos XIX y XX) fueron enriqueciendo el desarrollo de la cirugía guatemalteca casi en el mismo lustro en que se fueron inventando en estos países desarrollados.

Y además, que la historia del desarrollo de la cirugía en Guatemala ha ido aparejada a la historia del desarrollo de la cirugía en el mundo, porque al desarrollarse una técnica quirúrgica en el extranjero, nuestros cirujanos viajan a entrenarse a estos lugares y la traen.

También se concluye que la cirugía ha avanzado a pasos agigantados en la actualidad, de la mano de la ética profesional y las leyes de los países. De esa cuenta se han formulado una serie de normas y preceptos quirúrgicos en protección del cirujano y del paciente.

Vemos además que la mentalidad de los cirujanos está cambiando. En la actualidad han abandonado un poco la postura de los postulados hipocráticos, ya que se está velando por la humanidad, pero dado el alto costo de la vida, y además el engaño del cual se es objeto al contar con una moneda sin poder adquisitivo, los cirujanos han empezando a cobrar el precio justo por sus servicios prestados.

Y sigue vigente el hecho de que se tiene que seguir emigrando a los países desarrollados en busca de los avances técnicos en el campo de la cirugía y de allí venirlos a poner en práctica en Guatemala. Estos entrenamientos no se pueden hacer por Internet o por películas y parece reprobable que algunos gobiernos de países desarrollados, estén cerrando sus fronteras y nos estén de esta manera limitando el desarrollo tecnológico.

Al revisar la Historia de la Medicina Cakchikel, encontramos que los mayas conocieron algunas técnicas quirúrgicas, pero solo las usaron con fines de efectuar castigos o sacrificios.

La visión del obispo Francisco Marroquín, padre de la escuela, de la Iglesia y de la Universidad de San Carlos de Guatemala se vio realizada.

Concluimos además que en la historia de la cirugía guatemalteca se marcan perfectamente las tres etapas de la cirugía universal: Esparragosa y Gallardo representa a la cirugía española; José Luna y Arbizú, introductor de la anestesia, es el representante de la cirugías inglesa y francesa de mediados del siglo XIX y Juan José Ortega, introductor de la antisepsia y asepsia, representa a la cultura francesa en toda su fuerza y extensión. Con José Luna y Arbizu y Juan José Ortega, se inicia la influencia del siglo de oro de la cirugía del mundo en Guatemala.

Resulta evidente que la cirugía y la medicina guatemaltecas de los siglos XX y XXI, tienen muy poco que envidiarle a la cirugía y a la medicina de los países desarrollados tales como Estados Unidos y Europa. Evidentemente que nuestro nivel de pobreza limita la importación de tecnología y que los quirófanos son más sencillos. Sin embargo, es muy poca la técnica quirúrgica que los cirujanos guatemaltecos no saben aplicar, avances desde neurocirugía hasta todo tipo de operaciones con cirugía no invasiva en la mayoría de subespecialidades de la cirugía.

Finalmente observamos que Guatemala se encuentra a la altura de todos los adelantos técnicos de la cirugía en esta época, lo que queda evidenciado por los grandes logros obtenidos en cirugía cardiovascular en la Unidad de Cirugía Cardiovascular del Hospital Roosevelt, (UNICAR) y los grandes avances y aplicaciones de la vídeolaparoscopia o cirugía mínimamente invasiva en las instituciones públicas y privadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Amaya Abad Wellington. Facultad de Ciencias Médicas. 1895 - 1995. Historia y Recopilación. Editorial Óscar de León Palacios. 1ª. edición. 1996.
2. Cerón Donis Luis Fernando. Historia precolombina de la Medicina Cakchiquel. Guatemala, noviembre de 1977.
3. García Kutzbach Abraham. Personajes notables de la Medicina Guatemalteca del siglo XX. Editorial Galería Guatemala. Guatemala Octubre de 2004.
4. García-Pelayo y Gross Ramón . Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Ediciones Larousse. Tercera Edición. México. 1988.
5. Marco Histórico y Fundamentos de la Cirugía.
http://www.galeon.hispavista.com//drmarin/historia_qx.htm.
<http://www.cirugest.com/revisiones/cir-01/01-01-01-01.htm>.
(20 de marzo 2006).
6. Marco histórico, social y asistencial de la cirugía.
<http://www.cirugest.com/revisiones/cir-01/01-01-01-01.htm>.
(20 de marzo 2006).
7. Martínez Durán Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y evolución. Segunda edición. Tipografía Nacional. Guatemala, C.A. 1945.

8. Revista Guatemalteca de Cirugía. Comité Editorial. Volumen 14. Numero 1 páginas, 1 a 26. Guatemala, enero-abril del 2005.

9. Sabiston David. Tratado de Patología Quirúrgica. Decimosexta edición. Editorial Mc Graw Hill. Mexico. Julio 2004.

10. Tercer Congreso estudiantil virtual de Ciencias Medicas. Historia de la Cirugía.

<http://www.fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/historia-alejandro-garcia-gutierrez.htm>.

<http://www.cirugest.com/revisiones/cir-01/01-01-01.htm>.

(20 de marzo 2006).

11. Thorwold Jorgen. El siglo de los Cirujanos. Segunda edición marzo 1961. Ediciones Destino. Barcelona.

12. Thorwold Jorgen. El Triunfo de la Cirugía. Segunda edición septiembre 1972. Ediciones Destino. Barcelona. España.

13. Vicens Vives. Episteme. Historia de la Filosofía. Ediciones Vicens Vives. España. 1987.

GLOSARIO

1. Anámesis: serie de antecedentes hereditarios, personales y ambientales que forman parte de la historia clínica de un paciente.
2. Bula: documento pontificio que lleva este sello.
3. Erección: construcción: erección de un templo. Fundación, institución: la erección de un tribunal.
4. Litotripsia: Trituración de un cálculo por medio del litotritor o por ondas de choque.
5. Marcapaso: del corazón, nódulo Sinoauricular, controla la frecuencia cardíaca. Eléctrico del corazón; el que se implanta en el corazón y sustituye la función de un nódulo natural del corazón.
6. Protomedicato: Tribunal formado por los protomédicos y examinadores, que reconocía la suficiencia de los que aspiraban a ser médicos y concedía las licencias necesarias para el ejercicio de dicha facultad.
7. Serosa: Túnica serosa. Dícese de una de las capas del intestino.

ANEXO

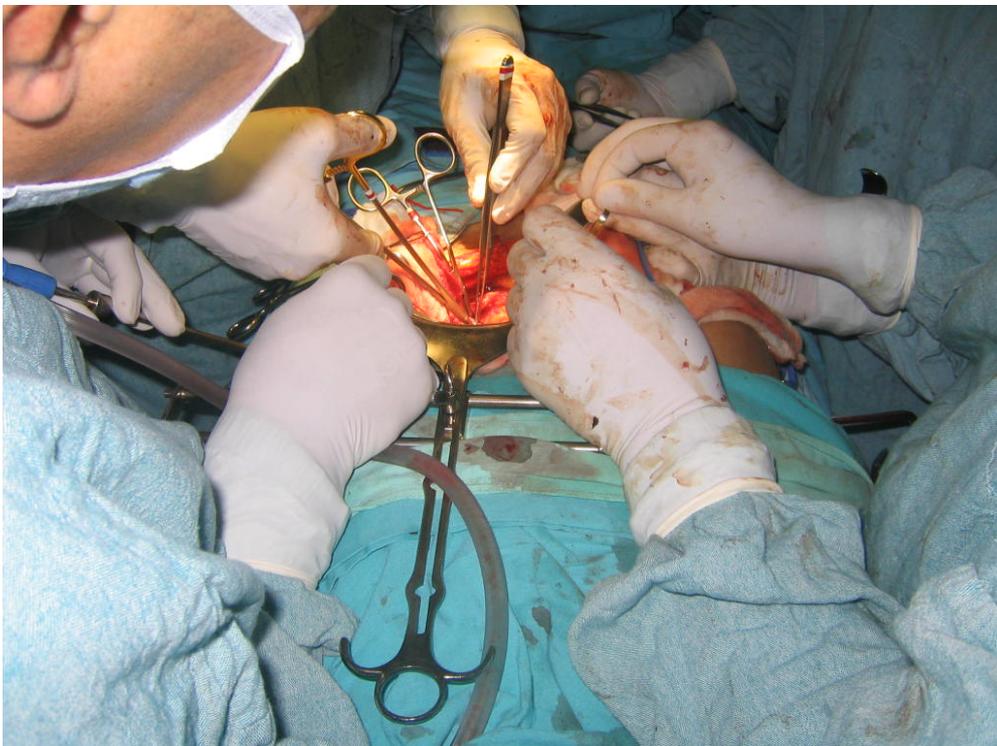
A continuación representa una serie de fotografías de médicos del hospital Las Américas efectuando un transplante renal. Este es uno de los actos quirúrgicos más adelantados de la cirugía en el mundo, la cual ya se practica en Guatemala.



Cirujanos practicando un transplante renal en el hospital Las Américas.



Cirujanos y personal de enfermería efectuando el transplante renal.



Se observan los principios de asepsia y antisepsia en un transplante renal.



En Guatemala se realizan transplantes renales desde la década de los años 80.



Anestesiólogo cuidando de su paciente en el curso del transplante renal.