

Historia de la cardiología en Antioquia*

ALFREDO NARANJO

El autor presenta una visión somera del desarrollo de la cardiología en Antioquia a partir de la fundación de la primera Facultad de Medicina de Medellín, en 1872.

Para historiar la cardiología en Antioquia es necesario tener presente que nuestra primera Facultad de Medicina comenzó a funcionar sólo en 1872. Ya a finales de ese año podemos encontrar algo que da idea de que se alude posiblemente a enfermedad cardíaca al hallar en el movimiento de enfermos del Hospital General del Estado el síntoma anasarca (sic). Téngase en cuenta que mientras ese único síntoma, la anasarca, figura como enfermedad, no aparecen otros como disnea, palpitaciones, dolor precordial etc., que pudieran ser tenidos también como entidad patológica.

Ya entrada la actual centuria van conformándose los diferentes cuadros nosológicos y aparecen publicaciones pertinentes a cardiología. Posada Berrío publica un artículo sobre endocarditis maligna de evolución lenta en el que aparece la tesis entonces en boga del papel capital desempeñado en su etio-

logía por el reumatismo articular agudo. Igualmente, Alfonso Castro escribe sobre taquicardia a propósito de la enfermedad de Graves. Al finalizar la segunda década del siglo Luis E. Arango reseña el caso de un paciente de 26 años con pulso lento permanente (36 por minuto), atribuido a "insuficiencia mitral con estrechez aórtica". El pulso lento, dice el autor, es debido a esclerosis del miocardio. Así pues, aunque esporádicamente hubo publicaciones sobre temas cardiológicos en revistas médicas de Medellín y Bogotá, la cardiología no figuraba como especialidad ni había surgido profesional alguno que se dedicara con exclusividad a su ejercicio. Fue al final de la tercera década del siglo cuando Gabriel Toro Villa introdujo el primer electrocardiógrafo a la capital antioqueña. Vale la pena destacar que este notable médico tenía un pasado profesional sobresaliente: bajo la dirección del doctor Roberto Franco y con Jorge Martínez Santamaría formó parte de la misión que en 1907 envió a Muzo el gobierno del general Reyes y que fue definitiva en el estudio de la fiebre

DOCTOR ALFREDO NARANJO, Presidente, Sociedad Antioqueña de Historia de la Medicina. Socio Fundador de la Sociedad Antioqueña de Cardiología.

Apartes de la exposición presentada en la inauguración de la Conferencia Gabriel Toro Villa, durante el III Curso de Actualización en Cardiología, Hotel Intercontinental, Medellín, Septiembre 11 de 1992.

amarilla en aquella región. Como laboratorista excelente ejerció durante varios años y luego fue Profesor de la Clínica Tropical en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y ejerció como tal en su práctica privada.

Se justifica un paréntesis a propósito del primer electrocardiograma. Quienes disfrutaban hoy del beneficio de los aparatos portátiles de inscripción directa ignoran lo dispendioso que fue el comienzo: no era propiamente un pasatiempo el ser llamado a media noche a la cabecera de un enfermo agobiado por dolor precordial. Simplifiquemos y supongamos que de una vez el cardiólogo llevó el electrocardiograma para tomar un trazo. Piénsese que ese trazo invisible tenía que ser llevado primero al consultorio para sumergirlo en el líquido desarrollador, pasarlo luego al revelador y, finalmente, al fijador. Leído el trazo y confirmado o no el diagnóstico, regreso al hogar del paciente para dictar las medidas del caso. Esto, que parece una crónica divertida, no lo era para quien vivió todo el proceso.

Es Toro Villa quien con más frecuencia escribe sobre temas cardiológicos. Notable a este respecto es el estudio sobre lo que por los años 30 y 40 se llamó Síndrome de Ayerza (cianosis, dedos hipocráticos, policitemia e hipoxemia). Fue la cianosis profunda la que le valió a los afectados el nombre de "Cardíacos Negros". Como lo anota el mismo autor la etiología era muy discutida: algunos la atribuían a arteritis pulmonar sífilítica y otros a sífilis bronquial y arterioesclerosis pulmonar; para unos terceros la esclerosis pulmonar era primaria no sífilítica y, finalmente, los de más allá hablaban de enfermedades broncopulmonares con o sin aterosclerosis pulmonar. El término desapareció de la literatura médica cuando se vio que correspondía a un estado de *cor pulmonale* crónico con insuficiencia pulmonar avanzada o a un *cor pulmonale* descompensado.

Hacia 1924 aparece otro artículo de Toro a propósito de un caso de apendicitis con bradicardia a la que da el valor de signo. Igualmente escribe sobre cardiopatías congénitas halladas en su práctica privada, con diagnóstico presuntivo de comunicación interauricular unos casos, y otro de síndrome de Lutembacher; por esa época (julio del 43) sólo hasta allí se llegaba: cardiopatía congénita cianógena o acianógena pero de pronóstico inexorablemente fatal. Sólo un lustro antes Gross había sido el primero en corregir quirúrgicamente un canal

arterial persistente y habían transcurrido sólo tres años desde que Craaford reseco una coartación aórtica. Sólo dos años antes Cournand y Richards habían practicado el primer cateterismo cardíaco el que tardaría aún dos lustros para imponerse entre nosotros. Más de una década después se daría comienzo en Medellín a las intervenciones intracardíacas con hipotermia moderada.

Los de mi generación desconocimos de estudiantes el vocablo infarto de miocardio. La angina de pecho era el diagnóstico final de toda muerte súbita, o del dolor precordial constrictivo con sudoración profusa y sensación de muerte inminente. La nitroglicerina sublingual era el tratamiento de escogencia. En Medellín se comenzó a hablar de infarto del miocardio hacia finales de la década del cuarenta cuando Miguel Múnera regresó de su especialización en los Estados Unidos.

Cuando uno ha madurado, cuando tiene ya más recuerdos que esperanzas, según la definición que Maurois diera de la vejez, se vuelve indulgente. Cuando leí en Trousseau su maravillosa descripción de la angina de pecho atribuida en mayor medida al reumatismo, la epilepsia o la neurosis que a la lesión de las coronarias, como lo sostenía Heberden, el error del insigne clínico me sirvió para valorar los escalones que en la ciencia se van recorriendo en la aproximación a la verdad. He asistido al auge de muchas teorías y también a la pira funeraria de gran parte de las mismas. Nos enseñaron el aforismo de Peter, a propósito del reumatismo "que lame las articulaciones y muerde el corazón": "Soltera, no te cases; casada, no tengas hijos; madre, no los amantes". Su reevaluación es uno de los logros de la antibioticoterapia y la cirugía.

Nosotros asistimos a los últimos coletazos de la sangría, como si el galenismo luchara aún por sobrevivir: la usamos exitosamente en el *cor pulmonale* crónico con policitemia. La aplicamos sin resultado cuando sobrevenía el accidente cerebral del hipertenso; acudíamos a ella cuando las cifras tensionales alcanzaban límites de pavor, así no hubiera todavía ruptura de vaso; recurriamos a ella también en las crisis hipertensivas de la uremia, para no mencionar la terapéutica quirúrgica: la simpatectomía, tan inútil como ingrata por sus penosas consecuencias. Practicábamos la sangría, ahí sí con resultados estupendos en el edema pulmonar agudo, cuando, como nos lo enseñaron bellamente los textos franceses, oía-

mos subir la marea a la auscultación pulmonar. Pero a la flebotomía seguía la ligadura en la raíz de los miembros, con torniquetes de caucho de suficiente tensión elástica para comprimir las venas y con la precaución de liberar, cada cinco minutos y durante dos, alternativamente, uno de los cuatro miembros para luego volver a aplicar el torniquete. Concomitantemente administrábamos las drogas salvadoras: lanatósido C con aminofilina, diurético mercurial y morfina por vía endovenosa. Verdad que la nitroglicerina IV de hoy ha ahorrado al enfermo minutos eternos de desesperación y al médico un trabajo agobiador. Pero... ¿ha puesto la medicina moderna la unidad de cuidados intensivos y la nitroglicerina al alcance del común?

Pueden ustedes asombrarse y aún sonreír cuando con absoluta veracidad, como corresponde al historiador, les haga el recuento de nuestra terapéutica; han asistido, seguramente, al enfermo con disnea paroxística nocturna. Pues bien, para nosotros fue la angustia de cada noche, por no decir que la satisfacción reiterada. Para cortar ese acceso de disnea, bastaba la inyección intravenosa de digital con aminofilina, aplicada aún a domicilio. Desconocimos el hospitalismo como condición *sine qua non* de tratamiento.

¿Cuántos años estuvimos usando los mercuriales como diurético? Recuerdo que, eso sí, los sabíamos contraindicados en presencia de lesión renal y, otros más estrictos, en amibiásicos. Por descontado que los empleábamos con mesura y la respuesta era excelente en la mayoría de los casos. Sé los argumentos de hoy pero, es el escepticismo que llega con la experiencia, temo que los mercuriales fueron discontinuados más por no rentables que por peligrosos: los médicos, y esto lo saben los agentes de drogas y los farmacéuticos, somos muy dados a quedarnos con lo último que llega, deshaciéndonos de lo que hasta ayer tuvimos por definitivo, sin esperar la prueba del tiempo. Hemos vivido lo suficiente para advertir cómo, bien porque sus investigadores no habían agotado todas las posibilidades o porque la experiencia de médicos ajenos a todo interés publicitario ha advertido peligros que no encontraron sus descubridores, a la vuelta de dos o tres años la misma casa productora que había impuesto su último milagroso descubrimiento lo ha suprimido de su propaganda, aunque no de la circulación. Los países ricos no tienen más basu-

tero para sus drogas desacreditadas que los cementerios de los países pobres.

Sin embargo, hay hechos que nos hacen inclinarnos reverentes ante el surgir de medicaciones efectivas en casos en que el pronóstico de la enfermedad era de sombría solución. Ya mencioné la inutilidad de la sangría ante el accidente hipertensivo y recuerdo con pavor la droga que usábamos. El diagnóstico de hipertensión era poco menos que el desahucio. Hay una distancia sideral de lo decepcionante de hace años a la efectividad de la medicación actual, auténtico triunfo investigativo de las más respetables casas productoras: el calcioantagonista, el inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, el vasodilatador, el diurético o el betabloqueador, en fin toda esa gama del arsenal terapéutico contemporáneo.

El advenimiento de la segunda guerra mundial tuvo repercusiones profundas en nuestra medicina. Durante los primeros años el conflicto bélico implicó un verdadero cierre de aduanas para los textos franceses y fue clausurada la doble vía de los que viajaban a Francia a estudiar y regresaban con lo último en conocimientos. Por un corto tiempo, muy efímero por cierto, hubo una moderada influencia argentina con los textos de Padilla y Cossio en los que persistía el influjo francés. Ya a mitad de la guerra se produjo un nuevo hecho: Estados Unidos entró de lleno en el conflicto y sus facultades médicas se vieron enfrentadas a la ausencia de un número cada vez mayor de sus estudiantes movilizados hacia Europa y, especialmente, hacia el Pacífico. Esto significó facilidad de cupo para los latinoamericanos en las universidades estadounidenses.

No se le ha dado la debida importancia a lo que significó el esfuerzo mexicano por infundirnos fe en nuestras propias capacidades, cuando gracias al orgullo patrio de sus grandes profesores lograron colocarse en alturas de respetabilidad en campos como pediatría, nutrición y cardiología, ésto último gracias al genio organizador de Ignacio Chávez. Lástima que la limitación de recursos, frene sus posibilidades, pero en el éxito de los mexicanos hay un factor adicional: están logrando liberarse de tutelajes políticas que hipotecan el porvenir de las instituciones científicas.

Así pues, para mediados del siglo el panorama médico había cambiado radicalmente: Francia, ocupada y luego liberada, estaba apenas en proceso de

reconstrucción y no contaba ya con los medios de recuperar su predominio intelectual y mucho menos, empobrecida como quedó tras los años de devastación, en condiciones de ofrecer unos medios de enseñanza y experimentación cada día más costosos. En peores condiciones quedó Alemania, no sólo vencida sino con sus ciudades más importantes calcinadas, desmanteladas las otras y finalmente dividida.

Por el triunfo logrado con las colosales posibilidades industriales y financieras de Estados Unidos y el heroísmo de sus soldados en los campos de batalla, surgió la oportunidad para la medicina norteamericana. La postguerra fue el comienzo de la transformación médica en toda la América hispano-lusitana. La nación vencedora, que todo lo comprometió en el combate menos su propio territorio, estuvo en condiciones de cubrir todos los costos de su adelanto, hasta los de importar cerebros judeo-alemanes que el fanatismo nazi desdeñó o los que, terminado el conflicto, huían del terror estaliniano. Agréguese a todo esto el pragmatismo del norteamericano, su tenacidad y su capacidad de trabajo, respaldados por arcas colmadas y sobretodo por la sabiduría de no desperdiciar capacidades. Vino, pues, para nosotros, además de la sustitución de textos franceses por norteamericanos, el reemplazo de casi toda la droga europea. Desaparecieron del comercio los cardiotónicos como la niketamida (coramina) y el pentretazol (cardiazol) que conocimos como analépticos y usamos con un éxito que muchas veces fue más optimismo de sugestión que realidad demostrable. Ya la estrofantina había sido abandonada ante la efectividad del lanatósido C endovenoso. Transcurridos los primeros años de la postguerra, las sulfamidas fueron barridas por la penicilina que las urgencias bélicas rescataron del cuarto de San Alejo, donde la genialidad de Flemming debió arrumar su desdeñado descubrimiento del año 28. Inadvertidamente, ni más ni menos, de nuestro armamentario terapéutico había desaparecido la casi totalidad de la droga europea a la que, seguramente, le bastaba en indulgencia clínica lo que en experimentación iba ganando la norteamericana.

Para 1954 se había diferenciado la angina del infarto y al tratamiento de éste con el reposo, el oxígeno, la morfina y la quinidina (el único antiarrítmico que entonces conocíamos), se le habían adicionado los cumarínicos como anticoagulantes. No se conocían todavía el tratamiento quirúrgico, la trombolisis ni la angioplastia.

Por esa misma época éramos ya varios los cardiólogos de escuela residentes en Medellín, unos entrenados en los Estados Unidos (Miguel Múnera, Fernando Toro) y otros en el Instituto de Cardiología de México: Gabriel Jaime Villa, Alfonso Aguirre, Marcos Duque Gómez... Se fundó entonces la Sociedad Antioqueña de Cardiología que persiste hasta la fecha.

Gracias a los empeños de la Sociedad se implantó en la Facultad de Medicina la enseñanza de la materia como especialidad y se fundó el Servicio de Cardiología del Hospital San Vicente de Paúl. Debo decir que ninguno de los especialistas se guardó cicateramente sus conocimientos: el Texto de Cardiología que hace parte de los Fundamentos de Medicina Interna lleva ya varias ediciones y es fiel testimonio del aporte de la escuela antioqueña de cardiología que ha adquirido sello propio.

Es un deber evocar la memoria del Doctor Antonio Escobar, estudioso incansable, hombre de una generosidad intelectual poco común y modelo de ética profesional, que participó en todas esas ediciones.

Una nueva era se abrió con la cirugía cardíaca cuando Antonio Ramírez practicó las primeras intervenciones: corrección de una Tetralogía de Fallot, de una persistencia de canal arterial, de aneurisma y estenosis aórticos. Esos comienzos fueron decididamente heroicos, pues la cirugía cardíaca se practicaba bajo hipotermia en la forma más rudimentaria concebible: el paciente anestesiado, con un electrodo de temperatura esofágica, era colocado en una tina llena de agua fría a la cual se le agregaba hielo. A las dos horas la temperatura de inmersión había descendido en promedio a 32°C y el paciente era pasado a la mesa de cirugía. Cuando alcanzaba los 30° se practicaba la incisión. Para corregir, por ejemplo, una comunicación interauricular, el cirujano disponía de sólo 10 minutos en los cuales tenía que interrumpir la circulación de las venas cavas, abrir la aurícula derecha, cerrar la comunicación y hacer la sutura posterior. Las complicaciones eran frecuentes. Yo quiero rendir homenaje de respeto a Antonio Ramírez que antes que nadie en Colombia hizo estos prodigios de cirugía.

Pocos años después abrió sus servicios la Clínica Cardiovascular donde, además de las correcciones quirúrgicas de cardiopatías congénitas, se practicaron los métodos en boga en aquel entonces para tratar los dolores anginosos como el talcaje del pericardio o la utilización de las mamas para

irrigar el miocardio. Cuando surgió el tratamiento quirúrgico del infarto con el puente venoso arterializado se inició el éxodo de pacientes adinerados a los Estados Unidos. Pocos años después la Clínica Cardiovascular estuvo en condiciones de ofrecer las mismas facilidades en sus propios quirófanos. Alberto Villegas, que ha sido el maestro y el guía de las nuevas generaciones de cirujanos, llegó al culmen de su prestigio con el primer trasplante cardíaco en 1985, que consagró no sólo la eficiencia de su equipo sino del de trasplantes del Hospital San Vicente de Paúl.

Se ha avanzado increíblemente en la exploración electrofisiológica de las arritmias y la cardiología antioqueña se ha colocado a la vanguardia en este campo, gracias a profesionales de selección.

Y bien, señores. Cuando se sacrifica el detalle a la brevedad la omisión es obviamente dolorosa. He tratado de mostrar el camino recorrido y los logros alcanzados. Ustedes pueden estar satisfechos de ellos, con más razón porque se han conseguido cuando el entorno conspira contra todo esfuerzo de superación. Ustedes han impreso un tinte de orgullo al rostro de la Patria, desde hace años cubierto de vergüenza. No olviden que la Patria es una suma de realizaciones y fracasos de las generaciones que han vivido, han luchado y han muerto sobre el mismo suelo en que ahora nos debatimos. Que, igual que nosotros, alimentaron esperanzas que los sostuvieron en la brega y debieron ser fuertes para superar frustraciones muy hondas. La Patria es el

paisaje irrepetible, salvo en el recuerdo, de la tierra natal en donde nos educamos y alternativamente ganamos y perdimos, amamos y sufrimos. Es el goce de dichas comunes y de dolores compartidos en horas sombrías de la colectividad. Es la canción autóctona, la que se nutre de alegrías y dolores, de tierra, de gente, de añoranzas y de costumbres nuestras. En ella, en la Patria, como en las capas geológicas, se superponen las edades. Encerrado en urnas funerarias está nuestro pasado común, ese que contó con abuelos y padres paradigmáticos. En la alegría de las cunas palpita, renovado a diario, el porvenir. Será de ellos si ustedes saben amarlo para ellos. Si ustedes, que son el presente, que lo han forjado de manera ejemplar, siguen haciendo de Medellín el punto de referencia médico-cardiológica que ha sido durante tantos años.

SUMMARY
HISTORY OF CARDIOLOGY IN ANTIOQUIA,
COLOMBIA

The author presents a brief description of the development of cardiology in Antioquia, Colombia, starting in 1872 when the first medical school was founded in this province.
