

Historia de la coloproctología en Venezuela

Dr. Ricardo Alfonso Núñez

El nacimiento del nombre de la especialidad fue originado de la palabra griega “prontos” que significa ano. Con el desarrollo de la disciplina, los médicos agregaron recto, lo que llevó por muchos años a denominar “proctólogos” a los que se dedicaban al estudio de esa parte del cuerpo (1). El año 1963 los Doctores Harry Bacon y Fidel Ruiz Moreno, fundan en Ciudad de México la *International Society of University Colon and Rectal Surgeons* y luego en 1965 la American Proctologic Society, que luego cambia su nombre a *American Society of Colon and Rectal Surgeons* integrando a la proctología el estudio de las enfermedades del colon, cuando los miembros de esta especialidad empezaron a ser conocidos como *Colon and Rectal Súrgeons* (cirujanos de colon y recto), siendo hoy en día llamados cirujanos coloproctólogos. Previamente existían Sociedades o Secciones de Proctología en los cinco continentes, tales como la “ALAP” Asociación latinoamericana de Proctología (Fundada en Montevideo, Uruguay), Section of Proctology Royal Society of Medicine (Inglaterra) o la Sociedad Brasileira de Proctología. En Venezuela la especialidad existe de hecho desde su fundación en 1986.

El primer conocimiento que se tiene de la Coloproctología es por la fijación de honorarios para el médico de la especialidad, que aparece en el Código de Hamurabi alrededor de 2200 años antes de Cristo, quien era rey de Babilonia y en un cilindro de basalto grabó las leyes que deberían regir en su reino, entre ellas las leyes de ejercicio de la Medicina

dadas a conocer como el “Código de Hamurabi” mencionadas en el papiro de Ebers. Sin embargo muchos historiadores coinciden en que el más antiguo de los documentos fue el Papiro de Smith de alrededor de 200 años a. C. en el cual se señalan hallazgos físicos, diagnósticos y tratamientos de las distintas enfermedades, incluyendo las del ano (2).

La proctología es una hija legítima de la Cirugía y en el Papiro Médico de Chester Beatly escrito cerca de 1250 años a. C. se encuentra el primer testimonio documental que se conoce sobre la especialidad. En este papiro se describen cuarenta y un tratamientos para las enfermedades del ano y recto, que eran ya comunes en el Antiguo Egipto y en algunas de las tumbas localizadas se escribían como una cualidad profesional los términos “Pastores del Ano” y “Guardián del Ano del Faraón” (Inscripción en la columna de Isis. Egipto Imperio Antiguo, 3200 – 2750 a. C.

Pero la Coloproctología es tan antigua como la misma presencia de los primeros simios sobre la faz de la tierra, ya que en estos animales vemos como unos a otros se cuidan y asean unos a otros la zona perianal.

Pero hablemos de la Coloproctología en Venezuela: Ya en la medicina prehispánica los integrantes de las tribus aborígenes: Caribes, Motilones, Timotocucicas, Arawuacos, Yanomamis, entre otras muchas, las enfermedades eran atendidas por el Piache o Médico Brujo, quienes aportaban distintos medicamentos naturales o con rituales espirituales para el tratamiento de las patologías coloproctológicas.

Por ejemplo las etnias Caribanas y muy especialmente los “Tomusos” en la región costera de Barlovento, trataban las hemorroides con baños de asiento con hojas de un fruto autóctono la “tapara” (3). También usaban la pulpa del fruto de la tapara, mezclada con caña de azúcar como purgante (4).

Era frecuente que los Arawuacos y algunos Yanomamis usaban algunos frutos, también usados en algunas tribus africanas con los mismos propósitos. “Hojas de guayaba (Guaba) cocidas para el tratamiento de los dolores de barriga y la diarrea”, “Hojas de guayaba pasadas por agua y colocadas sobre el ano para el tratamiento de las

hemorroides”, “ingesta de látex del fruto verde de la lechosa (papaya) para el tratamiento de parásitos intestinales (vermífugos o vermícidias)”, “Infusión de hojas de aguacate (Palta) para el tratamiento de la diarrea”, “Ingesta de hojas de tomate para la diarrea” (4).

Los aborígenes de las riberas del Río Orinoco y el Río Apure usaban “aceite de cacao silvestre” colocado localmente para la cura de las hemorroides (esto confirma la presencia de cacao en Venezuela antes de la llegada de los españoles) (4-9).



Figura 15.1.

Los indios Guaraos usaban “hojas de ají pasadas por agua y enrolladas para ser colocadas como supositorios en el tratamiento de las hemorroides, fisuras anales, ano constreñido o adolorido (4).

Pero definitivamente el producto más usado en la cura y prevención de la “enfermedad hemorroidal” es netamente espiritual y exotérico, el uso de cualquier prenda que contenga por lo menos una “pepa de zamuro”, fruto seco de un arbusto que florece en las riberas del Río Orinoco el “cucuy negro”. Este fruto también fue usado por los aborígenes de la zona en la época prehispánica como moneda (4).



Figura 15.2.

Posteriormente ya en la época de la colonia y desde entonces una de las tradiciones más importantes, es el uso de un anillo de casco de burro negro, el cual cura las hemorroides, de igual manera el uso de supositorios de la penca de una planta llamada sábila.



Figura 15.3.

La primera referencia que se tiene de un caso de cirugía de colon, se remonta al año 1874, una colectomía por trauma realizada por el Dr. Diego Amitesarove, médico de la población de Río Chico (Estado Miranda), pero no tenemos conocimiento del seguimiento de ese evento.

Los primeros artículos médicos donde se habla del tratamiento de las primeras patologías coloproctológicas se encuentran archivadas en la Academia Nacional de Medicina, descritas en la revista *Acta Médica* de 1893 (10), donde se derriben los distintos medicamentos para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, por lo interesante de las mezclas y de muchos artículos relacionados con las patologías colorrectales, procederé a citarlas textualmente:

- Pomada a: crema fría (15 g), tanino (2 g) y extracto tebaico (0,25 g)
- Pomada b: manteca de cacao (10 g), leche de almendras (7 g) y extracto de hamamelis (0,20 g)
- Pomada c: unguento populeon (30 g), cerato saturnino (10 g), antipirina (3 g), extracto de belladona (1 g) y extracto tebaico (1 g)
- Pomada d: vaselina (30 g), tanino (1,30 g), cloridrato de cocaína (1,50 g), sulfato de morfina (0,30 g) y sulfato de atropina (0,25 g).

Además en el mismo artículo de medicina práctica se describe la mezcla para preparar un supositorio con el mismo fin:

- Supositorio a: manteca de cacao (2 g), unguento populeon (1 g), extracto de beleno (0,15 g) y extracto de cicuta (0,15 g).
- Supositorio b: manteca de cacao (4gr), cloridrato de morfina (0,02 g), yodoformo (0,05 g) y extracto de retania (9,50 g).
- Supositorio c: crisarobina (0,06 g), yodoformo (0,15 g), extracto de belladona (0,007 g) y manteca de cacao (2 g).

En la *Gaceta Médica* de enero de 1896 aparece descrito por el profesor Reclus el uso del agua caliente en el tratamiento de las hemorroides: “Desde hace muchos años venimos comprobando los buenos efectos de la irrigación de agua caliente en las hemorroides. Hemos publicado numerosas observaciones en enfermos pusilánimes en

los cuales ciertas circunstancias particulares hacían temer una operación; así, a cada nueva crisis, se contentaban con hacer, sobre la región anal aplicaciones de compresas de Tarlatán, previamente embebidas en agua a 55 grados. Como el agua se enfría muy ligero, es necesario cada minuto mojar de nuevo la compresa en el agua caliente y reaplicarla inmediatamente en el fondo de la ranura interglútea” (sic.)

“Pero esto no es suficiente y todas las mañanas el paciente se pone una lavativa a la misma temperatura de 55 grados siguiendo ciertos preceptos. Este método no parece superior cuando se trata de hemorroides jóvenes, poco voluminosas sin contractura esfinteriana marcada, sin masas varicosas apreciables. En estos casos he visto siempre al agua caliente conjurar las crisis y aliviarlas hasta tal punto, que esta mejoría equivale a una curación. Queda igualmente establecido que en los casos más acentuados cuando hay hemorragia abundante, contractura, esfinteralgia y masas procidentes de alguna importancia, el método de elección es la dilatación y la extirpación con el bisturí, seguida de sutura con catgut de la mucosa a la piel” (sic.)

En la misma Gaceta, el Doctor Acosta Ortiz describe la primera Laparotomía y rafia del intestino grueso en el Hospital Vargas de Caracas el mes de junio del mismo año.

Para el año 1910 el Dr. E. Conde Flores describe los Doce “Mandamientos”, de la apendicitis aguda (diagnóstico y tratamiento) (13).

Nunca tratar al enfermo médicamente: a) cuando hay signos de peritonitis; b) cuando la temperatura va elevándose; c) cuando claramente se percibe un tumor en la fosa ilíaca derecha; d) cuando el pulso es lento, la temperatura baja, hay signos de pericarditis local y el apéndice comienza a gangrenarse; e) cuando los dolores cesan bruscamente; f) cuando la proporción de los mononucleares es superior a 30 g) cuando la aceleración del pulso no está en relación a la temperatura; h) cuando los síntomas indican gravedad poco tiempo después del principio; i) cuando antes ha habido otra crisis.

No recurrir a tratamiento médico si se trata de un niño: el desarrollo de una peritonitis y la formación de un absceso (sic) se producen de

una manera muy rápida a esa edad.

No confundir la apendicitis con la fiebre tifoidea, la artritis coxofemoral, la tiflitis estercoral, la litiasis intestinal, la obstrucción del intestino, la colecistitis con distensión, el absceso (sic) perinefrítico, la peritonitis tuberculosa, el embarazo extrauterino, el carcinoma de ciego, la hipocondría, la histeria.

No diagnosticar apendicitis si la presión a lo largo del colon descendente no provoca dolor en la fosa ilíaca derecha.

No atenerse exclusivamente al signo de Blumberg: si se comprime con la mano el punto de Mac Burney y se levanta aquella bruscamente, la descompresión de la pared determina un dolor agudo de corta duración. Este signo se encuentra en todos los casos de inflamación peritoneal.

No recurrir al tratamiento médico si hay signo de Blumberg, porque se trata de una peritonitis.

No hacer nada que pueda alterar los tegumentos, como la aplicación de sinapismos, esencias de trementina, agua muy caliente.

No dar ningún alimento; ni siquiera agua.

No permitir que el enfermo se mueva en su cama, pues los movimientos pueden apresurar la perforación.

No debe darse nada que aumente el peristaltismo, sea del intestino delgado, sea del grueso.

No prescribir ningún medicamento que pueda paralizar el tono nervioso, impedir la expulsión de productos tóxicos o enmascarar los síntomas de la enfermedad.

Nunca debe formularse un pronóstico favorable, por benigno que pueda considerarse el caso.

En otra comunicación del mismo año el Dr. L. E. G. (solo aparecen sus iniciales) (14), explica que en la amebiasis intestinal “El sigmoidoscopio puede descubrir la infección, cuando las ulceraciones radica en las partes bajas del intestino, pero no presta ninguna ayuda en la mayoría de las infecciones recientes o cuando las úlceras están fuera del alcance de este instrumento”. Esta es la primera vez que en un artículo venezolano se denota el uso del sigmoidoscopio.

En la Gaceta Médica de Caracas del 15 de diciembre de 1911 se

describe el “Tratamiento de la fisura anal por las corrientes de alta tensión y frecuencia” (15) ¡El electrodo rectal cónico de Doumer formando un grueso y largo supositorio, sostenido por un mango de ebonita que tiene el médico con la mano y comunicando con un conductor metálico con la extremidad de un resonador de Oudin, es, después de haber sido perfectamente engrasado, introducido progresivamente en el orificio anal. El resultado es particularmente brillante en los casos más dolorosos, pues el alivio obtenido (evacuaciones menos dolorosas, supresión del espasmo) a partir de las primeras aplicaciones o bien desde la primera es más acentuada. El tratamiento se hace sin anestesia; no es doloroso, no inmoviliza al enfermo, que continúa sus ocupaciones; no produce ninguna complicación; llega hasta a mejorar las afecciones concomitantes (hemorroides, estreñimiento); y finalmente no presenta ninguna contraindicación. (El tratamiento quirúrgico por la dilatación forzada exige la anestesia, que ha sido mortal algunas veces, demanda la permanencia en cama, y puede ser seguida de incontinencia de materia, abscesos.....)! (sic)

Es interesante denotar para la misma fecha y en la misma publicación un análisis de la prensa científica extranjera, el cual merece detallarlo tal y como es publicado en ese momento: “Un caso notable de cuerpo extraño en el recto”

Así puede llamarse el hecho que refiere el Sr. Dr. José María Quijano, de San Luís Potosí, en la “Crónica Médica Mexicana” ¡La observación merece ser conocida, por la longitud del cuerpo, el tiempo que este permaneció en el intestino, la relativa facilidad con que fue extraído y la falta de complicaciones después de la extracción. El cuerpo extraño de que se trata, que se introdujo en el recto un hombre de 53 años, era un trozo de madera de un poco más de 26 centímetros de longitud y 10 ½ de circunferencia en su porción más gruesa, con una extremidad de sección cuadrangular, hasta alcanzar la quinta parte del largo total del palo, y otra lisa, como pulida ad hoc para fines depravados. Once horas permaneció dicho cuerpo en el intestino.

Este caso es uno de los más notables, pues solo puede citar el autor, entre los conocidos, el que refiere Pierre Delber: el enfermo de

Montanari, a quien corresponde la palma, que se introdujo una mano de almirez de 30 centímetros de longitud y 6 de grueso. El mismo individuo se introdujo otra vez un instrumento del mismo género, pero de 55 centímetros de largo, y se perforó el intestino.

El Dr. Quijano (16) logró extraer hábilmente el referido cuerpo, ejecutando las maniobras fundadas en el mecanismo invocado por Delbet, para explicar la introducción y la situación de los cuerpos extraños en el recto.

El viejo hizo gala de irrisorios pudores y dio las explicaciones más absurdas sobre su situación. El estado psíquico de este individuo, dice el Dr. Quijano, en nada desmerece de los casos de su género. El autor recuerda que ha habido quienes invoquen una razón económica: esperaban, según decían, que impidiendo la salida de las heces, pudieran reducir su alimentación!

Cambiando nuevamente de tema, en la Gaceta de 1912 se describen unas nuevas pomadas para el tratamiento de la fisura del ano y grietas de los pechos:

Estovaína.....20 centígramos
Adrenalina al milésimo.....XXX gotas
Lanolina.....áá 5 gramos
Vaselina.....áá 5 gramos

Contra la primera de estas dos afecciones se puede también prescribir:

Estovaína.....1 gramo
Extracto de ratania.....2 gramos
Ungüento populeón.....30 gramos

El 30 de junio de 1914 el Dr. Luis Razetti Jefe de Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas (17,18), describe entre las intervenciones quirúrgicas realizadas en ese centro asistencial durante ese mes 4 intervenciones de recto: Unas hemorroides internas “Dilatación de ano y extirpación” Curación; Fístulas recto-perineales. “Raspado. Reoperada a los 2 meses; Fístula recto-vaginal “Cura radical por desdoblamiento” Curación (Esta paciente había sido operada antes

por otros cirujanos sin resultados, lo que no tiene nada de extraño en una afección tan rebelde); Fístulas recto-perineales “Raspado y cauterización” Curación.

Entre los artículos autóctonos reportados en la Gaceta Médica de Caracas descrita como el órgano de la Academia Nacional de Medicina, Año XXI Número 14 del 31 de julio de 1914, existe un artículo firmado por el Dr. Conde Flores denominado “El Bicho o Rectitis epidémica de Venezuela” (19).

El Dr. Egas Monis de Aragao, en un artículo titulado *Un problème de pathologie Tropicale*, publicado en 1911 por la revue de *Medicine et d’hygiène Tropicales de Paris*, llama la atención hacia una afección denominada “Maculo” en el Brasil y “Bicho, Enfermedad de los Indios (Guayana) o Caribi” en Venezuela, que considera como una enfermedad especial y autóctona, muy conocida antiguamente en aquel país, pero que ha desaparecido después de la abolición de la trata de esclavos africanos.

Esta enfermedad parece ser oriunda de África, en la costa de Angola y Mozambique, de allí pasó a las indias orientales. Con la importación de los negros fue traída a la América Meridional, al Brasil y a Venezuela. Gómez Ferreira dice que en su época era conocida en Portugal. El Dr. Murtinho la señala en las repúblicas latinas y en Dinamarca. Ackers la supone propia de las regiones húmedas, bajas y cálidas del norte de América del Sur y la señala entre los indígenas de Fidji y otras islas del sur del Pacífico.

Se llama Bicho una afección febril caracterizada por una rectitis con relajación del esfínter anal y a veces prolapso del recto, en más o menos cantidad. La circunstancia de acompañarse frecuentemente esta afección de la presencia de oxiuros, ha dado margen a confundir las irritaciones rectales originadas por estos helmintos, con el verdadero Bicho, que probablemente debe este nombre a la creencia de una relación de causa a efecto entre los oxiuros y la rectitis en cuestión; pero debe reservarse ese nombre a la afección cuya característica es la relajación anal, haya o no los bichos acusados.

La enfermedad comienza sin prodromos y los síntomas principales

son los siguientes: malestar, cefalalgia, anorexia, sed intensa, fiebre, tenesmo rectal, prurito doloroso del ano y dilatación considerable de este órgano. En los casos observados por el Dr. F. A. Rísquez (19), describe: evacuaciones frecuentes de mucosidades sanguinolentas, solas o acompañadas de materias entéricas; procidencia más o menos marcada del recto y lo más notable del cuadro, la facilidad con que separando las nalgas en las inmediaciones del ano se ve el infundíbulo rectal ensanchado sin el tono muscular que se encuentra en la colitis, rectitis y aun prolapsos ordinarios. También el Dr. Arturo Ayala en el oriente de la República (20) dice haber observado muchos casos y la sintomatología observada está conforme con la ya enunciada antes. No tratada esta afección, convenientemente, se acentúa el tenesmo y a veces sobreviene la muerte posgangrena y con convulsiones.

Todos los campesinos de Venezuela saben tratar el Bicho y por tanto casi nunca ocurren a ningún profesional. El método más en uso entre ellos son los enemas de limón y el hollín espolvoreado por fuera e introducido al interior del recto a manera de taponar dicho órgano.

En los pueblos de Oriente, Margarita, Barcelona, Cumaná, es de uso popular hacer bolitas con las hojas de la fregosa machacada e impregnadas de jugo de limón e introducirlas en el recto (Rísquez F A). Este mismo médico me dice haber visto en varias ocasiones curarse niños atacados de aquella rectitis, con el tratamiento local que usaba siempre, y era el jugo de limón en un cocimiento de hojas de fregosa, empíricamente aconsejado, por respeto a los hábitos de nuestras regiones orientales, como lavado y pequeños enemas de solución de nitrato de plata en agua destilada (1x300).

El mismo año 1914 existe en esta misma gaceta una tabla de honorarios médicos (20). Mencionaremos algunos de ellos:

Consulta a domicilio del paciente.....	10 Bolívares
Vistas subsiguientes.....	05 Bolívares
Visita fuera de los límites convencionales de la ciudad, se pagará además por cada hora invertida en la ida y la vuelta.....	20 Bolívares
Precio de consulta en gabinete médico	20 % menos.
Urgencia entre las 6 am y las 10 pm.....	20 Bolívares

Urgencia entre las 10 pm y las 6 am.....	40 Bolívares
Interconsultas.....	20 Bolívares
Certificados e informes.....	10 Bolívares
Extracción de cuerpos extraños de cavidades naturales.....	60 Bolívares
Bolívares	
Anestesia General.....	60 Bolívares
Perineorrafia que no interese el esfínter del ano.....	200 Bolívares
Abcesos (sic) profundo.....	200 Bolívares
Laparotomía Exploratriz (sic).....	800 Bolívares
Quelotomía, comprendiendo el ano contranatura y resección de intestino, Perineorrafia que interese esfínter anal.....	800 Bolívares

Pero lo más interesante del artículo es llamar la atención al Gremio Médico hacia el presente Arancel de honorarios que constituye exclusivamente la tarifa mínima establecida. No se impone dicha tarifa mínima a los médicos, quienes quedan en el derecho de debatir las remuneraciones de sus servicios según los usos locales, la importancia y la naturaleza de las intervenciones y cuidados que el estado del paciente haya hecho necesario.

Además el ya mencionado objeto, sirve también aquella tarifa para suministrar una base fija a las decisiones del juez competente llamado a arbitrar las prestaciones.

Para 1915 seguía siendo el Dr. Luis Razetti el Jefe de Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Vargas (21), donde practicaron el año 1914: 433 intervenciones quirúrgicas, entre ellas 36 de abdomen y 25 de recto. Del total hubo 412 curaciones y 21 muertes. (Informe oficial del Director de Pabellón de Cirugía, Dr. B. Liendo. Publicados en la Gaceta Municipal del Gobierno del Distrito Federal.- 12 de enero de 1915.

Ese año el 4 de marzo, el mismo Dr. Razetti en la Gaceta Médica, presenta dos artículos (22,23): “La intervención quirúrgica en la peritonitis por perforación” y el 18 de abril “Primer caso de perforación intestinal tífica, tratada en Venezuela por intervención quirúrgica”

En estos afirma: La Academia Nacional de la Medicina, de acuerdo con el estado actual de la ciencia, declara:

- 1°. La perforación intestinal no tiene tratamiento médico.
- 2°. Diagnosticada la perforación, se apelará al cirujano, y este procederá a la intervención que juzgue indicada, en el más breve plazo posible.
- 3°. Las perforaciones intestinales no tienen contra-indicación especial preestablecida: en cada caso el cirujano decidirá sobre la oportunidad de la intervención.
- 4°. En caso dudoso se procederá como si existiera realmente la perforación, porque la operación no agrava el pronóstico de la enfermedad principal.

Los métodos operatorios que en ese momento se proponían eran:

- 1°. La sutura solo aplicable cuando la perforación es intervenida precozmente.
- 2°. Los ingertos (sic) epiplóicos que se han empleado sobre todo para proteger o reforzar la pared en punto donde se ha hecho la sutura.
- 3°. Las resecciones intestinales y las entero-anastomosis, cuyos resultados han sido deplorables y hoy están completamente abandonadas porque son operaciones graves y demasiado complicadas.
- 4°. Las exteriorizaciones de asas, sobre las cuales no tengo datos suficientes (sic) para poder formar concepto sobre las ventajas o inconvenientes, pero que es una operación muy racional y de fácil ejecución.
- 5°. La enterostomía, que es la operación a la cual doy preferencia porque combate al mismo tiempo los tres grandes peligros de las perforaciones: Perforaciones sucesivas, la infección séptica del peritoneo y el ileus (sic) parálítico.

Otro de los puntos importantes de la coloproctología Venezolana para el año 1919 el 6 de febrero en la Gaceta Médica (24), se describe el primer caso de “Resección del segmento ileo-cecal por cáncer con anastomosis ileo-sigmoidea” realizada y descrita por el Dr. Salvador Córdoba en un paciente masculino de 45 años, natural de la ciudad de Cumaná en el oriente de Venezuela. La anestesia usada fue éter y

la forma de abordaje fue una laparotomía media infraumbilical con prolongación de la incisión transversalmente hacia el lado derecho, pues al explorar la región cecal me di cuenta (sic) de que el tumor tenía una firme base de implantación en la fosa ilíaca.

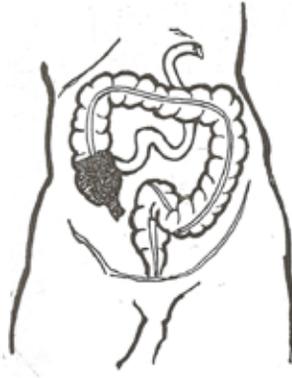


Figura 15.4. Neoplasma del ciego (esquemático).

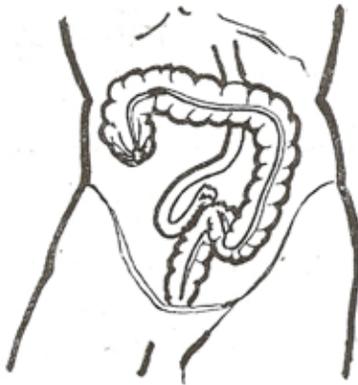


Figura 15.5. Resección del segmento ileo-cecal seguida de anastomosis ileo-sigmoidea (esquemático).

La intervención se puede apreciar claramente en los esquemas realizados por el Dr. Córdoba.

La biopsia realizada por los Dres. F. A. Rísquez y J. M. Romero Sierra, reza textualmente: “Nos inclinamos a creer que la neoplasia estudiada podría clasificarse entre una variedad blanda de adenocarcinoma de ciego.

Después de siete meses de operado mi enfermo, su estado general es bueno, ha ganado en peso, tiene apetito, evacua su intestino dos veces cuando más en 24 horas y ha recuperado gran parte de sus energías perdidas.

“Consigno el hecho simplemente por interés histórico, pues no es mi propósito presentarme ante vosotros requiriendo prioridades de esa índole que considero de un valor muy relativo; que si alguna aspiración abrigo en mi condición de humilde obrero de la ciencia a que vengo consagrando las mejores energías de mi existencia, es la de hacerme digno de ese nombre en beneficio del progreso de la cirugía nacional” (sic).

Para esa época las estadísticas de mortalidad operatoria de los últimos años hasta 1917 (sic) da 17 % para las resecciones de intestino grueso por cáncer; la mitad izquierda del colon incluyendo la flexura esplénica 17 % y 12 % cuando se refiere a la mitad derecha, esto debido a que el contenido sólido de la mitad izquierda es mas séptico comparado con el derecho.

En 1919, el Dr. Salvador Córdoba presenta un caso de resección íleo-cecal con anastomosis íleo-sigmoidea con botón de Murphy, con sobrevida 24 y con pocos detalles sobre la condición de la intervención. Es de tomar en cuenta que, aunque es una resección con anastomosis, generalmente las anastomosis íleo-cólicas tienen un comportamiento similar a las de asas delgadas.

En casos electivos, se encontró que en 1932, el Dr. Miguel Pérez Carreño, reconocido cirujano valenciano realiza la primera resección de recto con colostomía terminal.

Durante el resto del siglo XX la cirugía venezolana y por ende la coloproctología sigue su rumbo marcados todos por la influencia

del Dr. Luis Razetti, pero hay un personaje de gran importancia para la transición a la modernidad de la cirugía venezolana el Dr. Manuel Corachán García, nacido en España quien llega a estas tierras como exiliado de la Guerra Civil Española, y es acogido en la Cruz Roja de Caracas y puede considerarse la historia de nuestra cirugía antes y después de la presencia del gran maestro español. Él introdujo cambios de gran importancia en la mentalidad quirúrgica, la técnica y la manera, convierte la cirugía en un Arte.

Antes de él nuestra cirugía tenía una gran influencia francesa y alemana (principalmente la primera), los grandes maestros se formaron allí por ejemplo el Dr. Miguel Pérez Carreño, hijo de la cirugía alemana. El instrumental era rudimentario, poco delicado. Corachán le dio fineza y le otorga delicadeza. Los grandes maestros de la cirugía moderna venezolana: Fernando Rubén Coronil, Ricardo Baquero González y Eduardo Carbonel Izquierdo recibieron gran influencia del cirujano ibérico.

Entre los años 1955 y 1965 aparecen los primeros coloproctólogos venezolanos formados en Europa, en el Hospital St. Mark's de Londres (1835) o en Estados Unidos entre otras la Ochsner Clinic en New Orleans, Cleveland Clinic de Ohio, etc.

Maestros como: Pedro Morgado Nieves, Antonio Sucre Alemán, Alberto Benschimol, Carlos Travieso Gómez, Armando Parra Calderón y Leopoldo Sanz Amair(+) y Constantino Kiriakidis, son los primeros en salir a la palestra de los coloproctólogos venezolanos.

El nacimiento de la Sociedad Venezolana de Coloproctología, tiene su origen en 1985 como consecuencia de la modificación de los Estatutos de la Asociación Latinoamericana de Coloproctología (ALACP) realizada el 12 de octubre de 1984, en Santiago, Chile, en cuyo nuevo Art. 3º se estableció que “la ALACP estará constituida por todas las Sociedades de ámbito nacional de América Latina, reconociéndose una Sociedad por cada país y por los Capítulos y Secciones de Coloproctología de Sociedades Científicas en países que no cuenten con Sociedades de Coloproctología independientes y mientras esta situación no pueda revertirse con la fundación de estas últimas”.

La presencia del Dr. Pedro Morgado Nieves Director de la Sección de Colon y Recto de la Sociedad Venezolana de Cirugía para esa fecha, hizo posible que en esa reunión de Chile (1984), después de un largo debate, se incluyera el artículo citado anteriormente comprometiéndose la representación de nuestro país a fundar la Sociedad Venezolana de Coloproctología, de tal forma que en dicha reunión, la Sociedad Venezolana de Coloproctología fue admitida como integrante de la ALACP junto a las sociedades de Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Perú y México. De igual modo, en un debate más largo y agrio todavía, Venezuela fue colocada después de Argentina en el orden de la rotación de los Congresos y que permitió que en 1993 pudiésemos hacer en Porlamar uno de los más exitosos Congresos de la ALACP, tanto desde el punto de vista científico como social. Para ese momento el Dr. Pedro Morgado Nieves era el Primer Presidente Venezolano de la Asociación Latinoamericana de Coloproctología.



Figura 15.6.

La Sociedad, como es natural, empezó como un “club de amigos, cuya reunión de instalación fue efectuada en el Caracas Sport Club. El 17 de octubre de 1986 fue registrada el acta constitutiva. Desde

entonces la Sociedad ha realizado innumerables jornadas en diferentes sitios de Venezuela, promoviendo la nueva especialidad, y, hasta ahora, ha celebrado Congresos en Caracas, Maracaibo, Porlamar, Puerto La Cruz y Morrocoy. Para la fecha actual, su membresía supera el centenar de personas a todo lo largo y ancho del país. Desde el año de su fundación han pasado once Presidentes y directivas de la Sociedad, siendo el Dr. Leonardo Bustamante el Primer Presidente de una ciudad distinta a la capital.

La formación de los nuevos proctólogos ha cambiado, muchos escogen asistir a la Cleveland Clinic de Florida, a los cursos de la Dra. Angelita Hbra Gama, de los Dres. José Alfredo Reis Neto y Helio Moreira en Brasil; en México con el Dr. Víctor Maciel. Muchos otros se forman con coloproctólogos venezolanos.

Entre los logros de sus diferentes Juntas Directivas está el reconocimiento de la especialidad por la Federación Médica Venezolana, acordado por la Junta Directiva de dicha Institución, durante la reunión ordinaria celebrada en San Cristóbal en 2001; la proyección de la especialidad a todo lo largo y ancho del país, se ha basado entre otras en la Unidad de Coloproctología que funciona en el Departamento de Cirugía de la Ciudad Sanitaria “Dr. Enrique Tejera”, adscrita a la Universidad de Carabobo, bajo la dirección del Dr. William Briceño Cortéz y actualmente la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas bajo la Dirección del Dr. Carlos Sardiña. También se han creado cargos para Fellow de la especialidad en la Policlínica Metropolitana, la Unidad que funciona en el Instituto Médico La Floresta con el Dr. Carlos Cogorno, y en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Clínicas Caracas. Todas cuentan con una pléyade de solicitudes nacionales e internacionales para sus cursos. La apertura desde hace 4 años de un Servicio nuevo de Coloproctología en el Centro Médico Docente La Trinidad, con los Dres. Sergio Martínez, Luis Angarita y Peter Pappé, quienes ya han realizado tres exitosas jornadas educativas, nos darán pronto la posibilidad de crear otro curso de formación de especialistas.

No quiero terminar de escribir este artículo sin nombrar a coloproctólogos venezolanos eminentes que se encuentran alrededor

del mundo. El Dr. René Hartmann quien sin duda alguna junto al Dr. Morgado Nieves “Padre de la Coloproctología Venezolana” le han dado el realce internacional que la coloproctología venezolana merece. Actualmente el Dr. Eduardo Parra Dávila y el Dr. José Yeguez, quienes han salido del país no por voluntad propia sino por la terrible situación política que vive Venezuela, o el Dr. Ricardo Escalante que todavía permanece en nuestro país y cumplen en el exterior la misma función. De la misma manera a los integrantes de mi Junta Directiva Dres: Alejandro González Padrón, Rafael Alfonso, Isay Moscovicz, Luis Mejías y Carlos Alejos, quienes junto a muchos de los antes mencionados y a los Dres. Vicente Bozza y Pedro Morgado S, nos han brindado el apoyo mantener una Sociedad pujante y haber obtenido la Presidencia de la Asociación Latinoamericana de Coloproctología para el periodo 2013 – 2015.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colon, Recto y Ano. De Takeshi Takahashi. Editores de Textos Mexicanos. 2003. Capítulo 1. y de Historia de la Proctología en México y su transición a la cirugía colorrectal, Pág. 3. Dr. Álvaro Sosa Verduzco.
2. Rivero, M. Pilar (Universidad de Zaragoza) Proyecto Clio. edición de F. Lara, *Código de Hammurabi*, Madrid, Editora Nacional, 1982.
3. Picón M. Las Taparas. 1912 Pg. 276
4. Chitty, Delascio Francisco. 1985. «Algunas plantas usadas en la medicina empírica venezolana». Instituto Nacional de Parques. Caracas.
5. Gumilla, José. 1963 [1741]. «El Orinoco ilustrado y defendido». Academia Nacional de la Historia. Caracas. Tomo 1. Editorial Manuel Fernández.. Madrid. Supremo Consejo de la Inquisición. Año 1745. II Impresión Pag. 14-17
6. Alvarado, Lisandro. 1984 [1921]. «Glosario de voces indígenas de Venezuela». En: «Obras completas». Tomo I. La Casa de Bello. Caracas.
7. Alvarado, Lisandro. 1984 [1945]. «Datos etnográficos de Venezuela». En: Obras completas. Tomo II. La Casa de Bello. Caracas.
8. Casale, Irma. 1997. «La fitotoponimia de los pueblos de Venezuela». Ediciones

de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas

9. Escalona, Roger .Hitos históricos de la cirugía colónica en Venezuela. Volumen 61. N° 4.2008
10. Gaceta Médica de 1983. Medicina práctica contra la hemorroides. Pág. 63-64. Nota extranjera.
11. Prof. Reclus. El agua caliente en cirugía. Gaceta Médica IV 1896. Pag. 29-31
12. Doctor Acosta Ortíz. De la hematuria en algunos traumatismos abdominales. Gaceta Médica 1896. Pag. 65-67.
13. Dr. E. Conde Flores. Gaceta Médica de 1910
14. Dr. L.E.G. Gaceta Médica de 1910
15. Dr. Quijano, José María. Tratamiento de la fisura anal. Gaceta Médica de Caracas 1911. Pag. 200
16. Quijano, Dr. José María. Gaceta Médica de Caracas. 15 de diciembre de 1911
17. Dr. Razetti, Luis. Gaceta Médica de Caracas 1912. Pág.86
18. Dr. Razetti, Luis Gaceta Médica de Caracas. 30 de junio de 1914
19. Dr. Rísquez, Jesús Rafael. Gaceta Médica de Caracas. Año XXI Número 14 del 31 de julio de 1914. Pág. 145-148
20. Gaceta Médica de Caracas Año XXI Número 14 del 31 de julio de 1914
21. Dr. Razetti, Luis. Gaceta Municipal del Gobierno del Distrito Federal. 12 de enero de 1915
22. Dr. Razetti, Luis. La intervención quirúrgica en la peritonitis por perforación. Gaceta Médica de Caracas. XXII N° 18 1915. Pág. 25-26
23. Dr. Razetti, Luis. Primer caso de perforación intestinal típica, tratada en Venezuela por intervención quirúrgica. Gaceta Médica de Caracas. XXII N° 18 1915. Pág. 58-60
24. Dr. Córdova, Salvador Resección del segmento ileo-sigmoidea. Gaceta Médica de Caracas. XXVI N° 1. 1919. Pág. 49-53
25. Dr. Córdova, Salvador Salvador.(idem) Gaceta Médica de Caracas 1919