Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina

(correspondientes al año 1999)



Volumen XX

Editores

Sandra Burgues Roca – Fernando Mañé Garzón
Juan Ignacio Gil

Montevideo

2001

Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (Ses. Soc. Urug. Hist. Med.)

EDITORES RESPONSABLES

Sandra Burgues Roca
Fernando Mañé Garzón
Juan Ignacio Gil

CONSEJO EDITORIAL

Augusto Soiza Larrosa
Milton Rizzi Castro
Ricardo Pou Ferrari
Raúl C. Praderi
Eduardo Wilson

Correspondencia:

Depto. Historia de la Medicina
Facultad de Medicina.
Gral Flores 2125 – Subsuelo
1180 – Montevideo
URUGUAY
E.Mail:
histmed@fmed.edu.uy

Ilustración de portada

Carro botiquín de 1ª línea adoptado oficialmente por la Sanidad Militar uruguaya en 1928.

ISSN: 0797-6890

INDICE

Pág.

ÍNDICE DE SESIONES DEL AÑO 1999 1

HISTORIA DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE. SUS COMIENZOS EN URUGUAY
Milton Rizzi Castro 12

RODOLFO V. TALICE (1899-1999) GENIO Y FIGURA
Fernando Mañé Garzón 44

CONFERENCIA "PREMI GIMBERNAT" 1991-1992
Raúl C. Praderi 61

HISTORIA DE LA TRANSFUSIÓN TRANSHEPÁTICA Y TÉCNICAS DERIVADAS
Raúl C. Praderi 67

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA CIENCIA Y LA CULTURA NACIONAL
Fernando Mañé Garzón 89

LA MEDICINA DARWINIANA
Fernando Mañé Garzón 102

PROCESO FUNDACIONAL DE LA SOCIEDAD RIOPLATENSE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA (1916-1932)
Milton Rizzi 126

SEGUNDAS SESIONES DE LA SOCIEDAD RIOPLATENSE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. BUENOS AIRES. AGOSTO DE 1920
Milton Rizzi 135

CRÓNICA SOBRE LA BÚSQUEDA DE LA RIOPLATENSE PERDIDA. A PROPÓSITO DE LA CUARTA REUNIÓN RIOPLATENSE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. BUENOS AIRES, 1926
Miton Rizzi 142

DISCURSO PRONUNCIADO EN EL ACTO DE INGRESO A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL 11 DE MARZO DE 1999
Fernando Mañé Garzón 150

Pág.

HISTORIA DE LAS ESCUELAS AUXILIARES DEL MÉDICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (1877-1955)
Dante Petruccelli 154

HISTOPLASMOSIS PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DE PACIENTE CURADO LUEGO DE INVOCACIÓN AL BEATO MARCELINO CHAMPAGNAT, CANONIZADO EN 1999 POR JUAN PABLO II
Ismael A. Conti Díaz 166

LA SANIDAD MILITAR Y EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – 1918-1935
Augusto Soiza Larrosa 175

Documentos

CONDUCTA DEL HOMBRE HACIA LOS ANIMALES
PROYECTO DE LEY 216

Prólogos, reseñas y comentarios de libros

COMENTARIO A *CRÓNICAS DEL MOSQUITO*
Fernando Mañé Garzón 237

PRÓLOGO AL LIBRO *PEDRO LARGHERO – CIRUGÍA Y PASIÓN*
Fernando Mañé Garzón 240

PRÓLOGO AL LIBRO *MÉDICO SE ES TODA LA VIDA*
Fernado Mañé Garzón 244

LA NUEVA BIOLOGÍA
Fernando Mañé Garzón 248

A DOSCIENTOS AÑOS DE LA MUERTE DE GEORGE WASHINGTON
Milton Rizzi 259

Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (Ses. Soc. Urug. Hist. Med.)

COMISIÓN DIRECTIVA
1998 – 1999

Presidente
Milton Rizzi Castro

Vicepresidente
Fernando Mañé Garz

Secretaria:
Sandra Burgues Roca

Tesorero:
Roberto Puig (h)

Vocales:
Augusto Soiza Larrosa
Eduardo Wilson

COMISION DIRECTIVA
2000 - 2001

Presidente:
Fernando Mañé Garzó

Vicepresidente:
José María Ferrari

Secretaria:
Sandra Burgues Roca

Tesorero:
Virginia D'Espaux

Vocales:
Murillo Bais Alpino
Pedro Chiancone

ÍNDICE DE SESIONES DEL AÑO 1999

Sesión del 1° de marzo

I. Aniversario

Primera extirpación de cáncer de laringe por laringectomía realizada por Manuel Quintela (1869-1928) en Montevideo en el año 1899.
Milton Rizzi Castro.

II. Presentación de libros y documentos

Crónica del Mosquito. Montevideo antes y después de la epidemia de fiebre amarilla de 1857 por Jacques-André Duprey. Montevideo, Ediciones del Bichito.1998, 246 pp.
Fernando Mañé Garzón.

III. Semblanza del Dr. (Veter.) Nelson Magallanes (1915-1998).
Arturo Lezama.
Fernando Mañé Garzón.

IV. Primeras transfusiones de sangre realizadas en el Uruguay.
Milton Rizzi Castro.

Sesión del 6 de abril

I. Aniversario

A propósito del centenario de la mascarilla quirúrgica o "tapa boca", 1899-1999.
Milton Rizzi Castro.

II. Presentación de libros y documentos

- Matrícula de la Facultad de Medicina para el curso de Homeopatía correspondiente al año 1885.
  Milton Rizzi Castro.

- Fotografías pertinentes a Julio A. Bauzá, donadas al Departamento de Historia de la Medicina
  Fernando Mañé Garzón.

- "Los cinco síndromes clínicos de las ictericias obstructivas" *Cirugía del Uruguay*, 68: 75, 1998; reproducido en: *Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 29* (1): 33-36, Buenos Aires; 1999; y en: *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, 19*, 2000, pp. 68-73.
  Raúl C. Praderi.

Sesión del 4 de mayo

I. Asuntos entrados.

Reunión conjunta de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, Sociedad de ORL del Uruguay y Sociedad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Uruguay. Tendrá lugar el 24 de abril a la hora 09:30 am. En la sede del Laboratorio Glaxo-Welcome, Salto 1105. Se expondrá sobre: Grandes colgajos cervico-cráneo-faciales, Dr. Pera Erro (40 min.). Grandes colgajos cervico-cráneo-faciales, Dres. Blasiak, Fleginsky, Manyo. (40 min.). Orígenes otorrinolaringológicos de la cirugía plástica en el Uruguay. Dr. Milton Rizzi Castro (25 min.). Al finalizar el evento el Laboratorio Glaxo-Welcome ofrecerá un piscolabis.

II. Aniversario

A propósito del centenario del proyecto de creación del crematorio en el Lazareto de Isla de Flores (1899-1999).

Sandra Burgues Roca.

III. Presentación de libros y documentos

- Una receta de Américo Ricaldoni fechada el 16 de enero de 1897 con las indicaciones para el tratamiento de una "Congestión pulmonar".

  Arturo Lezama.
  Fernando Mañé Garzón.

- 24 caricaturas de médicos uruguayos. Colección de postales editadas por la casa Pablo Ferrando, c. 1929.

  Milton Rizzi Castro.

- Creación en el Departamento de Historia de la Medicina de la Sección Archivo Icongráfico.

  Sandra Burgues Roca.
  Graciela Jorge Pancera.

- Retratos de médicos en el *Album biográfico ilustrado de Uruguay* de 1904.
  Fernando Mañé Garzón.

IV. Vida y obra del oftalmólogo Luis Demicheri (1870-1953).
Ignacio Amorín.

V. Historia de la Sanidad Militar (en el Uruguay), 1918-1935.
Augusto Soiza Larrosa.

Sesión del 1° de junio

I. Asuntos entrados

Comunicamos a todos los socios que la cuota anual de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina fue fijada en 400 (pesos uruguayos) anuales.

Adhesión de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina a los festejos por el Sesquicentenario de la Instalación de la Universidad de la República (1849-1999). Consideración sobre la publicaciónde un trabajo inédito de Washington Buño (1908-1990) "Historia de la Universidad desde sus orígenes hasta 1985".

II. Aniversario

23 de enero de 1942. Primera utilización del curare en cirugía humana por Harold Criffith.

III. Presentación de libros y documentos.

- *36th International Congress of the History on Medicine.* (Tunis-Carthage, 6th-11th September 1998). *Communications, Lectures, Book of Abstracts.* 280 pp. Contiene el resumen de la comunicación presentada por Pedro Chiancone y Fernando Mañé Garzón: "L'Ecole uruguayenne et sa participation dans la promotion de l'obstétrique moderne et de la périnatologie" (p. 141):

> La dynamique utérine avait été longtemps étudiée sans résultats précis. En 1946 Hermogenes Alvarez a pu réaliser le premier enregistrement après ponction des cavités amniotiques. Il obtint d'autres enregistrements graphiques avec la collaboration de Roberto Caldeyro-Barcia.
> Après des perfectionnements techniques, ils obtinrent différents profils de la dynamique utérine, dans les conditions pathologiques, physiologiques et sous l'action de différents médicaments. Alvarez fit ensuite des recherches sur le placente et sur la valeur de la fonction biopsique et Caldeyro-Barcia poursuivit l'etude de la dynamique utérine en rapport avec la vitalité du foetus.
> L'O.M.S. et l'Organisation Panaméricaine de la Santé Créèrent alors le Centre Latino-Américain de Périnatologie et du Développement Humain qui continue à promouvoir des progrès dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

- Partitura del tango *El Estagiario*, obra del doctor Martín Lasala. Editor, Carlos U. Trápani, Montevideo, c. 1920.

- *Conducta del hombre hacia los animales* [y] *Experimentación, docencia e investigación con animales. Proyectos de Ley.* Publicación de la Academia Nacional de Veterina, Montevideo. Talleres Gráficos Tecnograf, 1998, 29pp.

Arturo Lezama.
Fernando Mañé Garzón.

- Medalla otorgada al bachiller José Alberto Praderi (1891-1975) por su actuación durante la epidemia de gripe de 1918-19 en Guichón, Paysandú.

Raúl C. Praderi.

- Conferencia dictada en Barcelona por el Prof. Dr. Raúl C. Praderi al recibir el "Premio Gimbernat 1992" en la Societat Catalana de Cirurgia.

Sesión del 6 de julio

I. Asuntos entrados.

Propuesta de elaborar una lista de los diez médicos uruguayos más relevantes del siglo XX.

II. Presentación de Libros y documentos.

- Artículo del cirujano de torax argentino Hugo Esteva sobre la historia de la broncoscopía publicado en *Journal of Broncology, 6* (2): 141-145, 1999.

Milton Rizzi Castro.

- PRADERI, Raúl C.; ESTEFAN, A.F. (1977). "Intubation canalaire pour cancer des voies biliaires". *Encyclopédie Médico-Chirurgicale,* (Techniques chirurgicales, Digestif) *4.2.07* (40972):1-8. Paris.

- PRADERI, Raúl C.; ESTEFAN, Alberto F.; TISCORNIA, Eduardo. (1985). "Transhepatic intubation in benign and malignant lesions of the biliary ducts", *Current Problems in Surgery, 22* (12): 88pp Chicago, Years Book Medical Publishers, Inc.

- PRADERI, Raúl C.; HESS, Walter (1997). A brief history of bilio-pancreatic diseases and their treatment, in W. Hess; G. Berci (eds.), *Textbook of bilio-pancreatic diseases. Pathology-Diagnosis-Medical Treatment-Surgical Thechniques and Tactics.* Padova, Piccin, vol. 4, pp. 2818-2852.

- PRADERI, Raúl C. (1997). History of pancreatic surgery, in Michael Trede, Sir David C. Cartes (eds.). *Surgery of the pancreas.* New York, second edition, (Churchill) Linvingstone, pp. 3-15.

Sesión del 3 de agosto

I. Asuntos entrados

Acto de conmemoración del 150 aniversario de la instalación de la Universidad de la República. Conferencia del Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón sobre Historia de la Facultad de Medicina. Miércoles 28 de julio, a la hora 19, en el Paraninfo de la Universidad.

II. Presentación de libros y documentos

- Indicaciones médicas en un caso de gripe asistido en Montevideo durante la epidemia en 1919 por el Dr. Andrés Delfino, y sus honorarios.
  Murillo Bais.

- Sobre el hallazgo de algunas publicaciones montevideanas y chilena editadas por el cirujano español Cayetano Garviso entre 1839 y 1845, localizadas por Juan Ignacio Gil en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.
  Fernando Mañé Garzón.

- *Médico se es toda la vida. Historia de Vida del Dr. Francisco Gómez Gotuzzo,* por Paola Díaz. Montevideo, Ediciones Multiplicidades, 1999. 79 pp.
  Fernando Mañé Garzón.

- *Un Dolor, una Protesta y una Esperanza. Por nuestros campesinos* por Oscar Fernández Correa. J. Batlle y Ordóñez, 1947. Talleres Gráficos "El Pueblo", 1947. 77 pp.
  Sandra Burgues Roca.

III. 79 aniversario de las Primeras Reuniones Médicas Binacionales organizadas por la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología.

Milton Rizzi Castro.

Sesión del 7 de setiembre

I. Asuntos entrados.

- 37º Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Galveston, Texas, 10 al 15 de Setiembre de 2000.

- Comentarios sobre los "Primeros cursos del Sindicato Médico del Uruguay". (Comienzo, 10 de agosto de 1999). Organizado en 8 módulos:
  1. Evolución histórica: la cultura y la tradición universitaria latinoamericana y nacional; el surgimiento de los gremios estudiantiles y profesionales; la concepción del CASMU y sus implicancias históricas; el sindicalismo obrero y el estado actual de la militancia gremial en Uruguay; la situación en el ámbito médico (Montevideo e Interior; entidades anestésico quirúrgicas; participación gremial de las Sociedades Científicas).
  2. Aspectos normativos que inciden en la problemática de las áreas pública y privada.
  3. Trabajo médico.
  4. Economía y Salud.
  5. Bioética.
  6. Situaciones vinculadas al género.
  7. El gremio médico y el cogobierno universitario.
  8. El S.M.U.

- Conferencia del Doctor Fernando Mañé Garzón sobre Medicina Darwiniana en la Academia Nacional de Medicina, el 9 de setiembre a la hora 19.30, dir. 18 de julio 2175.

II. Presentación de libros y documentos

- Sello conmemorativo de la República Federal de Alemania como homenaje a Rudolph Virchow (1821-1902) cuestionado por razones políticas, c. 1950.
  Milton Rizzi Castro.

- Objetos que pertenecieron al médico-cirujano uruguayo y militante del Partido Nacional Pantaleón Pérez (1860-1891).
  Enrique Mena Segarra.

- Comentarios a propósito de un documento sobre dos pasaportes entregados por un "Diputado de la Sanidad" de Casale (Piamonte) en los meses de setiembre y octubre de 1683.

Pedro Chiancone.

III. A propósito de la primera descripción de una operación de cataratas en 1847 en el Uruguay, publicada en *Considerations médicales sur la campagne de la fregate "Erigone" dans le rivière de la plata, Amerique du Sud, de 1845-1849.* Thèse presenté par Louis A. Petit. Montpéllier, 1850.

Salo Kusek
Milton Rizzi Castro.

Sesión del 5 de octubre

I. Asuntos entrados

III Mesa redonda sobre Historia de la Medicina Iberoamericana organizada por la Sociedad de Historia de la Medicina Hispanoamericana. Delegado por Uruguay, Juan Ignacio Gil Pérez. Monasterio de Guadalupe (Cáceres), 4 de diciembre de 1999.

II. Presentación de libros y documentos

- *Desde la esquina,* por Juan J. Ravera, Montevideo, Montevderde, 1999, 253 pp.

Fernando Mañé Garzón.

- *Un ciudadano de tres mundos. Entre la biografía y la historia,* por Jaime Sznajder y Silvia Scarlatto. Montevideo, Editorial Dos Puntos, 1999. 277 pp.

Fernando Mañé Garzón.

- Fotografías y documentos que pertenecieron al Dr. Eduardo Palma (1908- 1994).
  Liliana Palma.

Sesión del 2 de noviembre

I. Presentación de libros y documentos

- *El gasto público en educación en el Uruguay,* Montevideo. Universidad de la República Oriental del Uruguay, 1999, 13 pp. (mimeografiado).
  Fernando Mañé Garzón.

- *Código de Ètica Médica.* Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 1999. 78 pp.
  Código de Ética Médica, Separata del *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 13,* (Año 1994), pp. 57-11.
  Sandra Burgues Roca.

II. Historia de las escuelas auxiliares del médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.
  Dante Petrucelli.

Sesión del 7 de diciembre

I. Aniversario

A propósito del segundo centenario de la muerte laringológica de George Washington, 1799-1989.

Milton Rizzi Castro.

II. Presentación de libros y documentos

Medallas Uruguayas de temas relacionados con la medicina.

Enrique Mena Segarra.

III. Sobre la enfermedad del Hno. Marista Heriberto Weber y la canonización del beato Marcelino José Benito Champagnat (1784-1840).

Ismael A. Conti Díaz.

Sesión extraordinaria del 14 de diciembre

I. Asuntos entrados

Acto eleccionario por el período 1999-2001. Se realizará durante la primera sesión del año 2000 en el mes de marzo.

II. La evolución histórica de la Facultad de Medicina en las ciencias y la cultura nacional.

Fernando Mañé Garzón.

Historia de la transfusión de la sangre. Sus comienzos en Uruguay*

Milton Rizzi Castro

Resumen

El papa Inocencio VIII pudo haber recibido una transfusión de sangre hace unos 500 años. Richard Lower practicó en 1666 la primera transfusión sanguínea de animal a animal; J. B. Dénis en 1667 las primeras de animal al hombre y James Blundell, a partir de 1818, las primeras homólogas humanas.

En Uruguay, Florencio Ortega, registro de título de Médico Cirujano del 1° de abril de 1876, efectuó, con la colaboración de los doctores Pedro Visca y Diego Pérez, una primera transfusión de 70 ml en un caso desesperado que terminó con la amputación de miembro inferior. Joseph A. Fort realizó una publicitada transfusión de sangre el 28 de diciembre de 1884, utilizando un aparato de Roussel.

En 1900, Karl Landsteiner describió los grupos sanguíneos. En 1907, George Crile publicó su método transfusional de arteria del donante a vena del receptor. En Uruguay, los doctores Albo e Iraola realizaron esa trabajosa técnica en el año 1912.

En 1914, Luis Agote hizo la primera demostración pública del uso de la sangre citratada. La primera transfusión efectuada en el interior del país, que mereciera una publicación, tuvo lugar en Melo (departamento de Cerro Largo) con actuación profesional y como donante del doctor Mauricio Langón, en agosto de 1919.

El doctor Augusto Turenne en su Servicio de Protección Maternal organizó con rigor científico las transfusiones sanguíneas entre 1916 y 1918 y puede ser considerado hemoterapeuta pionero de Uruguay.

El doctgor Julio César Estol fue el primer hemoterapeuta uruguayo de excelencia académica y alto nivel científico.

Summary

Pope Innocence III probably received a blood transfusion 500 years ago.

Richard Lower performed in 1666 the first transfusion form animal to animal; one year later did it from animal to human and James Blundell in 1818 carried out the first human homologous transfusion.

In Uruguay, 1876, Florencio Ortega, a trained physician, altogether with colleagues Dr. Pedro Visca and Dr. Diego Pérez, transfused 70 ml. The first Uruguayan blood transfusion ended in amputation. Joseph Fort performed (1884) a public transfusion by means to Roussel's technique. In 1900 Karl Landsteiner described blood types; some time later George Crile his method widely know (donor's artery to receiver's vein).

In 1912, uruguayans Dr. Albo and Dr. Iraola transfused patients according to Crile's technique.

The first public transfusion took place in 1914. Luis Agote used sodium citrate as anticoagulant.

1919. The first published transfusion performed in other city than Montevideo took place in Melo (Cerro Largo) by Dr. Mauricio Langón, who was also the donor.

At Dr. Augusto Turenne's Maternal Protection Service, the first scientific transfusion series were performed from 1916 to 1918. Dr. Turenne is considered the very first Uruguayan haemotherapist. Dr. Julio César Estol is considered the most important Uruguayan academic haemo-therapist.

Introducción

La historia de la transfusión de sangre se remonta muy lejos en el pasado y muestra el deseo humano de vencer a la vejez y la enfermedad por medio de la infusión de los vasos sanguíneos de ese líquido rojo y caliente tan particular, que en todos los tiempos ha representado a los ojos de los hombres un principio esencial para la vida[1].



Figura 1. Richard Lower (1631-1690) a los 55 años. Médico inglés, efectuó la primera transfusión sanguínea de animal a animal.

Hebreos, egipcios, romanos y aztecas, han dado muestras inequívocas en sus culturas de la fascinación que la sangre ejerció sobre ellas; así es que ritos de sangre se efectuaban sobre animales y humanos, que eran sacrificados con ese propósito.

El poder que la sangre ejerció en nuestra cultura greco-romano-occidental se evidencia, entres otras, en la costumbre de dar a tomar a los enfermos sangre de los gladiadores en época del Imperio Romano, bañarse en sangre para adquirir fuerzas y administrarla en punciones o enemas.

Capítulo aparte merecerían los aspectos mágicos de la sangre menstrual, en especial la de la menarca y la sangre de parturientas en el área mediterránea.

En tiempos tan recientes como el siglo XVIII existía una superstición en la zona de Baviera, extendida a Europa central. Si una mujer pretendía seducir a un posible enamorado que se mostraba reticente, debía invitarlo a su casa a tomar café, en el que vertía dos o tres gotas de su sangre menstrual. Era infalible.

De todas maneras y dejando de lado el folclore, transfusiones inequívocamente documentadas no existieron hasta el año 1492, en ocasión de la última enfermedad del papa Inocencio VIII[2].

Este papa, que no fue precisamente un ejemplo de castidad -fue padre de ocho hijos- padecía a principios de 1492 una insuficiencia renal crónica que lo mantenía críticamente enfermo, alternando períodos de estupor con momentos de lucidez.

Los médicos de Inocencio VIII habían agotado todas las terapéuticas de la época, basadas, sobre todo, en sangrías, encontrándose el paciente a las puertas de la muerte. En ese momento apareció en Roma un "médico judío" según unos, un "místico" según otros[1,2], que ofreció cambiar la sangre del viejo papa "por sangre de jóvenes plenos de vigor y salud".

Visto lo desesperado de la situación se hicieron los arreglos correspondientes y se obtuvieron dadores "voluntarios", tres niños varones de 10 años, autorizados por sus respectivas familias, mediante el pago de un ducado de oro a cada una.

Los hechos subsiguientes han sido motivo de versiones contradictorias: se dice que la sangre fue extraída a los niños resultando la muerte de los tres y que el precioso líquido le fue inyectado en las venas al papa. Una variante de esa versión dice que el pontífice solamente bebió la sangre de los niños, pero cuando se dio cuenta de lo que le estaban haciendo tomar, ordenó perseguir al "médico judío" para someterlo a juicio[3].

El minucioso estudio efectuado por G. A. Lindeboom[3] asevera que el hecho denunciado fue real. Los niños fueron sangrados, falleciendo los tres, pero como la sangre se coagulaba constantemente, la transfusión de sangre no fue intentada.

Cuando se trató de detener al "médico judío", éste había huído, desapareciendo para siempre.

El papa murió el 25 de abril de 1492.

El descubrimiento occidental[4] de la circulación de la sangre de William Harvey (1578-1657) y su publicación en 1628*, abrieron nuevas posibilidades al antiguo sueño humano de transfundirla y pocos años después, entre 1656 y 1668, se produjo una verdadera revolución terapéutica[5,6]. El médico que siempre había extraído sangre ahora pudo pensar en reponerla.

Precisamente de 1656 datan los experimentos de sir Cristopher Wren (1632-1723), astrónomo, arquitecto y fundador de la Royal Society of Medicine, que proponía por primera vez en la historia de la medicina la administración de medicamentos por vía intravenosa en perros.

Poco tiempo después se efectuó la primera demostración pública de una tranfusión de sangre. Ésta fue realizada por el médico de Londres y Oxford, doctor Richard Lower, siguiendo los principios enunciados por Wren (Figura 1).

Después de intentos infructuosos, por la indeseada coagulación de la sangre, finalmente Lower tuvo éxito, uniendo con cánulas de plata la arteria carótida de un perro con la vena yugular de otro, que, a su vez, había sido sangrado exhaustivamente.

Este procedimiento devolvió la vida al animal[6]. La transfusión de animal a animal, de fecha diciembre de 1666, es la primera en la historia de la medicina. La posibilidad de transfundir sangre de animal a hombre quedó abierta a partir de 1667 a la consideración de los médicos.

Mientras tanto, en la Francia del Rey Sol, se había fundado la Academie des Sciences. En ella dominaba un núcleo de médicos prestigiosos y conservadores. Tratando de acceder a los estratos de poder existía un grupo renovador y polémico.

Un miembro relevante de este sector liberal era el doctor Jéan Baptiste Dénis (+ 1704), doctorado en Montpellier y médico de la corte del rey Luis XIV. Dénis, leyendo una publicación de Lower, comenzó en febrero de 1667, en colaboración con el cirujano Paul Emmeretz, sus propios experimentos en perros.

Eventualmente, el 15 de junio de 1667, Dénis transfundió a un chico de 15 años que tenía un cuadro febril de dos meses de evolución asociado a una extrema debilidad, quizás ocasionada por las 20 sangrías que le habían efectuado por motivos terapéuticos.

El "dador" fue un cordero sangrado por su arteria carótida, por un total de nueve onzas (270 ml.). Visto el resultado feliz de esta primera transfusión humana, Dénis realizó el procedimiento tres veces más en los siguientes meses de 1667. La primera de

* *Ejercicio anatómico sobre el movimiento del corazón y la sangre en los animales.*

estas transfusiones fue realizada a un receptor pago, "un poco loco", que se sintió muy fuerte después del procedimiento. La segunda fue al hijo del embajador sueco en París. Éste fue transfundido dos veces, curando de su afección. La tercera fue a un paciente hemipléjico, desfalleciente, que murió poco tiempo después.

Como era de esperar, las transfusiones despertaron gran expectativa popular y mucho recelo médico. Aparecieron en París panfletos anónimos condenando la práctica, probablemente escritos por los grupos médicos más conservadores. Dénis explicaba que su procedimiento era solamente algo más rápido que esperar que los alimentos luego de un largo proceso se transformaran en sangre y que el método de transfundir era idéntico a como la madre alimentaba al feto a través de la vena umbilical. Señalaba que utilizaba sangre de animales y no humana porque ésta estaba cargada a menudo de pasiones, pecados e impurezas. La sangre animal, por otra parte, tenía las características de los seres dadores, docilidad y paciencia en el cordero, fortaleza y serenidad en la ternera.

En los países europeos la noticia de las transfusiones de sangre produjo una emulación prácticamente instantánea. En Alemania, Mathaus Purman (1648-1721) y Baltasar Kauffmann efectuaron transfusiones de sangre de cordero al hombre, como tratamiento para dos pacientes de escorbuto y a un leproso, sin obtener mayores beneficios[4].

Una curiosa información procede contemporáneamente de Italia, donde M. Griffoni refiere que: "A un viejo perro sordo y paralítico se le inyectó sangre de un animal sano de su misma especie. Luego que le efectuamos la transfusión lo desatamos y se demoró una hora sobre la arena donde estaba, pero luego fue a ver a sus dueños a los cuartos donde estaban. Dos días después salió de la casa y se puso a correr con otros perros, sin arrastrar las patas como lo hacía antes, le volvió el apetito y comenzó a comer con más avidez que antes. Pero, lo que es más sorprendente, es que da señales de volver a oír y responder a la voz de sus dueños. El día 13 de junio ya estaba prácticamente curado de su sordera y parecía, en comparación, más alegre que antes de la operación. Para el día 20 del mismo mes, había recobrado completamente el oído, con el defecto, sin embargo, de que cuando se lo llamaba se daba vuelta, como si quien lo llamase estuviese lejos... pero eso no pasaba siempre, y siempre escuchaba cuando se lo llamaba..."[7].

Griffoni recomendó tomar en consideración esta experiencia con el fin de ser utilizada en humanos sordos y seniles.

Pero estas sugerencias, escritas en los primeros meses de 1668, nunca se llevarían a cabo por importantes acontecimientos médico-legales que tuvieron lugar en ocasión de los eventos que rodearon la quinta transfusión animal-humano practicada por Jéan Baptiste Dénis.

Los señores de Montmort, ricos terratenientes de París, tenían a su servicio a Antoine Mauroy y señora. Mauroy tenía, en 1667, 34 años y desde los 26 padecía de frecuentes desequilibrios mentales; castigaba a su mujer, salía a recorrer París "como un loco", yendo a cafés y burdeles y en ocasiones se desnudaba, corriendo por las calles profiriendo injurias[8].

Los señores de Montmort, pensando que su criado podía ser curado de su "calentura de la sangre" con una transfusión, propusieron a Dénis el procedimiento. Éste se efectuó a fines de 1667. Se le extrajeron a Mauroy diez onzas (300 ml.) de sangre de su brazo derecho y se le inyectaron cinco o seis onzas (150-180 ml.) de sangre de ternera extraída de la arteria rural del animal.

Dos días después se hizo a Mauroy una segunda transfusión, algo más abundante que la primera, esta vez utilizando el brazo izquierdo. Se registra aquí la primera mención escrita de una reacción hemolítica por incompatibilidad entre la sangre del dador y la del receptor: "cuando la sangre comenzó a entrar en sus venas, sintió un fuerte calor en todo el brazo, su pulso se aceleró y pronto empezó una sudoración difusa por toda la cara y gran inquietu y pronto se sintió mal del estómago y tuvo un gran dolor en los riñones. Obligado a acostarse se durmió hasta la mañana, y entonces tuvo una epistaxis y emitió un gran vaso de orina negra como si ésta hubiese estado manchada con humo negro de chimenea[2].

La transfusión pareció hacer maravillas con Mauroy. Éste recobró su buen sentido, dejó de injuriar y de pegar a su esposa e hizo cuatro veces el amor con ella.

En la Nochebuena de 1667, había luna llena y Mauroy no intentó golpear a su mujer -siempre lo hacía en estos días- y se confesó "con extraordinaria lucidez" según testimonio escrito de su sacerdote. Pero cuando pasó la Navidad de 1667, Mauroy volvió a sus desequilibrios, otra vez a los cafés, a los burdeles, injurias y faltas al trabajo. La señora Mauroy rogó a Dénis que le fuese efectuada a su marido una tercera transfusión. Dénis estaba reticente, debido al rápido fracaso de las dos anteriores, pero finalmente accedió. Apenas se había hecho al paciente la apertura venosa, éste tuvo un estremecimiento general, gritó primero que no quería sangre de ternera, luego incoherencias, entró en coma y finalmente murió al día siguiente.

Los sucesos que se produjeron a continuación de esta supuesta primera muerte transfusional merecen un capítulo aparte en la historia de la medicina legal[1].

En síntesis: la viuda Mauroy demandó a Dénis por malpraxis, inducida por tres colegas médicos; Dénis contrademandó a la viuda de Mauroy acusándola de haber envenenado a su marido con arsénico y haberlo querido hacer aparecer como muerte transfusional. (La viuda se había opuesto a la autopsia y otros sirvientes atestiguaron que ella administraba a su marido extrañas pociones diarias con una

cuchara y que no se las había dejado probar a ellos).

El tribunal de Chatêlet, el 17 de abril de 1668, exoneró al doctor Dénis de conducta criminal, pero hizo un severo llamado de atención sobre la peligrosidad de las transfusiones, y ordenó una investigación de los tres médicos que indujeron a la viuda a demandar y de la propia viuda, que debía responder a la acusación de haber envenenado a su marido. No hay registro escrito posterior a esta sentencia del 17 de abril que exprese condenación alguna a la viuda o a los colegas. La medicina legal de la época no permitía hacer diagnósticos de envenenamiento tan posteriores a una muerte como en este caso, así que probablemente el proceso fue archivado.

Pero la transfusión de sangre había sido herida de muerte... Léase la Sentencia del Parlamento de París, del 10 de enero de 1670: "Las terapéuticas extraordinarias son generalmente peligrosas y por una que tiene éxito, todas las otras terminan en la muerte. Por tanto: Prohíbese a todos los médicos y cirujanos efectuar la transfusión de la sangre, bajo pena de castigo corporal".

Poco tiempo después, en Londres, la Royal Society emitió también un decreto condenando la transfusión de la sangre y en 1679 el papa se sumó a la prohibición[4].

En los siguientes 140 años la transfusión sanguínea fue borrada del arsenal terapéutico y la sugerencia de Griffoni de transfundir sangre joven y fuerte a viejos afectados de sordera nunca llegó a efectuarse.

El siglo XIX

Con algunas excepciones, la transfusión de sangre como recurso terapéutico había sido condenada y olvidada por el mundo médico hasta los comienzos del siglo XIX.

Una nueva era comenzó con James Blundell (1790-1878). Nacido en 1790, graduado en Edimburgo y obstetra, Blundell comenzó hacia 1814 a hacer experiencias en perros y otros animales, que exanguinaba y transfundía con variadas técnicas.

Impresionado por las graves hemorragias de la práctica obstétrica, Blundell, poseedor de una gran inteligencia, de una enorme clientela y de la paciencia que debe acompañar al genio, realizó el 22 de diciembre de 1818 la primera transfusión homóloga humana en la historia de la medicina[4].

El caso era desesperado y no sobrevivió. Se trataba de un cáncer gástrico, que recibió unos 400 ml y murió 56 horas después.

En los quince años subsiguientes Blundell, eligiendo sus casos cuidadosamente, transfundió por lo menos a diez pacientes más, de los cuales sobrevivieron cinco. A los efectos de facilitar la técnica transfusional inventó tres aparatos: el *impellor*, que era una vasija de doble camisa (la exterior tenía permanentemente agua tibia para evitar la coagulación); el *gravitator*, donde se

sustituía a la jeringa impulsora por la gravedad (el donante estaba situado un metro más alto que el receptor). Por fin, una jeriga metálica a pistón.

En 1838, Blundell, que enseñaba en el Guy's Hospital se ausentó temporariamente. Al retornar, la comisión directiva del hospital había tomado la decisión de excluirlo del cuerpo docente y había nombrado para el cargo de profesor de obstetricia, ocupado hasta ese momento por Blundell, a uno de sus más acérrimos rivales. Luego de algunas protestas y discusiones, recogidas por los diarios de la época, Blundell se alejó del Guy's y continuó su práctica privada hasta 1847, año en que decidió retirarse.

Vivió treinta años más disfrutando de una de las fortunas más grandes que jamás médico alguno haya acumulado con los honorarios recibidos por su práctica. En dinero de hoy, Blundell dejó, al morir, ¡una herencia de 50 millones de dólares![2]

Con la transfusión homóloga firmemente asentada luego de Blundell, otros investigadores intentaron resolver el problema de la coagulación que rápida e inevitablemente se producía al efectuar el procedimiento.

Jean Louis Prevost (1790-1850) y Jean Baptiste André Dumas (1800-1884) demostraron que la sangre defibrinada era incoagulable y servía a los efectos de resucitar animales sangrados hasta segundos antes del paro cardíaco. También demostraron las posibilidades terapéuticas de las inyecciones endovenosas de agua caliente y de soluciones salinas[4].

Neudorfer, en 1860, recomendó el uso de bicarbonato de sodio como anticoagulante[2].

Otros aconsejaron el uso del fosfato de sodio, y hacia 1890, Nicole Maurice Arthus (1862-1945), utilizó con el mismo fin en un experimento animal, oxalato y citrato de sodio[4]. Pasarían veinticinco años más antes que el citrato fuera aplicado con seguridad en seres humanos.

Vista la dificultad que planteaba la transfusión de sangre en humanos, en Estados Unidos se practicó de 1873 a 1880 bastante extensamente la transfusión de lęche[9]. Ésta podía ser de cabra, de oveja, de vaca o de mujer. La intolerancia y reacciones desfavorables discontinuaron el procedimiento hacia 1882.

Un autor mencionó "la importancia médico legal que tenía la transfusión de leche, dado que podía permitir prolongar la vida de un herido por mano criminal, hasta que éste fuese capaz de reconocer a su victimario"[2].

Cabe resaltar aquí que en 1881, el cirujano Albert Landerer, de Berlín, utilizó por primera vez una solución salina al 0,6%, inyectándola directamente en las venas, como tratamiento de grandes hemorragias. Franz Gesellius, médico y cirujano de la Real Sociedad de Wilna, Polonia, inventó, hacia 1873, un aparato para extraer sangre del donante con fuertes connotaciones medievales. Consistía en una superficie hecha de lancetas, que en el momento apropiado se clavaban en la espalda del donante y que por un mecanismo de

vacío, hacía que la sangre fluyera a una cámara doble. La exterior era mantenida caliente para evitar la coagulación y la sangre era luego inyectada por un pistón en la vena del receptor. Todo el procedimeinto se hacía sin anestesia.

La anestesia local por infiltración no fue conocida hasta 1892, año en que Carl Ludwig Schleich (1849-1922) presentó ante el Congreso Alemán de Cirugía su técnica de infiltración de tejidos capa por capa con soluciones hipotónicas de cocaína[10].

La transfusión de sangre en Uruguay

En Uruguay, de acuerdo con el repertorio realizado por el profesor Fernando Mañé Garzón y la bachiller Sandra Burgues Roca[11], la primera publicación sobre una transfusión de sangre tuvo lugar en el mes de marzo de 1877. Transcribimos el texto del periódico mensual *Boletín médico farmacéutico,* en Montevideo, entre 1874 y 1833:

> Transfusión de la sangre
>
> Esta operación que desde antiguo fue preconizada como medio terapéutico y proscrita por el Parlamento de París en 1668 a causa de las desgracias que ocasionaba la ignorancia de los operadores, ha sido practicada por segunda vez el 15 del corriente por el joven facultativo oriental D. Florentino Ortega.
>
> Hallándose en el Hospital de Caridad de esta capital un militar con un aneurisma en una pierna y habiendo por frecuentes hemorragias perdido mucha sangre, hacía creer dudoso el buen éxito de la operación. Así estando las cosas, se pensó introducir en las exhaustas venas del enfermo un poco de sangre y el susodicho facultativo, usando el aparato Mathieu y acompañado de los doctores [Pedro] Visca y [Diego] Pérez, inyectaba 70 gramos de sangre en las venas del militar, mientras los facultativos [Luis] Fleury, [Enrique] Estrázulas y [Carl] Brendel amputaban la pierna. Poco tiempo después el paciente tomaba café con cognac y hacía esperar a los médicos un feliz resultado"[12].

De la lectura del éxito surge que ésta había sido la segunda transfusión de sangre efectuada en Uruguay. En el material bibliográfico consultado no hemos encontrado referencia a ninguna anterior. Este es el desafío y la emoción de la investigación histórica. Nunca está completa y siempre admite nuevas búsquedas y correcciones.

Florencio Ortega fue un médico uruguayo y graduado en 1875 en la Facultad de Medicina de París y registró su título de médico cirujano en Montevideo el 1° de abril de 1876. Casado con una dama argentina, se ausentó definitivamente a Buenos Aires donde continuó su trabajo profesional, no retornando a Uruguay.

El anatomista y cirujano francés Joseph Auguste Fort (1835-1920), trabajador, inteligente, con destellos de genialidad y definidamente paranoide, protagonizó la segunda experiencia exitosa de trans-fusión de sangre en Montevideo en diciembre de 1884[11,13].

J. A. Fort[13,14], nacido en el sur de Francia, estudió farmacia y luego medicina en medio de grandes dificultades económicas. Fue Interno por concurso de los hospitales de París, y luego profesor libre de anatomía. Sus cursos eran muy frecuentados y populares. Pedro Visca y José Máximo Carafi fueron discípulos suyos.

Hacia 1902, Fort publicó un extenso libro sobre anatomía, con más de 1.000 páginas de texto e ilustrado con más de 2.000 figuras. Extremadamente polémico y algo delirante, Fort se vio perjudicado hacia 1880 por la disposición de las autoridades universitarias francesas de suprimir la enseñanza libre de anatomía.

Probablemente con la idea de darse un respiro a la caótica situación que Fort generaba con sus protestas, las autoridades educacionales francesas comisionaron al polémico colega la misión de estudiar la enseñanza de la anatomía y de la cirugía en Río de Janeiro, Buenos Aires y Montevideo en el correr del año 1880.

Finalmente, Fort realizó tres viajes a América del Sur, donde repitió siempre el mismo esquema: grandes recibimientos, conferencias, cirugías exitosas, seguidas de ataques, denuncias contra colegas, amenazas de muerte (en Río Grande del Sur fueron contratados tres asesinos para ejecutarlo), largas e injuriosas controversias contra médicos en los periódicos y, finalmente, juicios criminales[14].

En la exitosa tesis de 1882 del doctor Atanasio Zavala presentada a la Facultad de Medicina de Montevideo para optar al doctorado en Medicina, el autor no hace ninguna referencia a transfusiones en Uruguay, y se limita a copiar bien diversos y extensos artículos europeos[15].

Dada la importancia de la transfusión efectuada por el doctor Fort, transcribimos a continuación, in extenso, la versión que nos da el propio cirujano transfusionista[14]:

> "En noviembre de 1884, yo practiqué con éxito una operación de transfusión de sangre. No resisto el placer de describir esta observación.
> La Sra. Martínez, de 32 años, mujer delgada, muy pálida, de carácter enérgico, madre de tres niños, el menor de ellos de seis años, fue víctima de una menorragia, de causa imposible de encontrar. La enferma estaba anémica después de un buen tiempo. Tuvo muchas hemorragias, que detuve con los métodos ordinarios, pero nuevas hemorragias con abundantes coágulos se sucedieron en los siguientes días. Desde fines de noviembre y hasta el 17 de diciembre empleé todos los recursos terapéuticos, pero no pude detener las menorragias, que se volvieron tan inquietantes que comencé a pensar en la transfusión de sangre. (La enferma no aceptó el tratamiento de inyecciones de agua caliente).
> Entonces, el marido me dijo que iba a consultar un homeópata. '¡Está bien, mi amigo, haga venir un homeópata si Ud. así lo desea!' Vino el homeópata, dio glóbulos a la enferma, pero la menorragia no se detuvo. La enferma empeoraba todos

los días.El 27 de diciembre el marido, desesperado, me llamó. Encontré a la enferma exánime, en una semisomnoliencia; tenía frecuentes desmayos, escalofríos, 120 pulsaciones y las extremidades frías. Vomitaba todo lo que le daban de comer. Tenía leves delirios. La pérdida de sangre continuaba en forma de un agua rosada. Propuse una transfusión de sangre y pedí una consulta que tuvo lugar el 28 de diciembre. Los doctores Guillermo Léopold, José Romeu, Manuel Espinosa y Juan A. Dufour, médico de la armada francesa apostado en el "Tactique", se unieron a mí, aprobando la idea de realizar la transfusión. Había preparado el transfusor de Roussel, de Ginebra. M. Dufour ofreció, generosamente, su sangre. La operación comenzó con la ayuda de mis colegas y de dos estudiantes de medicina, los bachilleres Costa y Demiqueli. Ni bien el aparato fue fijado al brazo de M. Dufour, descubrí la vena basílica media de la enferma, disequé toda su pared anterior e hice un agujero con las tijeras. La cánula fue introducida y la vena del donante abierta. Presioné el balón de caucho nueve veces, y esto hizo pasar 90 gramos de sangre joven y vigorosa en las venas de mi enferma, que había llegado al último grado de anemia. En cuanto la sangre penetró en sus venas, la Sra. Martínez tuvo un sofoco y gritó: '¡Me ahogo!'. Este acceso fue de corta duración. Luego sobrevino un violento chucho de frío. Enseguida la paciente se durmió. Curé ambos brazos y recomendé extrema quietud a mi enferma.

A partir del momento de la transfusión las menorragias no volvieron, deteniéndose completamente. Se regularizaron las funciones orgánicas y, lo que más llama la atención, fue la recuperación completa de sus facultades intelectuales.

Un mes después de la operación, la enferma estaba completamente curada. Salía, tomaba baños en el mar y vivía completamente su vida ordinaria. Finalmente, ella tuvo un hijo y se comporta perfectamente.

Después de la transfusión ha desarrollado más fuerza física y su tórax demuestra un desarrollo que no existía antes de la intervención. Su inteligencia parece, hoy día, mucho más viva que antes"[16].

Hacia 1865, el doctor J. Roussel, de Ginebra, Suiza, comenzó a hacer aportes a la transfusión de sangre[17]. Dado que el método de Roussel fue el utilizado en la transfusión de sangre realizada en Uruguay por Fort, transcribimos in extenso las consideracionaes que el colega y el aparato por él inventado le merecieron al doctor Geoffrey Keynes:

> El doctor J. Roussel, de Ginebra, se proclamó a sí mismo como "Auteur du Transfuseur adopté par les Académies et Gouvernements de Russie, Autriche, Belgique, etc.""Roussel había usado primero su método, que consistía en una transfusión directa de brazo a brazo, con éxito, en una enferma con

hemorragia puerperal, en 1865, (Figura 2). El aparato fue descrito en la *Gazette des Hôpitaux,* en 1867, y en otros lugares, pero el autor se queja que fue insuficientemente divulgado y no se usó en la guerra francoprusiana, como podía haberlo sido. Subraya Roussel, certeramente, la importancia de usar tan solo sangre humana, y afirma que el método está exento de peligro, tanto para el donante como para el receptor. El fundamento de la técnica comprendía una vasija de vidrio colocada sobre la fosa antecubital del dador, en cuya parte más alta podía operar una lanceta para abrir la vena. El aparato se llenaba antes con agua o bicarbonato de sodio al 1% y se puncionaba la vena. El operador, por medio de una llave de doble paso, expulsaba entonces el agua a través de una cánula e inyectaba la sangre al receptor a través de una segunda cánula inserta en la vena. La fuerza motora la proporcionaba una pera de caucho compresible situada entre los dos brazos. En 1876 se atribuye a Roussel dieciséis transfusiones afortunadas, en un total de treinta y cinco efectuadas por muy diversas afecciones. En 1877 se tradujo al inglés y se publicó en Londres el libro de Roussel, *Transfusion of Human Blood,* con un corto prefacio de sir James Paget. En 1882 comunica sesenta transfusiones efectuadas desde el año 1865 en Suiza, Austria, Rusia, Bélgica, Inglaterra y Francia. El aparato fue adoptado oficialmente en adelante por el Ejército francés"[5].

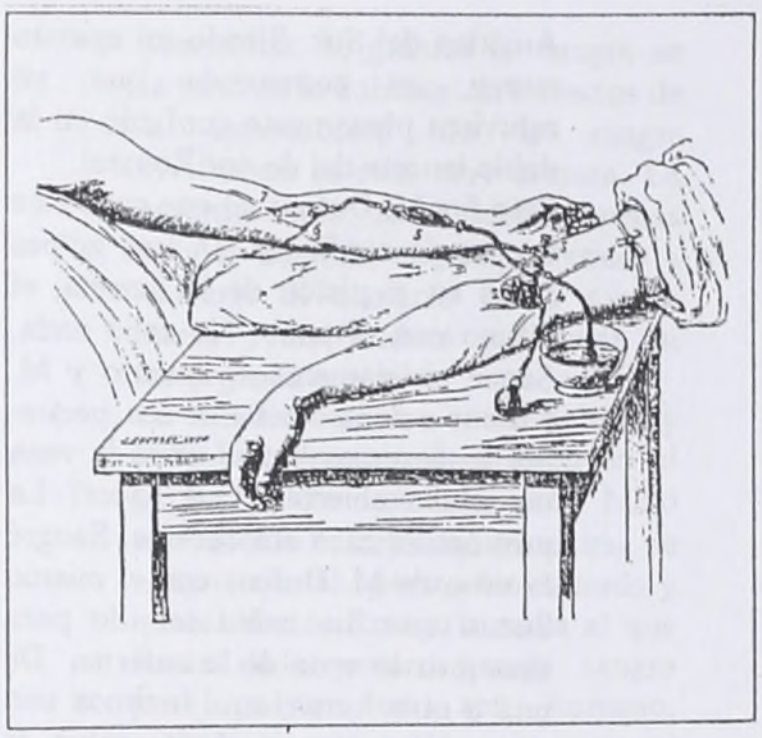


Figura 2. El aparato de Roussel[17]

Se trataba por tanto, de un transfusor directo entre humanos veno-venoso. Era de utilización complicada e imposible de ser manejado por una sola persona. Al respecto escribe Fort:

> El transfusor de Roussel no es tan fácil de manejar como su inventor gusta de decir. Ejecuté perfectamente todas las indicaciones de Roussel, pero no pude inyectar más de 90 gramos, en vez de los 200 gramos que quería inyectar. Luego de presionar nueve veces el balón de caucho, la sangre no pasó más por la cánula: se había coagulado. Comprendía que si seguía insistiendo podía enviar un coágulo a la vena. Mi aparato era nuevo, me había sido vendido por uno de los principales fabricantes de París, que sin duda pensaba que los aparatos imperfectos eran suficiente para la

América del Sur. Siendo mi aparato nuevo, se comprende que yo estuviera plenamente confiado en la doble lanceta del doctor Roussel.
Pero fue M. Dufour el que pagó este exceso de confianza. Di tres golpes secos en el pistón de la lanceta, el último con el puño. No salió nada. Saqué rápidamente el aparato y M. Dufour solamente tenía dos pequeños agujeros en la piel, pero la vena no estaba abierta. ¿Qué hacer? La presión del caso era enorme. Sangré la vena de M. Dufour con el mismo bisturí que me había servido para descubrir la vena de la enferma. De una u otra forma, aquí hicimos una operación que, sin duda, salvó la vida de la Sra. Martínez[14]

Crónica de la prensa montevideana sobre la transfusión efectuada por el doctor J. A. Fort (Figura 3).

"El 8 de Diciembre del año pasado la esposa de D. Félix C. Martínez fue presa de una hemorragia que nada podía contener. Agotados todos los medios que aconseja la ciencia médica alópata y como último recurso se adoptó el tratamiento homeopático, el cual tampoco dio resultado. Los días iban transcurriendo sin que la enferma tuviese mejoría; al contrario, declinaba cada vez más y su familia comprendió que continuando así las cosas no estaba lejano el día en que la muerte se produciría. Fue entonces que el Sr. Martínez recurrió nuevamente al doctor Fort pidiéndole buscara un medio para salvar a su esposa. Este facultativo después de haber reconocido el estado de la paciente, declaró que el único medio existente


LA TRANSFUSION DE LA SANGRE
OPERACION PRACTICADA A LA ESPOSA DEL DIPUTADO D. FELIX MARTINEZ

Figura 3. Se trata del dibujo que apareció a toda página en la edición del 6 de enero de 1885 del diario *El Ferro-Carril*. Los participantes de esta primera transfusión de sangre efectuada en Montevideo, el 28 de diciembre de 1884, fueron el doctor Joseph A. Fort, el cirujano naval francés M. Dufour y la señora del diputado D. Félix Martínez. Las imágenes aparecidas en el dibujo no son las de los actores descritos, ya que la composición fue "trucada" tomando el dibujo original del libro del doctor Roussel sobre transfusión de sangre, adaptándolo al evento uruguayo sin mencionar el original.

que podía restablecerla era 'transfusión de sangre'. Asumir tal responsabilidad era una cosa grave, así es que el doctor Fort pidió una consulta a la que asistieron los doctores Leopold, Espinosa, Romeu y Dufour, médico de la cañonera francesa "Tactique". El doctor Francisco A. Vidal, por un mal entendido, no pudo asistir a dicha junta, la que se verificó el 28 de diciembre a las 8 a.m. El doctor Fort expuso el caso a sus colegas quienes adoptaron por unanimidad la idea de

la transfusión de sangre, debiéndose practicar en el acto la operación.
Todo fue preparado para su realización, debiendo hacerse uso del transfusor del doctor Roussel de Ginebra. El doctor Fort debía practicar la operación y el doctor Dufour dar la sangre. Se explicaba fácilmente la ansiedad que se apoderaría de los presentes, mientras se verificaba aquella operación.
Antes de tocar a la enferma se preparó el brazo. Mientras el doctor Espinosa sostenía el canuto de carey en la vena del brazo de la enferma, el doctor Fort aplicaba un golpe seco sobre la lanceta del transfusor para así encontrar la vena del doctor Dufour. ¡Oh fatalidad!, ni una gota de sangre salió: un segundo golpe más violento que el primero tampoco dio resultado. El tiempo apuraba, cada segundo que transcurría era un peligro para la enferma. Un tercer golpe, más fuerte que los anteriores, no dio tampoco resultados satisfactorios. ¿Qué hacer? La enferma corría un serio peligro, fue entonces que adoptó una resolución que demuestra la sangre fría y fuerza de ánimo del doctor Fort, quien confiando el brazo de la Sra. Martínez al doctor Espinosa, sacó el aparato que tenía el doctor Dufour y armado de un bisturí le hizo entonces a éste una herida. El doctor Romeu colocó con destreza el aparato sobre el brazo del doctor Dufour, llenándose entonces el transfusor de sangre. El peligro que antes corría la paciente había desaparecido por el momento.
El depósito del aparato fue oprimido diez veces y a cada impulso penetraban 10 gramos de sangre en la vena de la doliente. Los efectos de la introducción de la sangre vivificante es cosa muy curiosa. La enferma que antes daba apenas señales de vida, empezó entonces a moverse al contacto de la sangre nueva y vivificadora que corría en los órganos centrales.
La cabeza empezó a sentir dolores y hubo un principio de presión en el pecho. Pero cuando se hubo introducido la cantidad necesaria de sangre, que el aparato fue retirado y que el doctor Romeu atendía al que había dado generosamente sangre para salvar un ser humano, sobrevino un estremecimiento y produjo algunos fenómenos fisiológicos de poca importancia, sintiendo la operada después un gran alivio. En seguida las extremidades del cuerpo empezaron a calentarse nuevamente, el pulso fue más frecuente, los ojos tomaron nuevamente su expresión natural. Hoy se puede considerar a la Sra. de Martínez como fuera de todo peligro. En cuanto al doctor Dufour, que con toda galantería cedió su sangre, estuvo después de la operación dos días molestado a consecuencia del pinchazo que tenía en el brazo, pero hoy ya está restablecido"[18].

Los médicos que acompañaban a los navíos que llegaban a Montevideo en la segunda mitad del siglo XIX eran a menudo contratados sólo por el viaje, y con un salario muy bajo. El propio doctor Fort en su biografía hace una crítica muy severa y mordaz contra sus enemigos naturales en Montevideo, los

"napolitanos"[13], léase Vicente y Serafín Stajano, Antonio Crispo Brandis, Eugenio Stressino Cassanello, etcétera. Estos, huyendo de la miseria de su ciudad, se radicaron en Montevideo, haciendo cualquier clase de trabajo y tratando de casarse con ricas herederas para luego controlar el ambiente médico con su inescrupulosidad y su ineficiencia"[14].

Estas aseveraciones agresivas y delirantes estaban inducidas por el extenso y penoso juicio criminal que se llevó a cabo contra Fort y que sucedió a la muerte por "séptico-piohemia" del rico comerciante montevideano José A. Mantero.

Los médicos de las armadas que visitaban Montevideo, tal como el doctor Dufour, tenían una significación social y profesional muy diferente. Eran requeridos social y profesionalmente por las asociaciones de sus connacionales y por el cuerpo médico para interconsultas.

En las reuniones festivas era un honor contar con médicos de las armadas de guerra como invitados, y algunos de ellos se vincularon sentimentalmente con las señoritas de la sociedad montevideana. En materia profesional eran bienvenidos en interconsultas y como demostradores de los aparatos recién creados en Europa, destinados a mejorar procedimientos de examen o como auxiliares terapéuticos.

Dufour, joven médico de la cañonera francesa "Tactique", concurrió a la interconsulta a propósito de una grave anemia que comprometía la vida de una joven mujer y generosamente se prestó a la transfusión directa veno-venosa con el aparato de Roussel que no tenía por qué causarle ningún daño permanente, pero que derivó en una descubierta y en la ligadura definitiva de su vena braquial. Pero 100 ml. de sangre y una cicatriz lo hicieron famoso... La vigorosa sangre de un médico de la armada francesa había salvado la vida de la joven señora de Félix Martínez, y todo Montevideo glorificó su nombre...

Juan A. Dufour registró en Montevideo su título de médico cirujano el 23 de marzo de 1885, pero luego de permanecer algunos meses en la ciudad que lo había endiosado, emigró a Buenos Aires donde tuvo un largo desempeño profesional, falleciendo en 1927.

El siglo XX

A fines del siglo XIX se habían hecho solamente adelantos parciales en materia de seguridad en las transfusiones de sangre[2]. El más importante había sido el reconocimiento de la necesidad de las transfusiones homólogas y el peligro de realizarlas con sangre animal. La destrucción inmunológica de los eritrocitos por incompatibilidad y alguna forma de preservación de la sangre que impidiera la coagulación casi inmediata que se producía con cualquier método empleado hasta ese momento debieron esperar hasta el advenimiento del siglo XX.

Precisamente a fines del siglo XIX, Karl Landsteiner (1868-1945), brillante investigador de la Escuela

Vienesa de Medicina, publicó en forma de "Nota de pie" en un artículo sobre fermentación bacteriana su descubrimiento de la isoaglutinación sérica[4]. En 1901, Landsteiner dio a conocer las conclusiones primarias de su estudio. Estas se referían a la existenica de tres grupos humanos definidos (seres de la misma especie - *iso*) cuyo suero aglutinaba los glóbulos rojos (aglutinación), según los patrones de tres distintos agrupamientos, que llamó A, B y C[19]. El C es el O actual, A y B son los actuales A y B. La técnica se llamó isoaglutinación. Este descubrimiento se basaba en las investigaciones novecentistas sobre inmunidad efectuadas, entre otros, por Paul Ehrlich, Jules Bordet y Octave Gengou[4], que demostraban la individualidad serológica de la distintas especies. Landsteiner había dado un paso más estableciendo dentro de la misma especie humana tres grupos distintos de sangre.

El cuarto grupo AB, fue descubierto por Adriano S. Furli y Alfred Von De Costelo en 1902[4].

En 1907, Jansky redescubrió el grupo AB y clasificó los grupos sanguíneos en números: 1 era el O, 2 el B, 3 el A y 4 el AB[20].

W. L Moss, de Estados Unidos, en 1910 describió los grupos sanguíneos numerándolos con símbolos romanos: I, II, III y IV. El IV era el actual O, el III era el B, el II el A y el I el AB. Moss creó también la técnica de la hemólisis, que fue una gran conquista por su practicidad.

Estas clasificaciones aún tienen importancia dado que en numerosos países siguieron vigentes por muchos años, a pesar que desde 1927 la comunidad internacional, a propuesta de la Asociación Americana de Inmunología, había aceptado el sistema ABO, actualmente vigente.

Todos estos estudios sobre grupos sanguíneos permanecieron, sin embargo, por muchos años confinados al ambiente de los laboratorios, sin trascender a la clínica. Tan tardíamente como que en 1911, en Estados Unidos, seguían efectuándose transfusiones, pero, en general, en pequeñas cantidades por el problema no resuelto de la coagulación y sin tener en cuenta los grupos sanguíneos.

En Uruguay la primera mención escrita de pruebas de isoaglutinación cruzada es de fines de 1916[21].

La transfusión directa

Los problemas que ocasionaba la coagulación de la sangre al ser extraída del organismo dirigieron la tención principalmente a los métodos transfusionales directos de vena a vena y de arteria a vena[5]. Vistas las dificultades insalvables del procedimiento vena a vena, se comenzaron a realizar anastomosis término terminales, de arteria del donante, generalmente la radial, a vena del receptor, usualmente la mediana basílica o mediana cefálica a nivel del pliegue del codo, en lo posible.

El escaso calibre de la arteria radial, la rapidez con que la sangre se coagulaba y la gran destreza requerida para efectuar una intervención de esa índole, hicieron que la transfusión directa fuese escasamente realizada en los primeros años del siglo XX.

George Washington Crile (1864-1942), cirujano estadounidense, surgió en ese período de la historia como una esperanza para solucionar estos problemas quirúrgico-transfusionales. Crile había nacido en el estado de Ohio y se había graduado en 1887 en la Facultad de Medicina de Cleveland. Hizo tres viajes de perfeccionamiento a Europa: en 1893 a Viena, 1895 a Londres y 1897 a París. Estos estudios complementaron su ya sólida formación quirúrgica. Fue profesor de clínica quirúrgica de la Western Reserve University, y se destacó sobre todo en temas de investigación sobre shock quirúrgico, anemia y resucitación, disección en bloque de ganglios linfáticos, hemorragia y transfusión[23]. Escritor incansable, ambicioso y trabajador, publicó decenas de artículos y veinticuatro libros[23]. Después de innumerables experiencias en animales de laboratorio, Crile puso a punto su técnica transfusional directa en 1907, modificando el procedimiento de Alexis Carrel [1873-1949], ulterior premio de Fisiología (1912)[4].

En síntesis Crile aconsejaba: a) disecar la vena de pliegue del codo del receptor y ligarla proximalmente; b) introducir el extremo de la vena disecada en un tubo de plata y luego darla vuelta en el extremo distal de ésta como una manga de camisa, por encima del tubo. Fijarla luego con puntos; c) disecar la arteria radial del donante y cliparla en su sector proximal; d) introducir el puntero "vena-tubo" dentro de la luz de la arteria y fijar ésta con puntos para asegurar la anastomosis; e) desclipar y rezar... Si la vena latía el procedimiento había sido exitoso.

Muchas transfusiones se intentaron hacer en Estados Unidos con este procedimiento. Algunas de ellas fueron felices, aunque la cantidad de sangre que lograba "pasar" era, en general, poco importantes.

En Uruguay se publicaron en 1914 dos artículos dando información sobre este procedimiento y sus indicaciones, realizados por el secretario de la Sociedad de Medicina de Montevideo, el doctor Pedro Ernesto Duprat[24,25]. La única técnica de Crile efectuada en Uruguay fue, sin embargo, anterior a esta publicación y la realizó el doctor Horacio Félix Platero[21]. Este autor nos refiere una transfusión directa efectuada en 1912 o 1913 por los doctores Manuel Albo y José Iraola.

> "Recuerdo la primera transfusión de esta índole, practicada en Montevideo hace cinco años, por los reputados cirujanos doctores Albo e Iraola. Después de una larga preparación de ambos enfermos, que eran hermanos, pudo llevarse a cabo la anastomosis arteriovenosa a costa de un sinnúmero de maniobras moles-tas, pero al fin eficaces, y cuando el éxito parecía sonreír a los ejecutores de la intervención y habiendo pasado según se supone

alrededor de 100 ml. de sangre, un coágulo se posesionó a la luz de la cánula e impidió en absoluto el pasaje de nuevas cantidades de sangre".

La prensa de la época, impresionada por el novel procedimiento transfusional publicó noticias sobre el evento. Transcribimos textualmente la segunda de ellas, cuya copia (sin las referencias) se conserva en el Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Montevideo.

"Narramos días pasados el caso de transfusión de sangre realizado por los doctores Iraola y Albo. El señor Miguel A. Caggiani, domiciliado en Santa Lucía, se prestó espontáneamente para ofrecer su sangre a su hermano Nicolás, herido de arma blanca en un pulmón, y cuyo estado era desesperante. El éxito ha coronado completamente la operación. Nicolás Caggiani ha recuperado fuerzas y ha surgido de nuevo a la vida gracias a su hermano Miguel que, la mano izquierda vendada y el espíritu pletórico de satisfacción, abandonó anoche esta ciudad para reanudar en el lugar de su residencia la labor interrumpida"[26].

Historia de una omisión

Desde 1891 se conocía que el oxalatado de la sangre volvía a ésta incoagulable, pero su uso había sido desaconsejado por motivos de toxicidad. Las experiencias de A. Wright de 1907 con el citratado tuvieron como resultado final la misma consideración: "En las cantidades necesarias resulta un agregado muy tóxico"[5]

Un investigador belga, Albert Hustin, publicó en Bruselas[27] en abril de 1914 un *"nouvelle méthode de transfussion"*, en el que aconsejaba mezclar la sangre extraída recientemente con una solución de citrato de soda de 10 gramos por cada 100 cm^3, en partes iguales con una solución salina de glucosa. Se inyectaba como un suero.

La difusión de este método fue muy escasa, primero porque Hustin era sobre todo investigador de laboratorio, poco relacionado con servicios clínicos y, segundo, por el hecho de que la dilución con el suero glucosado salino disminuía mucho la concentración de glóbulos rojos, haciendo esta primera transfusión de sangre citratada muy poco eficaz.

El 9 de noviembre de 1914, el médico argentino Luis Agoste (1868-1954) practicó la primera transfusión con sangre citratada en América. Cinco días después convocó a todo el personal de su Instituto Modelo de Clínica Médica (más de 50 asistentes), a los profesores de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y a numerosos médicos y cirujanos, y transfundió con total éxito a una paciente anémica grave. Trescientos centímetros cúbicos de sangre del donante, el señor Maclica, fueron mezclados con tres gramos de

citrato sódico al 25% y transfundidos a la enferma, que había tenido serias hemorragias causadas por una placenta previa[30,31].



Figura 4. En noviembre de 1914, Agote realizó la primera demostración pública de transfusión segura y eficaz de sangre citrtada. Publicó su descubrimiento en periódicos: *La Prensa* de Buenos Aires y el *New York Herald* de Nueva York, y envió telegramas informando a médicos y autoridades de todos los países involucrados en la Primera Guerra Mundial. Richard Yewisohn de Nueva York, en actitud ética discutible, desconoció la prioridad de Agote en publicación efectuada en el *New York Medical Record* en enero de 1915.

El doctor Luis Agote nació en Buenos Aires el 22 de setiembre de 1868 y se graduó como médico en el año 1893 en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Fue primero docente en anatomía descriptiva, luego investigador de nota, político y, por último, profesor director del Instituto Modelo de Clínica Médica del Hospital Rawson de Buenos Aires (Figura 4). Este instituto había sido creado por iniciativa parlamentaria del propio Agote, cuando éste había sido legislador en 1911. A partir de 1915, Agote fue nombrado profesor director de ese Instituto y profesor de Clínica Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, cargo que desempeñó hasta 1929, año en que se acogió al retiro[28,29].

Durante el año 1914, Agote, en colaboración con el médico laboratorista I. L. Imaz Appathie, había realizado innumerables experimentos en animales, tratando de encontrar un método seguro y eficaz de hacer incoagulable la sangre destinada a ser transfundida. Finalmente, el 9 de noviembre de 1914, hicieron la primera y exitosa prueba humana. El donante fue Ramón Mosquera, portero del Instituto. La segunda y pública demostración de la nueva técnica fue efectuada el 14 de noviembre, según hemos referido.

Agote, a pesar de su impecable curriculum académico, no hizo mención a la publicación de Albert Hustin de abril de 1914, y tampoco destinó su descubrimiento a ser impreso en cualesquiera de las revistas médicas de su país o del extranjero a las que tenía acceso. ¿Por

qué? En referencia a Alfred Hustin, simplemente no lo conocía, incluso meses después se preguntaba visiblemente molesto, "¿Quién es este doctor Hustin, que es conocido por nadie?"[30]

La verdad es que la descripción de Hustin fue la primera transfusión de sangre citratada, aunque su método diluía tanto los eritrocitos que hacía a la técnica poco eficaz.

Pero... ¿por qué no publicar en alguna revista de su país o de la región? Probablemente se debió primero al hecho de que Luis Agote había ya sido nombrado en 1914 profesor de clínica médica y debía asumir en pocos días después de estas primeras transfusiones. La otra circunstancia que debió haber influido fue la próxima aparición de los *Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica*. Estos se enorgullecerían de comenzar su vida editorial con una primicia médica mundial firmada por el nuevo profesor.

Sea como fuere, Agote no publicó sus describimientos en revistas médicas reconocidas, pero consciente de la importancia de su hallazgo, envió detalles de su trabajo al diario bonaerense *La Prensa* y, a través de éste, al *New York Herald*, que publicó un extracto el 15 de noviembre de 1914. Para dar más difusión a su hallazgo, Agote envió resúmenes de su trabajo a la Legación Imperial de Alemania, a la Legación Imperial y Real de Austria-Hungría, al Consulado General del Imperio Otomano, a la Legación Británica en Buenos Aires, a la Legación de la República Francesa, a la Legación Imperial de Rusia y a la Legación de Bélgica. Todas acusaron nota de haber recibido la comunicación, exceptuando los belgas, que solicitaron nueva copia por haber extraviado el primer telegrama.

Todo este procedimiento diplomático está exhaustivamente documentado en artículo bilingüe publicado por Luis Agote en setiembre de 1915. Dada la importancia de esta comunicación, transcribimos íntegramente el procedimiento de Agote:

> "1) Garantizarse de la salud del donante (reacción de Wassermann), etcétera; 2) extraer aproximadamente 300 cm^3 de sangre del donante por medio de una cánula de platino de un milímetro de diámetro interno de la vena del pliegue del codo; 3) mezclar la sangre recogida, por cada cien gramos de sangre un gramo de la solución de citrato neutro de soda al 25%. Conviene colocar previamente en el recipiente, cualquiera sea la cantidad de sangre, tres gramos de la solución indicada, para que la mezcla sea inmediata. Agitar suavemente y calentar con agua caliente el recipiente. Éste puede ser un aparato común de dermoclisis; 4) inyectar la mezcla en el brazo del paciente siguiendo la técnica común de las inyecciones por vía endovenosa.
>
> La extracción de trescientos gramos de sangre en un individuo medianamente robusto es fácilmente tolerable. Para evitar todo posible temor de síncope o de desfallecimiento, puede hacerse previamente una enteroclisis de

suero -trescientos gramos- o inyectar después de la extracción de sangre y bajo la piel igual cantidad de solución salina en la vena del donante. La absorción del suero por el recto es casi simultánea con la sangría, de modo que aquél conservará en todo momento su equilibrio circulatorio"[30,31].

Richard Lewisohn, cirujano del Mount Sinai Hospital de Nueva York, publicó a fines de 1915, bajo el título de *"un nuevo y simple método de transfusión de sangre"*, un procedimiento muy similar al aconsejado por Agote, citando brevemente a Alfred Hustin como el primero en haber usado el citratado[32].

En nueva publicación que apareció en el *Medizinische Wochenschrift,* de mayo de 1915, Lewisohn se atribuyó el método, omitiendo toda otra mención de prioridades.

Lewishon fue investigador serio, inteligente, respetado por sus colegas, con alto grado académico. Había estudiado durante varios años el problema de hacer incoagulable la sangre transfusional, proponiendo , a tales efectos la sustancia obtenida de las sanguijuelas, la hirudina.

A más de 85 años de los hechos, y sin llegar al concepto de "despojo" que los médicos argentinos atribuyen a la actitud de Lewisohn, pensamos que éste menospreció el origen y el autor del fundamental descubrimiento del citratado de la sangre. Luego de leer el resumen que Agote había enviado al diario *New York Herald* y que fue publicado el 15 de noviembre de 1915,

Lewisohn revisó la literatura y encontró en una poco difundida revista belga el trabajo pionero de Hustin.

Lewisohn, con todo un gran equipo hospitalario a su disposición, realizó las experiencias y transfusiones necesarias publicando los resultados como propios dos meses después, en enero de 1915. Luis Agote, casi cuatro años más tarde de publicar su procedimiento transfusional de sangre citratada, continuaba reclamando amargamente la prioridad de su descubrimiento[31].

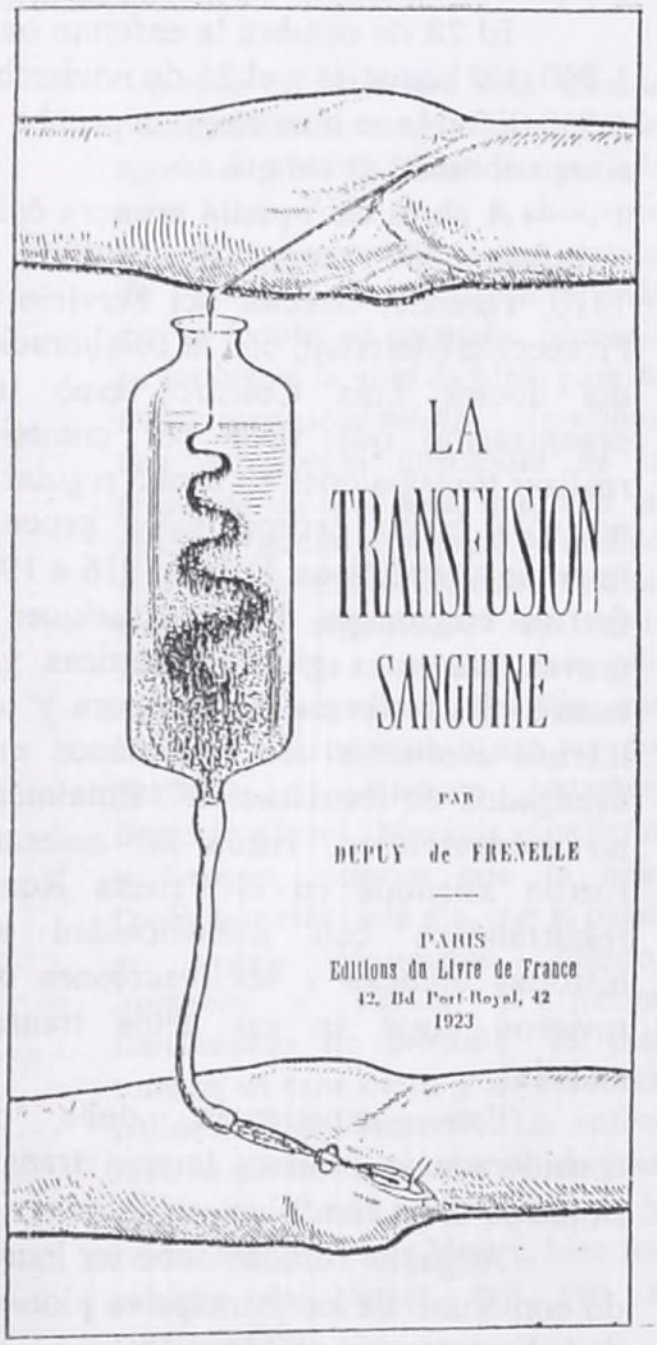
En mi opinión, el citratado de la sagre debería llamarse método de Hustin-Agote.

El patólogo Richard Weil comunicó poco después de la publicación de Lewisohn, que la sangre citratada podía ser guardada por varios días en el refrigerador sin perder sus propiedades[33]. Este método se usó tardíamente en Uruguay.

. A pesar de todos estos avances indiscutibles en la técnica, muy pocas transfusiones se hicieron durante el transcurso de la primera guerra mundial.

Más allá de los problemas técnicos se plantearon disyuntivas, tales como: ¿puede un soldado raso recibir sangre de un oficial? En general, en las pocas transfusiones efectuadas durante el transcurso de la gran guerra, los donantes voluntarios fueron aquellos

soldados que simulaban enfermedades para permanecer en el frente.



(Nota de los Editores): Hemos decidido agregar a la iconografía de este trabajo la portada (reducida) de Dupuy de FRENELLE, *La transfusión sanguine* (París, 1923, 114 pp.) dado que la misma alude perfectamente a los problemas técnicos que enfrentaba la técnica transfusional.

La primera mención escrita del uso de sangre tratada con citrato en Uruguay correspondió a un caso del año 1917 del profesor Augusto Turenne[34] (Figura 5). Augusto Turenne (1870-1948) nació en Montevideo. Se graduó de médico en 1894, haciendo luego estudios de posgrado en Europa hacia 1896[35].



Figura 5. Dr. Augusto Turenne al tiempo de graduarse. Ulteriormente fue profesor de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Montevideo. Fundador y primer presidente del Sindicato Médico del Uruguay, historiador de la medicina y decano.
Realizó en 1916 la primera transfusión de sangre citratada por el método de Agote. Organizó la hemoterapia en su Servicio de Protección Maternal, efectuando por primera vez en el país pruebas de isoaglutinación cruzada. Transfundió 18 pacientes obstétricas y cuatro niños entre 1916 y 1918.

Fue fotógrafo académico, hizo radiodiagnóstico, fue ginecotocólogo y profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo en esas disciplinas. También fue fundador y primer presidente del Sindicato Médico del Uruguay, decano, historiador de la medicina nacional y médico muy preocupado por los aspectos sociales de su profesión.

Este polifacético personaje de nuestra medicina nos relata que en su Servicio de Protección Maternal se presentó en agosto de 1916 una enferma portadora de piosalpin, que se complicó con una pelviperitonitis y luego desarrolló una sepsis. Después de varias intervenciones quirúrgicas y el fracaso de las terapias habituales de la época, la enferma llegó el 25 de octubre de 1916 a un conteo globular de sólo 517.000 eritrocitos. Estando al borde de la muerte, Turenne decidió hacer una transfusión de sangre con el "nuevo método propuesto por el doctor Agote"[34]. Turenne conocía la técnica ya que su asistente, la doctora María Armand Ugon (graduada en diciembre de 1909), había estado presente en Buenos Aires en ocasión de la segunda transfusión efectuada en el Instituto Modelo.

El procedimiento consistió en descubrir la vena de la donante, la nurse Ramírez, y la vena media cefálica de la enferma. Se sangró la donante en un frasco que contenía citrato neutro de soda al 25% y se bombearon con pera de Richardson 220 cm^3 de sangre a la vena receptora en 20 minutos. (Hay fotografía de los elementos utilizados en esta transfusión en el artículo referido).

El 28 de octubre la enferma tenía 1.840.000 hematíes y el 25 de noviembre 4.560.000. No se hizo ninguna prueba de compatibilidad de sangre.

A partir de aquella primera épica transfusión de sangre de octubre de 1916, Turenne, director del Servicio de Protección Maternal, con la colaboración del doctor Luis Colistro, creó una organización que tuvo por cometido realizar transfusiones en forma regular, y no sólo como excepcionales procedimientos terapéuticos. Desde 1916 a 1918 fueron efectuadas 18 transfusiones a graves pacientes ginecoobstétricas y a cuatro niños afectos de "púrpura y una intensa azohemia con fenómenos muy avanzados de intoxicación". Finalmente no sobrevivieron. Estos 22 enfermos fueron asistidos en el Pereira Rossel registrándose con minuciosidad sus historias clínicas y las reacciones que tuvieron lugar en los actos transfusionales.

Esta experiencia debe ser considerada la primera terapia transfusional de nivel científico en Uruguay.

Augusto Turenne debe ser laureado como uno de los principales pioneros de la hemoterapia en Uruguay.

Un procedimiento transfusional en el que tampoco fueron efectuadas pruebas de isoaglutinación tuvo lugar en la ciudad de Melo en 1919, en lo que quizás sea la primera transfusión de sangre en la historia de la medicina del interior del país realizada por el doctor Mauricio Langón. Incluimos en este

trabajo un extenso resumen de dicho artículo:

> "Anemia grave de una niña. Curada por transfusión sanguínea. ...El 6 de agosto de 1919 fui llamado a ver a la niña María Aída B de 9 años, por una infección intestinal que databa de 14 días. Como la paciente vivía con su familia en campaña, aconsejé su traslado a la villa de Melo para su mejor asistencia médica... (continúa una descripción minuciosa de la patología de esta niña, que hizo un absceso retrofaríngeo, que se evacuó espontáneamente al introducírsele un bajalengua, seguida por una septicemia que se complicó con una nefritis y luego una hepatitis, que llevaron a la paciente a una anemia grave). Los médicos tratantes, doctores Gayol, Murguía, Gutiérrez y Langón, notaron que la niña "palidecía más cada día, que el pulso se volvía depresible, blando, inestable y rápido al menor movimiento de la niña; su piel tomaba un tinte céreo y las mucosas palidecían rápidamente. La enfermita se quejaba de sensación de gran agotamiento. El farmacéutico y bacteriólogo, doctor Mestre, hizo los análisis de sangre que van a continuación:
>
> Agosto 24: glóbulos rojos : 2.300.000
> (1919) glóbulos blancos: 9.250
>
> Agosto 27: glóbulos rojos : 2.180.000
> glóbulos blancos: 11.100
>
> Agosto 30: glóbulos rojos : 1.252.500
> glóbulos blancos: 35.600
>
> Agosto 31: glóbulos rojos : 1.081.000
> glóbulos blancos: 44.100
>
> Se notan numerosos glóbulos rojos deformados. Poikilocitosis. Microcitos y macrocitos nucleados con 1 a 3 núcleos (...) El 30 de agosto el estado de la paciente era alarmante. Temperatura 37 y 3/5, pulso 145, respiraciones 60; ansiedad, malestar, y la niña tuvo un síncope al quererla sentar en la cama (...) El día 31, a las 15 horas, temperatura 37°; el pulso era imposible contarlo en la radial; sístoles cardíacas auscultadas 157, respiración 62. Astenia pronunciadísima. Ha tenido dos síncopes. Palidez extrema de las mucosas. Estado desesperante. El análisis de sangre dába 1.081.000 glóbulos rojos.
>
> Todo el tratamiento clásico, empleado con constancia y minuciosidad desde hacía varios días, había fracasado, lamentablemente. Las inyecciones de aceite alcanforado, de suero glucosado, de adrenalina, de extracto de bazo, hemoglobinas, sales de hierro inyectables, etc., etc., no habían podido siquiera contener la rápida progresión de la anemia. La niña se moría de anemia. Fue entonces que en "descapoir de cause", propuse, como recurso extremo, hacer una transfusión de sangre, más que con el propósito de aumentar su cantidad de sangre, con el fin de llevar a ese organismo agotado los principios capaces de excitar los órganos hematopoiéticos dormidos. Se trajo lo necesario. Pero como no se encontrara en ese momento un dador, pues los de la familia de la enfermita que hubieran podido dar sangre estaban o enfermos de grippe

o convalescientes de esta enfermedad, pedí a mi colega el doctor José V. Vila Gayol que me extrajera a mí la cantidad de sangre a inyectar.
Se siguió la técnica siguiente: con una jeringa Lüer de 100 ml., esterilizada, se puso la solución de citrato de soda al 5% y de la vena del codo, el doctor Gayol me extrajo 50 ml. de sangre. Se agitó y se inyectó en una vena del codo de la niña enferma.
Después la enfermita fue mejorando rápidamente y tanto el doctor Gayol como yo no nos apartamos de la enfermita, pudimos verla, diremos así, revivir progresivamente. A la hora 17 del mismo día los cuatro médicos que la vimos en la junta notamos mejoría. A las 21 horas la temperatura era de 37° 1/5 y el pulso había bajado a 128; era maravilloso. La niña no tuvo más síncopes.
Al día siguiente, queriendo asegurar más el éxito, resolvimos hacer una segunda transfusión, a pesar de que era posible que con la primera hubiera bastado para curar a la paciente. El dador de sangre para la segunda transfusión fue el cura párroco de la villa de Melo, el padre Guillarde. La cantidad de sangre inyectada esta vez fue de 70 ml. El pulso bajó a 120, la temperatura a 37°C. La mejoría se acentuó más y más cada día.
Los análisis de sangre que se hicieron después de la transfusión dieron los siguientes resultados:

Setiembre 3: glóbulos rojos : 2.150.000
(1919) glóbulos blancos: 11.500
(hematocito) : 30%

Setiembre 9: glóbulos rojos : 2.800.000
glóbulos blancos: 5.470
(hematocrito) : 34%

El día 10 de setiembre la temperatura era 36° 3/5 y el pulso en 108. El día 20 la niña se levantó y, sosteniéndola, empezó a caminar. El 18 de octubre salía a dar un paseo de a pie. Estaba completamente restablecida.
No dudo que esta enfermita ha sido curada de su anemia grave por la transfusión de sangre (120 gramos en total) y, como considero interesante el caso, me resuelvo a darle publicidad"[36].

A partir de 1917, las pruebas de compatibilidad sanguínea comenzaron a hacerse ocasionalemente en Montevideo. Según Félix Platero, que realizó la primera publicación sobre el tema:

"Se echan dos gotas de sangre del donante y del receptor (en tubos separados) en 5 cc de una solución de citrato neutro de soda 1,25% y 0.85% de cloruro de sodio para obtener una suspensión del glóbulo. Se lava un cubreobjeto con alcohol a 95° y una vez seco se toma con una pipeta capilar (una para cada suspensión de glóbulos y otra para el suero de cada sangre, obtenidos por centrifugación de una pequeña cantidad) una gota de suero del donante y una de suspensión de glóbulos del receptor, y se mezcla con una varilla de vidrio. Se coloca sobre un portaobjeto excavado, obturando los bordes con una gota de aceite. Es de la mayor

importancia que la gota se extienda uniformemente, de manera que los glóbulos no se amontonen. Se repite la operación con suero del recipiente y glóbulos del donante. Ambas preparaciones se colocan en la estufa a 37° durante una hora y se observa cada 20 o 30 minutos. En general, la aglutinación y la hemólisis se producen en la primera media hora, pero como se han observado algunas reacciones tardías, conviene esperar una hora o más para tener la certeza de la compatibilidad intersanguínea"[21].

En algunos casos, esta prueba de análisis se extendía hasta cuatro horas antes de poder leerse un resultado confiable.

Período pionero de la hemoterapia en Uruguay. Conclusiones.

En Uruguay, entre 1877 y 1919, fueron publicadas 24 transfusiones de sangre. En suma en estos 42 años: 1°) fue afirmado el concepto de transfusión homóloga de humano a humano. 2°) Resultó decisivo el citratado de la sangre que se demostró inocuo en las cantidades empleadas. 3°) Comenzó a valorarse el concepto del estudio de la compatibilidad sanguínea, aunque las primeras pruebas de isoaglutinación recién fueron publicadas en Uruguay en 1918. 4°) Fue simplificada la maniobra de extracción y de transfusión de sangre al ser utilizada la técnica original de Agote, de punción venosa con aguja y jeringa.

Hacia el año 1918, como veremos luego, los bachilleres José Parietti (graduado en 1921) y Julio César Estol[38] crearon un aparato transfusor laminado (Figura 6)[37]. Este último hizo también

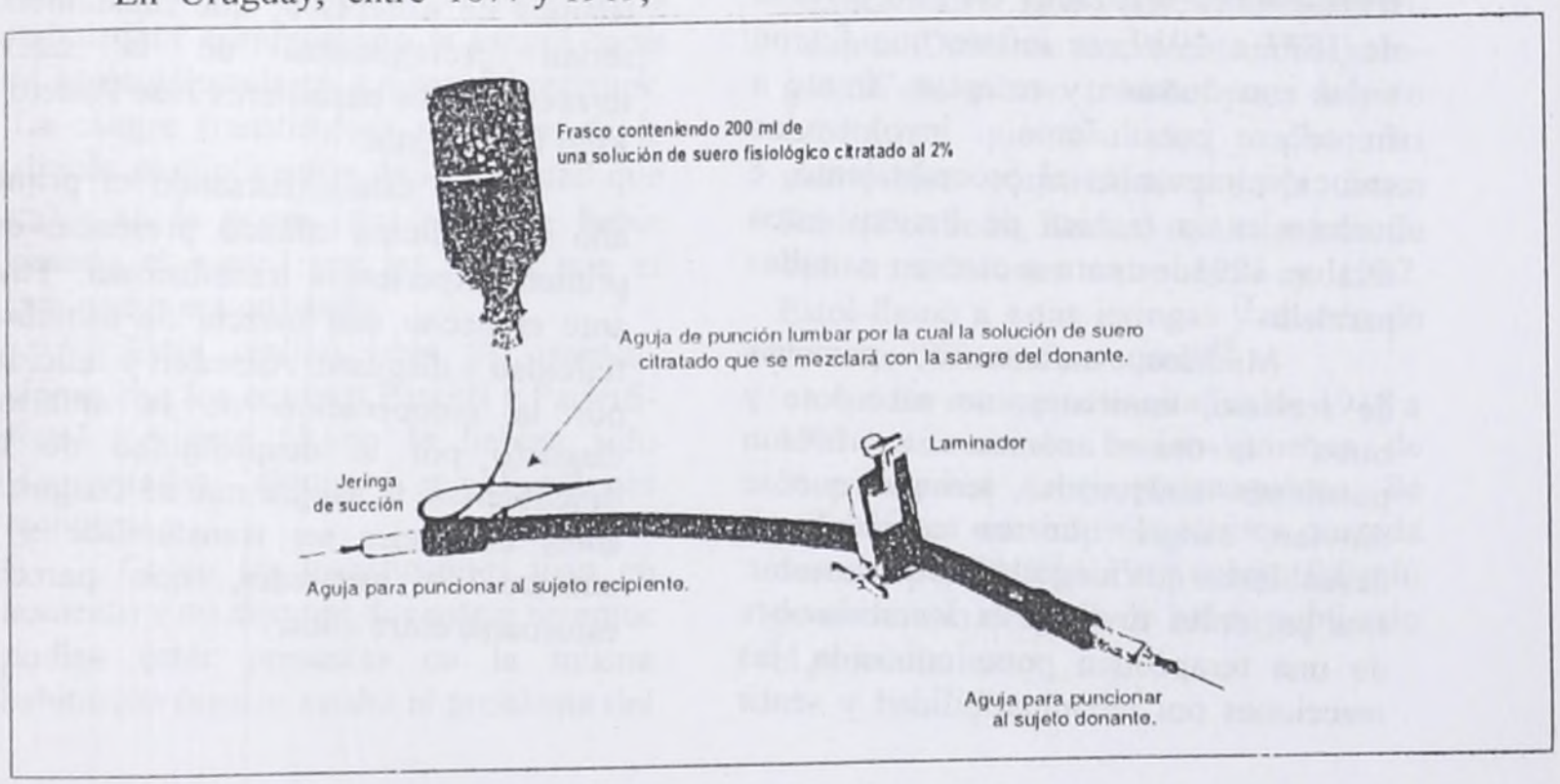


Figura 6. Aparato de transfusión del Dr. J. D. Parietti (abril 1919).

fabricar jeringas especiales de 200 y 250 cm^3 de pico excéntrico para facilitar la extracción e inyección de la sangre citratada, procedimiento en el que también colaboró el doctor Horacio Félix Platero[21] y que alcanzó luego extensa difusión en Uruguay (Figura 7)[38].

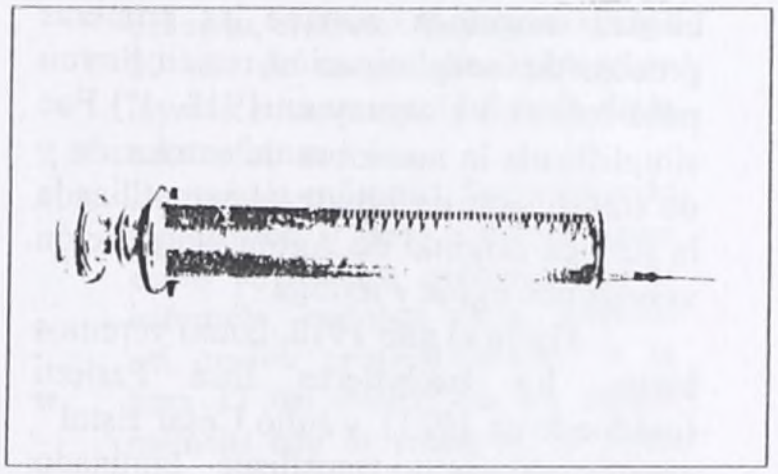


Figura 7. Método de Estol 1923, jeringa de 200 a 250 ml de pico excéntrico.

Del estudio de todas las transfusiones realizadas en este período de 1877 a 1919, se infiere que fueron todas con donante y receptor "frente a frente", por tanto involucrados emocionalmente en el procedimiento, e incluso en la técnica de Parietti estos estaban situados cara a cara en camillas paralelas[37].

Médicos, enfermeros, personas de servicio, familiares, un sacerdote y otros héroes anónimos sufrieron punciones inadecuadas, jeringas que se movían, sangre que se coagulaba y descubiertas que luego había que suturar. Los pacientes tuvieron la incertidumbre de una terapéutica poco conocida, las reacciones por incompatibilidad y sentir el temor de recibir en esa sangre salvadora los aspectos más negativos de la personalidad del donante.

Es probable que las defunciones por actos hemoterapéuticos no hayan merecido ser publicadas en Uruguay, pero la estadística de todo lo consultado muestra cero mortalidad en estos 42 años.

Se trató de un período ineludible de nuestra historia médica, emocionante combinación de dudas, imprecisiones, desaciertos y accidentes con rasgos de valor, actos de coraje, decisión y sabiduría.

Hemoterapia científica y académica en Uruguay.

En aquella primera transfusión de sangre citratada de octubre de 1916, realizada en el Servicio de Protección Maternal del doctor Turenne, hubo dos testigos de excepción, que rápidamente serían protagonistas de la nueva terapéutica, los bachilleres José Parietti y Julio César Estol.

Estol estaba cursando el primer año de medicina cuando presenció esa primera experiencia transfusional. Tuvo ante el hecho una mezcla de asombro, felicidad y disgusto. Asombro y felicidad por la recuperación de la enferma; disgusto por la desprolijidad de las descubiertas, la sangre que se coagulaba antes de poder ser transfundida y el número de asistentes, que parecían estorbarse entre ellos.

Estol (graduado en marzo de 1924) decidió dedicarse a la hemoterapia e igualmente ocurrió con Parietti (graduado en marzo de 1921), que era algo mayor. Ambos, en 1917, comenzaron a efectuar transfusiones en la casa de maternidad. Cuando diez años después, en 1927, Turenne prologa el libro de Estol, *La transfusión de la sangre*, recuerda esas épocas heroicas y define esa publicación como "un libro de buena fe"[38].

Hacia 1919, Parietti inventó un transfusor directo. Colaboró con él su amigo Estol. Tiempo después este aparato fue conocido como Parietti-Estol. Consistía en una aguja de punción venosa a la que seguía una tubuladura que estaba conectada a un frasco con suero adicionado de citrato de sodio. Una vez que entraba la sangre del donante al sistema, ésta era impulsada por un laminador. Este era un dispositivo que podía ser ajustado presionando la tubuladura e impulsando la sangre hacia la aguja colocada en la vena del receptor. La sangre transfundida resultaba de la simple multiplicación de la cantidad que cabía en la goma (una vez que había pasado el suero) por las veces que el laminador era utilizado.

Estol realizó unas 80 transfusiones con los equipos Parietti y Parietti-Estol. (A este último le habían sido incorporadas algunas modificaciones menores).

Como las transfusiones iban en aumento y no siempre donante y receptor podían estar presentes en la misma habitación (aparte estaba el problema del "cara a cara"), Estol retomó el camino mostrado por Agote y por Platero y le hizo algunos cambios interesantes y prácticos a la extracción y posterior inyección de la sangre citratada[21]. Mandó fabricar en Europa, por parte de la casa Stapff, jeringas de 200 y 250 ml, que eran suficientes para la mayoría de las transfusiones. Aspiraba primero en ellas la solución de citrato de sodio adecuada (cada vez utilizaba menos cantidad) y luego, con agujas de platino (que él mismo siempre afilaba después de haberlas utilizado una sola vez), obtenía la sangre que iba a ser transfundida. Como decíamos, en promedio de 200 a 250 ml. En referencia al receptor, éste ya había sido puncionado con una aguja de platino, y el acto transfusional proseguía entonces con la inyección de la sangre citratada.

Pero las jeringas vinieron de Europa con el pico central y se hizo técnicamente muy difícil el procedimiento. Debieron ser construídas jeringas de ese mismo tamaño, pero de pico excéntrico, que resultaron mucho más manejables construídas por la firma Pablo Ferrando. Realizó con ellas más de 400 transfusiones entre 1923 y 1927. Estol llamó a estas jeringas y el método descrito "Técnica personal"[38].

En estos primeros años de 1917 a 1921 casi no se hacían pruebas de determinación de grupo sanguíneo. Se utilizaba en ocasiones la técnica cruzada descrita por Platero. Este colega falleció poco tiempo después de haber publicado el procedimiento.

A partir de 1922, Estol comenzó a hacer pruebas para determinar el grupo sanguíneo utilizando la nomenclatura y técnica de Moss. De todas maneras, en ocasión de publicar su libro a mediados de 1927, todavía sugería, para evitar accidentes transfusionales, atenerse a este esquema: 1°) hacer prueba de grupo sanguíneo; 2°) si no fuese posible o se requiriese rapidez, o si hubiese dudas, realizar pruebas cruzadas; 3°) si hubiera urgencia, hacer la prueba biológica. Ésta consistía en no hacer tests previos, transfundir muy lentamente, estar siempre vigilando el estado del paciente y suspender ante cualquier inconveniente. Las cantidades a transfundir variaban de 30 a 500 ml en caso excepcional. La dosis promedio era, como dijimos, de 200 a 250 ml.

En su estadística de 202 enfermos y cerca de 500 actos transfusionales (una paciente recibió sangre en 23 oportunidades) no tuvo muertes por accidentes transfusionales, aunque en numerosas oportunidades debió suspender el procedimiento.

Estol describió un caso grave de incompatibilidad que tuvo lugar el día de Navidad de 1924:

> Mujer de 48 años, físico miserable, operada de lesión genital. En contra de mi opinión, el médico tratante, doctor Stajano, insistió en realizar una transfusión.
> Donante: esposo de 60 años, tipo I; enferma igualmente tipo I.
> A los primeros 15 ml de sangre inyectada muy lentamente, la enferma presentó un cuadro gravísimo que se fue acentuando y que no desapareció sino tres o cuatro horas después. Congestión cérvico-facial, opresión torácica, angustia, dolor en la raquis y región lumbar; cianosis de las extremidades tóraco-abdominales, desaparición del pulso radial, apnea. Más tarde, diarreas; a los 90 minutos, orinas hemáticas. Se empleó todo el 'arsenal' terapéutico corriente en forma enérgica y después de una lucha desesperada, durante la cual parecía que perdíamos a la enferma, los síntomas se fueron atenuando y al fin se normalizó su estado"[38].

Estol se graduó como doctor en medicina y cirugía en marzo de 1924 y gracias a su habilidad y condiciones de excelente técnico concentró en sus manos casi toda la terapia transfusional en Uruguay.

Sus primeras experiencias como hemoterapeuta fueron registradas en su hermoso libro *La transfusión de sangre*. En él describió 202 pacientes, con resúmenes de sus historias clínicas y cerca de 500 actos transfusionales. A saber: 14 por anemia, cuatro por hemotipsis, diez por hemofilia, púrpura y leucemia, tres por anemia y hemorragias de la pubertad, 20 en tísicos, 34 por hematemesis y melenas, siete por traumatismos, tres por shock quirúrgico, cuatro por hemostasis, 24 en varios y 118 por afecciones ginecoobstétricas.

Un caso dramático merece ser parcialmente reproducido:

"Enfermo con intensas melenas y cuadro gravísimo de hemorragia. Cuando legamos y nos dispusimos a la investigación de los grupos, tuvimos la sensación de no llegar a tiempo; el enfermo se estaba muriendo.
Teníamos una jeringa ya pronta para inyectar y notamos que el enfermo se iba. Para abreviar, incindimos la piel con un bisturí, para llegar a un vaso grueso profundo. Todo inútil. El enfermo dejó de respirar y se dilataron las pupilas. También abandonamos esta maniobra y nos fuimos buscando el centro de la vida. Puncionamos el corazón e inyectamos velozmente los 250 ml de sangre que teníamos en la jeringa, y casi al final todos los presentes pudimos observar la realización del milagro; milagro fugaz, pero no menos real. El enfermo -digo mal- el cadáver contrae sus pupilas y empieza de nuevo a respirar. Pero es de imaginarse la sorpresa de los presentes -que eran muchos- y el rayo de esperanza que cruzó por la mente de todos. Volamos por una nueva dosis de sangre, pero cuando estábamos prontos, se había producido de nuevo el colapso y esta vez definitivo. Inyectamos de nuevo en el mismo sitio y, a pesar de una proongada maniobra de respiración artificial, todo fue inútil.
¿Si en lugar de 250 ml de sangre hubiésemos dispuesto de 1.000 ml en ese preciso momento en que teníamos puncionado el corazón, no habrían sido eficaces para salvar esa vida?"

El doctor Julio César Estol (1889-1939), por su libro ineludible, su ingenio creativo, su decisión de emprender una técnica nueva, impredecible y riesgosa y su precisión académica y científica debe ser considerado como el primer hemoterapeuta del Uruguay.

La hemoterapia moderna nacía en el Uruguay al empuje de Turenne, Estol y Parietti hace unos 75 años. Su desarrollo posterior, al igual que el de tantas nuevas especialidades médicas, es una historia de éxitos y fracasos, olvidos y reconocimientos, descreimientos y esperanzas, sinsabores y gloria que espera ser escrita.

Agradecimiento

A los doctores Fernando Mañé Garzón y Víctor Vila, por el material bibliográfico y valioso asesoramiento.

Bibliografía

1. WEIL, P. E; ISCH WALL, P. (1925) *La transfusion du sang.* Paris, Masson,.248 pp.

2. OBERMAN, H. (1981) "He history of blood transfusion", in L. D. Petz, S. N. Swisher (eds.) *Clinical practice of blood transfusion..* Churchill Livingstone, New York. pp. 9-28

3. KUBDEGIINM G, A, (1954) "The history of a blood transfusion to a pope", *Journal of the History of Medicine, 9,* pp. 59-107.

4. MALUF, M. E. R. (1954). "History of blood transfusion", *Journal of the History of Medicine, 9,* pp. 59-107.

5. KEYNES, G. (1953) *Tranfusión de sangre.* Madrid, Aguilar. pp. 3-39.

6. LOWER, R. (1666) "A letter", *Philosophical Transaction of the Royal Society of Medicine, 1,* p. 353.

7. GRIFFONI, M. (1668) "Lettre", *Journal des Savants, 79,* p. 88.

8. DENIS, J. B. (1667) "Lettre a M. De Monfort sur deux transfusions humaines", *Journal des Savants, 65,* p. 44.

9. OBERMAN, H. A. (1969) "Early history of blood substitutes. Transfusion of milk", *Transfusion, 9:* pp. 74-79.

10. RIZZI, M. (1995) "Historia de la anestesia local en ORL. Sus orígenes en el Uruguay", *Revista de la Federación Argentina de la Sociedad de ORL, 2* (4): pp. 45-49.

11. MAÑÉ GARZÓN, F; BURGUES ROCA, S. (1996) *Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX.* Montevideo, Oficina del Libro AEM [Asociación de los Estudiantes de Medicina], 254 pp.

12. CARRERE, J. M. (1877) "Tranfusión de sangre", *Boletín Médico Farmacéutico, 30,* Montevideo, pp. 117-118.

13. MAÑE GARZÓN, F. (1983) *Pedro Visca, Fundador de la Clínica Médica.* Montevideo Barreiro, 2 vol.

14. FORT, J. A. (1983) *Récit de ma vie.* Paris, L. Bataille, pp. 416-433.

15. ZAVALA, A. (1882) *Efectos fisiológicos de la transfusión de la sangre.* (Tesis para optar al doctorado presentada ante la Facultad de Medicina de Montevideo). Montevideo, Imprenta de la Colonia Española. 102 pp.

16. FORT, J. A. (1885) *Récueil d'observation de clinique chirurgicale.* Montevideo, Imprimerie La France, 92 pp.

17. ROUSSEL, J. (1885) *Lecons sur la transfusion directe du sang.* París: Asselin et Houzeau, 162 pp.

18. Diario *"El Ferro-Carril",* Montevi-deo, enero 6 de 1885, pp 1-2.

19. LANDSTEINER, K. (1901) "Uber agglutination serschcinungen normalen menschichem blutes", *Wein Klinische Wochenschrit, 14,* pp. 1132-7.

20. JANSKY, J. (1907) "Haematologyke studie u phychotiku", *Sborn Klinische Praha, 8,* pp. 85-139.

21. PLATERO, H. F. (1918) "Sobre una difícil técnica para la transfusión de la sangre". *Revista Médica del Uruguay,* presentada a la Sociedad de Medicina de Montevideo, *21,* pp. 268-81.

22. RUTKOW, I. M. (1993) *Surgery.* St. Louis, Mosby, p. 501.

23. CRILE, G.W. (1907) "The technique of the direct transfusion of blood", *Annals of Surgery, 46,* pp. 329-32.

24. DUPRAT, P. E. (1914) "Técnica de la transfusión de sangre", (presentada a la Sociedad de Medicina de Montevideo), *Revista Médica del Uruguay, 17,* pp. 278-281.

25. DUPRAT, P. E. (1914) "Indicaciones de la transfusión de sangre", (presentada a la Sociedad de Medicina de Montevideo), *Revista Médica del Uruguay, 17,* pp. 364-369.

26. Prensa Periódica: "La transfusión de sangre. A propósito de la operación realizada en el Hospital de Caridad. Los hermanos Nicolás y Miguel Caggiani". (No se dispone ni fecha ni nombre del periódico).

27. HUSTIN, A. (1914) "Principle d'un nouvelle méthode de transfusion muqueuse", *Journal Medicale de Bruxelle, 12,* pp. 436-439.

28. CASAIS DE CORNE, A. E.; FERNÁNDEZ, A.; LARDIES GONZÁLEZ, J. (1977) *Panorama histórico de la medicina argentina.* Buenos Aires, Palermo, pp. 130-131.

29. KYLE, A.; SHAMPOO, M.A. (1974) "Luis Agote", *JAMA, 228,* p. 860.

30. AGOTE, L. (1915) "Transfusión de sangre". *Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica, 1* (3): 36-47 Buenos Aires.

31. AGOTE, L. (1918) "La transfusión de sangre por el método "Agote". Su empleo universal (presentada a la Sociedad de Medicina de Montevideo), *Revista Médica del Uruguay, 21,* pp. 595-605.

32. LEWISOHN, R. (1915) "A new and greatly simplified method of blood transfusion" . *Medical Record of New York, 87,* pp. 141-142.

33. WEIL, R. (1915) "Sodium citrate in the transfusion of blood", *JAMA 64,* pp. 425-427.

34. TURENNE, A. (1917) "Un caso de transfusión de sangre", (presentada a la Sociedad de Medicina de Montevideo), *Revista Médica del Uruguay, 20,* pp. 207-213.

35. ACHARD, A. (1988) "Augusto Turenne (1870-1948)", in H. Gutiérrez Blanco, *Médicos uruguayos ejemplares,* Buenos Aires, La Prensa Médica Argentina. Tomo I, pp. 26-28.

36. LANGÓN, M. (1920) "Anemia grave en una niña curada por transfusión sanguínea", *Archivos Latino Americanos de Pediatría, 14* (1): 319-323.

37. PARIETTI, J. D. (1919) "Nuevo método para la transfusión de sangre", *Anales de la Facultad de Medicina, 4,* Montevideo, pp. 413-414.

38. ESTOL, J. C. (1927) *La transfusión de sangre.* Montevideo, Palacio del Libro, 256 pp.

- oOo -

Rofolfo V. Talice (1899-1999)
Genio y figura

Fernando Mañé Garzón

Resumen

Se traza una reseña bibliográfica y una semblanza de Rodolfo V. Talice (1899-1999), primer parasitólogo académico uruguayo, quien inició en nuestro medio los estudios sobre micología médica y describió los primeros casos de enfermedad de Chagas, contribuyendo a delinear su expresividad clínica y epidemiológica. Individualizó las parasitosis más frecuentes y durante treinta años fue profesor titular de Parasitología. Posteriormente a ello, ocupando la cátedra de Biología General y Experimental de la Facultad de Humanidades y Ciencias, cultivó la etología con referencia a especies pertenecientes a nuestra fauna así como la cinematografía científica y divulgación de las ciencias biológicas. Una vasta obra avala estas diversas dedicaciones a las que se hace especial referencia.

Summary

A biological review and a portrait of Rodolfo V. Talice are drawn. Talice was the first uruguayan academic parasitologist, who commenced mycology's studies in medicine and described the first cases of Chaga's Disease, describing its clinical and epidemiological manifestations. Being Professor in Parasitology for thirty years, he individualized the most frequent form parasitosys. Later on, chairing General and Experimental Biology Course at the Faculty of Humanities and Sciences, he dedicated himself to Ethology in relation to our fauna and to making biology known at different levels. He also took interes in scientific cinematography. A wide work indorses all his activities which are here highlighted.

I

Cuando ya lo teníamos por inmortal, ¡se nos fue, luego de cumplir cien años y un mes! ¡Todos suponíamos que había modificado el silogismo!

La trayectoria de Rodolfo V. Talice fue parte de la vida, del acontecer cultural nacional durante varias décadas y sin lugar a dudas una feliz expresión de este siglo, que transitó consciente casi en su totalidad, desde los frescos recuerdos de sus primeros años hasta las resueltas

opiniones y sugerencias de los últimos. Estuvo siempre presente, participante, activo y guardó con su amable e incisiva personalidad una postura tan personal como desligada de parcialismos y de dogmas, afín a un liberalismo de neto cuño renovador. Fue nuestra primera figura científica que ocupó un lugar como tal, particularmente como divulgador y promotor de la ciencia con tan vigorosa como sostenida energía en la intergración de nuestra cultura general.

Es por ello que es difícil hacer de él un perfil que contemple el denso ámbito de sus vertientes intelectuales, las que bien sabía esbozar riente y franco dejando la perspectiva de un camino pero también, y en eso brindaba espontáneo su ágil ingenio, una duda o una incógnita que sugería indagar.

II

Fue, su larga trayectoria lo pone claramente en evidencia, un genuino representante de la ciencia nacional, a la que supo difundir en publicaciones nacionales y que por su valor intrínseco fue reiteradamente reconocida en los ámbitos internacionales sin perder identificación con su procedencia. Que sirva esto de ejemplo y referencia a la difundida y convencida falacia que solo la investigación original válida es aquella publicada en las revistas de las metrópolis de turno o de más promovida influencia.



Figura 1. Rodolfo V. Tálice al graduarse de médico. 1925.

III

Conocimos y frecuentamos a Talice durante más de 50 años, como estudiante, como colega tanto en la docencia como en la investigación, así como en el diálogo social y en la amistad.

Nacido en Montevideo, el 2 de mayo del último año del siglo pasado, hijo de padre italiano y madre española que adquirieron con laboriosidad y energía una suficiente holgura económica. Luego de los estudios primarios en el colegio Elbio Fernández y secundarios en el Liceo N° 1, cursó los de medicina, graduándose en 1924 (figura 1). Valoró siempre y muy

particularmente su pasaje docente por la enseñanza secundaria como profesor de idioma español, lo que muestra su pensamiento exigido en la correcta expresión idiomática. Ya desde estudiante se vinculó al grupo que rodeaba la fascinante personalidad de Américo Ricaldoni [1867-1928] de quien, pese a no haber seguido una dedicación clínica, consideró con fidelidad su maestro[1]. En una de sus últimas actuaciones nos ha dejado un sensible y penetrante elogio de éste[2]. No fue sin duda menos poderosa la influencia que ejerció en su iniciación la talentosa figura de Arnoldo Berta [1881-1945][3], esta sí orientada al cultivo de las ciencias básicas de la medicina que con éxito mantenía el prestigio del Instituto de Higiene Experimental, en el viejo, vetusto edificio de la esquina de las calles Sarandí y Maciel[4]. Allí se vinculó con quien fue el primer profesor formal de parasitología de nuestra facultad: Ángel Gaminara (1881-1960), ex "Interno" de los hospitales, cirujano, discípulo de Alfredo Navarro [1868-1951], pero con especial dedicación a la parasitología humana a la que contribuyó con originales investigaciones.

Fue fruto de estas iniciales inclinaciones que, como colaborador de la Clínica Médica de Ricaldoni, publicó sus primeros trabajos, que vieron la luz en los *Anales del Instituto de Neurología*, recientemente creado por el destacado maestro. Versaron sobre capiloroscopía en neurología[5] y piretoterapia en enfermedades psiquiátricas[6]. En estos estudios ya demostró Talice su inquietud en colaborar eficazmente con procedimientos operacionales complementarios en el quehacer clínico. Su orientación aún siendo estudiante se dirigió en forma preferente hacia la parasitología y en especial hacia el estudio, aún polémico, de la enfermedad de Chagas así como a individualizar hongos y levaduras como agentes patógenos.

Dos jóvenes de segura vocación unen sus aspiraciones. Ambos terminan sus estudios médicos, concretan tesis, acceden a ser designados como profesores agregados y por sus evidentes méritos les son otorgadas sendas becas de estudio en el exteiror que anualmente otorga el gobierno. Talice y su compañero, colega y amigo, más que eso, "hermano de vida" Diamante Bennati (1899-1974); un parasitólogo y un fisiólogo. Imposible hablar de uno sin referirse al otro. Ambos emprendieron el estudio de la base material de la enfermedad, la patología, afirmada en sólidas bases experimentales.

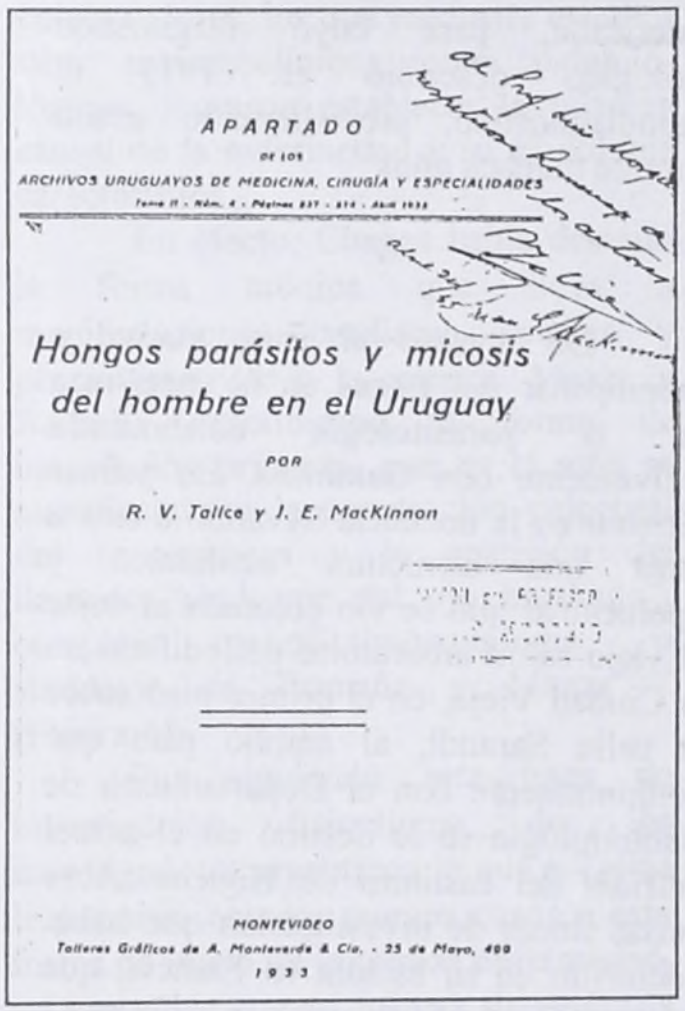
Orientado Bennati a la fisiología, ciencia sobre la cual ya había presentado dos tesis, frecuentan los mejores centros de docencia e investigación, al punto de formarse Bennati para ser el primer fisiólogo académico de nuestro país, junto a quien se desarrolló una fecunda escuela de investigación que aún sigue dando sus frutos[7].

IV

Talice tomó el camino que emprendiera en el inicio de su formación

en patología junto a Ángel Gaminara. A su lado, con decidido tesón adquirió los elementos básicos de práctica microscópica y experimental[8] y publicó en él algunos trabajos de iniciación[9,10]. Ello le permitió integrarse con solvencia a la cátedra y laboratorio de parasitología de la Facultad de Medicina de París, que dirigiera el profesor Emile Brumpt (1877-1951), colaborando con éste el distinguido investigador y jefe de trabajos prácticos Maurice Langeron (1874-1950). En 1927 estos distinguidos parasitólogos habían cumplido una misión científica en nuestros países contribuyendo a formar investigadores, sugerir temas y facilitar conocimientos de las técnicas de mayor difusión[11]. Fueron años de forja, de intensa dedicación pero también de participación asimilando con avidez la seductora cultura francesa de la época. Asimilación que los llevó a ambos a elegir y ser correspondidos por las que serían sus dilectas esposas. Con denodada convicción fue siempre un entusiasta representante en nuestro medio tanto universitario como social de la cultura literaria y científica francesa que renovaba y actualizaba en frecuentes estadías en su siempre añorado París, que admiraba en sus hombres, en su ciencia, en su filosofía racionalista y también en su exquisita gastronomía.

Activo participante del laboratorio de sus maestros, participa en la surgente línea de investigación que se desarrollaba en esa época y particularmente en Francia, sobre una causa, hasta esos años poco tenida en cuenta: las levaduras y los hongos microscópicos como agentes etiológicos de enfermedades. Provisto de sus cultivos y preparados concurre al


APARTADO
de los
ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES

Hongos parásitos y micosis del hombre en el Uruguay

POR

R. V. Talice y J. E. MacKinnon

MONTEVIDEO
Talleres Gráficos de A. Monteverde & Cía. - 25 de Mayo, 488
1933

Figura 2. Monografía exhaustiva sobre hongos parásitos y micosis del hombre en Uruguay.

famoso hospital Saint-Louis para controlar sus conclusiones ante Raimond Sabouraud (1864-1938), figura internacional en los estudios de micología médica, quien aprobó sus determinaciones y la orientación de sus estudios.

Así surge su primer valioso trabajo en colaboración con Langeron en el que sistematizaron el conocimiento de

los hongos levuriformes para lo cual propusieron una sustancial clasificación [12]. No fue ajeno a la inquietud de Brumpt el estudio de la tripanosomiasis americana, para cuyo diagnóstico biológico describió en 1913 el xenodiagnóstico, procedimiento usado durante muchos años[13].

V

De regreso al país, vuelve a desempeñar sus tareas en la enseñanza de la parasitología colaborando activamente con Gaminara. En primer término en la docencia llevando a ésta a tener una estructura académica y operacional que se vio colmada al dejar el viejo salón laboratorio del edificio de la Ciudad Vieja, en el primer piso sobre la calle Sarandí, al amplio piso que conjuntamente con el Departamento de Bacteriología se le destinó en el actual edificio del Instituto de Higiene. Abre varias líneas de investigación que había adquirido en su estadía en Francia, que es oportuno analizar y que se definen en un decidido y permanente interés por la patología regional [14].

Continuó con su formación básica en micología médica, especialización sobre la cual había adquirido las diferentes técnicas de estudio en particular junto a Sabouraud, Brumpt y Langeron, que lo llevaron a describir junto a un joven colaborador, Juan Enrique Mackinnon (1905-1984) (Figura 2), las primeras afecciones producidas por hongos descritas en el país[15]. Mackinon, en una monografía exhaustiva expone y resume, sus hallazgos micológicos, clínicos, sistemáticos, experimentales y epidemiológicos durante los primeros años de investigación sobre ello[16]; éste llevará posteriormente la micología a un nivel internacional[17].

VI

En forma paralela y simultánea se motiva en difundir conocimientos básicos y útiles referentes a los hongos comestibles de Uruguay, aún temidos, reconociendo sus especies venenosas de aquellos de delicioso gusto, alimento y condimento que integraría a la gastronomía nacional. En valiosa monografía, en la que colaboró como diligente dibujante su esposa francesa Madelaine Lacombe, divulgó la forma de reconocerlos y la forma de prepararlos[18]. Con Madelaine -que fallece prematuramente- formó un hermoso hogar que se perpetúa en sus hijos Fanny, Jorge y Francine.

VII

Pero Talice siguiendo también la línea aprendida junto a su primer maestro Gaminara, así como junto a Brumpt, emprenderá la detección en nuestro país de la tripanosomiasis americana, de la enfermedad de Chagas. Esta enfermedad descrita por el distinguido médico brasileño Carlos Chagas (1879-1934) en 1909, había sido motivo de minuciosos estudios nosológicos y anatomopatológicos[19]. En 1922, Gaminara había encontrado el

agente de la infección en transmisión, la vinchuca, en ejemplares recogidos en nuestro territorio, lo que hacía prácticamente segura la existencia de la enfermedad en el país[20-21]. Influenciado por éste y por el ejemplo dado por Salvador Mazza (1886-1946), en el norte argentino. Aunando esfuerzos con el distinguido médico pediatra de Paysandú, Benito Rial, Talice comienza la investigación sistemática de ella, que se muestra tan eficaz que en 1935 describían los primeros casos procedentes del litoral[22] (figura 3).

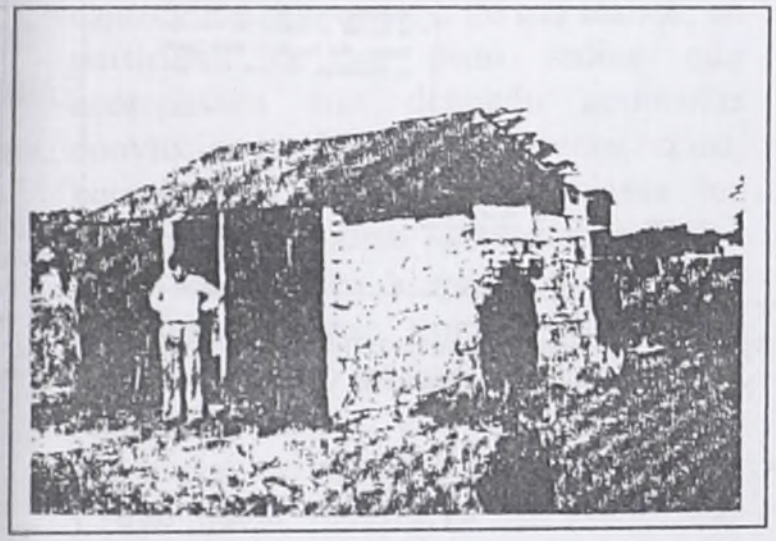


Figura 3. Rancho donde se contrajo la enfermedad de Chagas. Se observa el paciente a quien se le diagnosticó el primer caso en Uruguay, en los alrededores de la ciudad de Paysandú, 1935.

Con ejemplar esfuerzo reúnen en pocos años numerosos casos, en los cuales pueden confirmar la presencia del agente causal[23]. Pero su importancia no había sido aún universalmente aceptada. Fueron las investigaciones posteriores que llevaron a cabo en Brasil Emmanuel Días[24] y el hijo de Carlos Chagas[25], Carl M. Johnson en el Instituto Gorgas en Panamá[26], en Argentina, Salvador Mazza[27] y Cecilio Romaña (1899-1997)[28]; así como los de Talice y sus colaboradores, los que mediante estudios tanto anatomoclínicos como epidemiológicos, lograron establecer la relación causal de la enfermedad y su signología característica.

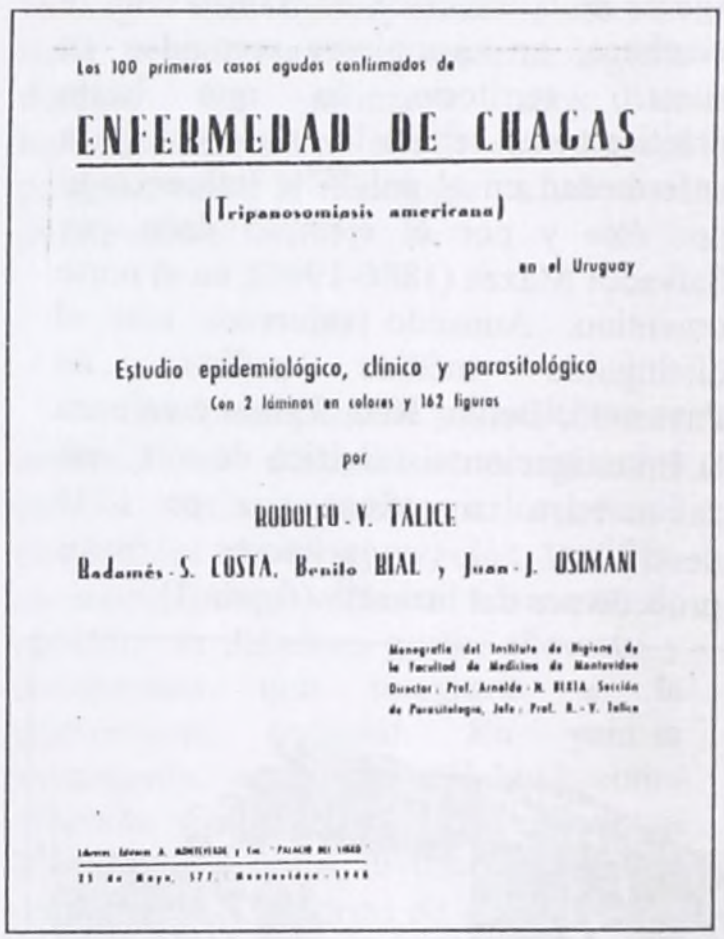
En efecto, Chagas había descrito la forma crónica que lleva a manifestaciones cardíacas severas y prematuramente a la muerte. Mazza y Romaña describieron la forma de inoculación primaria, que en el niño se manifiesta por la penetración palpebral del tripanosoma y la aparición del llamado "síndrome del ojo hinchado", compleu periof-talmogangloma o síndrome de Romaña y Mazza[29,30] (Figura 4).

Fue siguiendo esta línea de investigación fisioclínica de los investigadores argentinos lo que a Talice le permitió agregar nuevos casos a esta forma de inicio de la temida enfermedad, así como las nuevas formas sistemáticas mortales y expresiones clínicas menos conocidas[31].

Esta investigación dio motivo a la publicación en 1940 de la monografía *La Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana) en el Uruguay,* que firma con sus colaboradores Radamés S. Costa, Benito Rial y Juan J. Osimani, basado en el estudio confirmado de la enfermedad en 101 casos, obra clásica de nuestra bibliografía médica y primer libro escrito en español sobre dicha enfermedad[32] (Figura 5).



Figura 4. Síndrome del ojo hinchado. (Síndrome de Romaña).


Los 100 primeros casos agudos confirmados de

ENFERMEDAD DE CHAGAS

(Tripanosomiasis americana)

en el Uruguay

Estudio epidemiológico, clínico y parasitológico

Con 2 láminas en colores y 162 figuras

por

RODOLFO V. TALICE

Badamés S. COSTA, Benito BIAL y Juan J. OSIMANI

Monografía del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina de Montevideo Director: Prof. Arnaldo M. BERRA. Sección de Parasitología, Jefe: Prof. R. V. Talice

25 de Mayo, 577. Montevideo - 1946

Figura 5. Portada de la monografía sobre epide-Miología de la enfermedad de Chagas.

VIII

Acogiéndose Gaminara prematuramente al retiro en 1936, es nombrado Talice profesor titular de Parasitología de la Facultad de Medicina[33]. Le corresponde así ser nuestro primer parasitólogo médico académico, punto de partida de una fecunda escuela de investigación.

IX

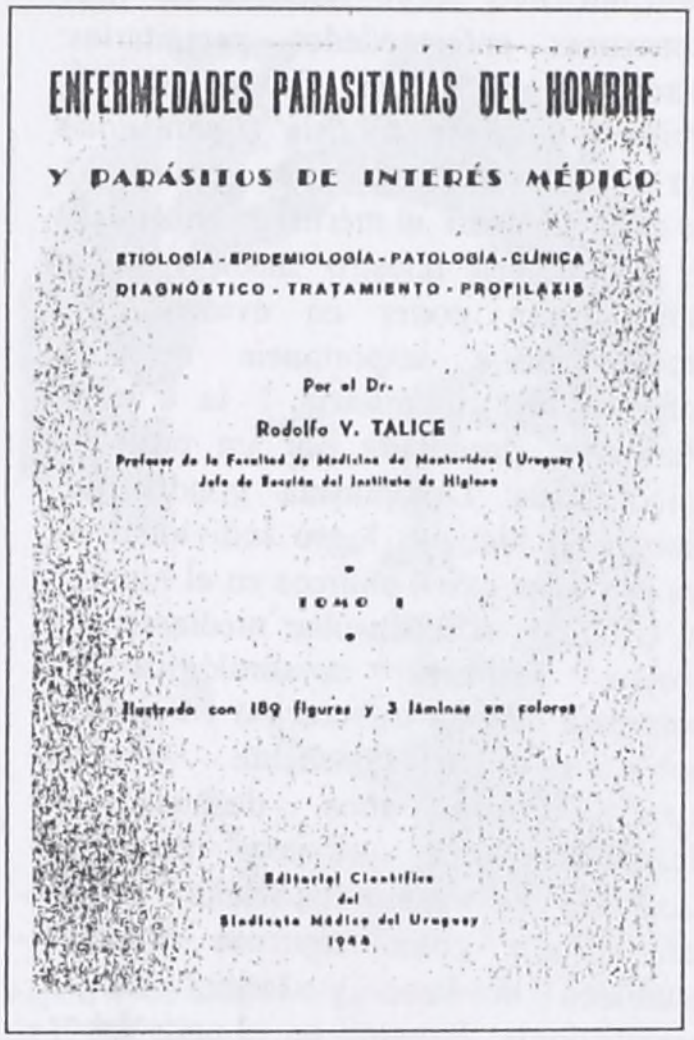
Todos recordamos a Talice en su armonioso físico, segura postura y ademanes, amablemente sentencioso, de expresión entre suspicaz e irónica. Su semblante de conjunto agradable, de frente amplia, a lo que contribuía una moderada calvicie, ofrecía unos ojos rasgados más bien pequeños pero expresivos, claros, fulgurantes pues su mirada llegaba siempre cargada de curiosidad, como quien trata y sospecha inferir una intención, mirada que sabía tanto asentir como rechazar o negar al

cerrarlos o abrirlos según exigía la circunstancia; una nariz tan fina como recta se proyectaba insinuante sobre su labio superior que adornaba con atildado bigote, mientras la boca de labios tan ágiles como armoniosos al contraerse adecuaba su contorno a la expresión. De voz matizada de inflexiones, tajantes unas, sibilantes otras, sostenía con favor la atención. Este conjunto subyugante, en el elocuente discurso variable como el de un avezado actor, guardó como último recurso algo de astucia, de lince, que sabía bien galanar con un ajustado, cauto y medido manejo de sus manos, en particular de su dedo índice que acompasaba con denuedo apuntadas convicciones. De gesto docente, claro, perspicaz y florido, a sus clases los estudiantes acudían gustosos por los giros inesperados a que solía recurrir, hacía su enseñar grato y deleitable. Guardó en su postura aparentemente recatada y simple, una natural dignidad que lo distanciaba de lo ramplón o trivial y que sabía recurrir a su juicio que consideraba tan certero como impasible, que le permitió permanecer, recurramos otra vez al francés, *-au-dessus-de la mêlée...*

X

En 1944 publica su obra de síntesis docente sobre enfermedades parasitarias, erudito y maduro compendio de una larga experiencia. Sirvió muchos años de texto y aún su consulta sigue siendo proficua[34].

Se suceden en su labor como parasitólogo humano, oportunas contribuciones sobre nuestras no muy numerosas enfermedades parasitarias: histopatología de la cisticercosis[35-36], amibiasis[37], esporotricosis[38], parasitosis por protozoarios[39], etcétera (figura 6). Le cabe también el mérito de haber sido el primero en nuestro medio que se interesó por poner en evidencia la prevalencia e importancia de una enfermedad parasitaria, la toxoplasmosis, producida por un protozoa apicomplexa Toxoplasma gondii, pudiendo, si bien no logró individualizar los primeros casos clínicos en el hombre en Uruguay, sí comprobar mediante una prueba indirecta inmunológica la presencia de esta infectación en nuestra población, particularmente en la rural[40,42]. Pocos años después se describieron los primeros pacientes afectados en nuestra población[43]. Esta tan variada como rigurosa empresa establece la base y latitud de la parasitología humana en el país, labor fundacional que con exitosa dedicación serán sus continuadores en la cátedra y departamento: Juan Enrique Mackinnon (1905-1984), Juan José Osimani (1912-1981), José R. López Fernández (n. 1911) e Ismael Conti Díaz (n. 1932) y actualmente el digno representante de esta tradición, Luis Calegari. No podemos dejar de nombrar a otros distinguidos docentes e investigadores que completan con éxito, tanto en la docencia como en la investigación, la gestión por él iniciada: María E. Franca Rodríguez, Jaime Witking, Osvaldo Ceruzzi y Luis A. Yarzábal. Cada uno de llos ha desarro[illegible] con tan acabadada


ENFERMEDADES PARASITARIAS DEL HOMBRE

Y PARÁSITOS DE INTERÉS MÉDICO

ETIOLOGÍA - EPIDEMIOLOGÍA - PATOLOGÍA - CLÍNICA
DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO - PROFILAXIS

Por el Dr.

Rodolfo V. TALICE

Profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo (Uruguay)
Jefe de Sección del Instituto de Higiene

TOMO I

Ilustrado con 189 figuras y 3 láminas en colores

Editorial Científica
del
Sindicato Médico del Uruguay
1948

Figura 6. Portada del trabajo sobre enfermedades parasitarias del hombre.

formación como talento, líneas de investigación originales así como mantenido, pese a las difíciles circunstancias que sufrió la Universidad durante la década de la intervención, un sostenido nivel docente.

XI

Durante varios años su permanente inquietud por difundir conocimientos lo impulsó a crear y desarrollar en la Universidad de la República la cinematografía científica Fundador y director del Instituto de Cinematografía de la Universidad de la Repúlica, ICUR (1959-1973), labor en la que obtuvo reales éxitos en metrajes cuidadosamente montados en los que contó con colaboradores de alta eficacia. Son estos más de 50 películas, algunas de ellas merecedoras de premios, las primeras en su género, y que tratan de aspectos autóctonos de nuestra naturaleza, tanto ecológicos como etológicos.

Es esta primera fase del ciclo biológico de Talice (Figura 7). Al terminar su período como profesor titular de la Facultad de Medicina en 1964, inició una segunda dedicación al ocupar la cátedra de Biología General y Experimental en la entonces Facultad de Humanidades y Ciencias. Ocupó el decanato con particular ecuanimidad en los momentos que marcaron el inicio de la gestión de dicha facultad con proposiciones que siempre guardaron una estricta prevalencia de afirmación de los ideales universitarios de libertad y autonomía sin vinculación política ni partidaria.

XII

Sublima su actividad, potencializado por las insospechadas complejidades evolutivas el coportamiento parasitario, casi el único que la biología estudiaba hacía 40 años, pasa por derecho propio y continuación a su dedicación al estudio global del comportamiento biológico, a la etología,



Figura 7. Rodolfo V. Talice en la década de 1950 a 1960.

ciencia en sus primeros pasos, balbuceante aún.

Emprende entonces una dedicación especial hacia la ecología y en especial hacia la etología, siendo esto último acrecentado en difusión e importancia por la promoción del Premio Nobel de Fisiología y Medicina (1973), de Konrad Lorentz (1903-1989), a quien visitó en su retiro en Altenberg, entrevista sobre la cual nos ha dejado un delicioso relato[44], así como un mensaje que este biólogo envió particularmente a los biólogos sudamericanos que guarda toda la actualidad al referirse a la prioridad de la defensa de la naturaleza y la biodiversidad, texto que oportunamente publicamos[45].

Al analizar el comportamiento social, reproductor, alimentario o conyugal, la organización social, la jerarquía, el comportamiento subyugante de la madre y el recién nacido, nos muestra que hechos conocidos no habían sido correctamente observados, habían sido reflejados y dejados de analizar en sus esenciales detalles y que una vez correctamente descritos mostraron un riguroso determinismo, lo que nos permite integrarlo a nuestro comportamiento reflexivo. Abordó diferentes temas tanto de ecología general como de etología en numerosas contribuciones. Fueron particularmente de su preferencia el estudio del comportamiento de un singular integrante de nuestra fauna de mamíferos: el "tucu-tucu" (*Ctenomys torcuatus*), de quien exploró su conducta tanto adaptativa como sexual y reproductora, que abordó siempre con criterio y metodología experimental más que descritpivo-evolutivo[46-49]. También hizo estudios sobre ecología y etología de termites[50-52]. Contó para ello con la valiosa colaboración de destacados integrantes del servicio a su cargo, entre los que cabe destacar a Susana Laffitte de Mosera y Ana María Sineiros de Sprechmann.

XIII

Esta dedicación primordialmente docente, de extensión académica y de

ajustada divulgación se vio truncada por la desnaturalización de la Universidad durante la dictadura militar, la que fue particularmente severa en la Facultad de Humanidades y Ciencias en la que muchos luchamos por preservar el nivel académico que lamentablemente se fue deteriorando en forma tan lamentable como progresiva.

No por ello dejó Talice de seguir en sus empeños, a los que logró difundir y fortalecer en el ámbito privado. Reunió así un núcleo de entusiastas colaboradores y aficionados que emprendieron con él experiencias sobre comportamiento de aves y mamíferos en los que volcó un real entusiasmo que lo condujo rápidamente a ser el divulgador y líder entre nosotros de esta ciencia tan rica en nuevas adquisiciones.

XIV

En Talice siempre existió una vocación decidida hacia la divulgación científica que supo cumplir con real talento y mejor sentido didáctico, labor que plasmó en numerosos libros de intención de divulgación unos, en los que guarda siempre un estilo alerta *prime-sautier, petillent* (permítasenos estos términos tan afines a su cultura francesa). Frases cortas y propuestas decididas, purista en el justo y específico uso de los vocablos, afecto a recordar etimologías y giros idiomáticos, alerta ante la paradoja y la actualidad, dan a su prosa un peculiar sabor matizado de humor, humor sentido y solvente, con un don especial en ver y juzgar con sensato optimismo y exaltación de la vida. Era muy suyo, lo estamos viendo, dar fin a una de sus opciones de opinión con un ademán y luego con sutileza encogía los hombros como insinuando asentir. Resuelto deportista dio cabal ejemplo de ese espíritu tanto en el tenis como en sus últimas décadas en el golf, aficiones sobre las cuales nos ha dejado también jugosas reflexiones.

XV

Justos y representativos homenajes le tributó nuestra inteligentzia. Formó parte de la Academia Nacional de Letras y de la Academia Nacional de Medicina, la que integró desde su fundación y de la que fue presidente (1992-1993). También fue, así como pocas figuras de nuestra cultura han sido testigos en vida, de la más popular admiración y reconocimiento a su gestión. Su longevidad, que supo llevar lozana hasta sus últimos días, le brindó esta excepcional prueba, contemplar lo que había anhelado y disfrutado en hacer, en transmitir. De él se puede muy bien decir que ante ese privilegio y responsabilidad supo enfrentar *l'honneur de vivre.*

Algún día se editarán sus charlas radiales, que prodigó hasta sus últimos días y que siempre encontraron oyentes que las supieron disfrutar como fruto sazonado pero vivaz, de su gran invención neologista; por ejemplo, la palabra "vegentud", cuya definición se identifica con él: "vegentud es Talice y Talice es vegentud".

XVI

Ha dejado Don Rodolfo, testimonio de su fecunda vida intelectual numerosos libros, anecdóticos unos, autobiográficos otros, varios de exigida divulgación científica. Entre ellos uno que lleva prólogo de Francisco (Paco) Espínola[53] y otro de Roberto Ibáñez, quizá el más difundido: *Vegentud, humano tesoro*[54].

No dejaremos de nombrar *10 x 10*, obra sobre etología humana y comparada, que tuvimos el privilegio de prologar[55]. Su más reciente *Memorias del siglo*[56], así como una antología de sus *Discursos*[57], en forma tan amena como ágil y resuelta, nos ofrece un epítome de su vida, tan bien vivida como vivazmente narrada (figura 8).



Figura 8. Portada de libro. Fotografía de Talice Por los años 1990.

XVIII

Nos tienta cerrar esta semblanza y reseña bibliográfica de Talice con un referente a los centenarios en general y a los científicos centenarios en particular.

Han sido hasta este siglo, hasta el final de este siglo en realidad, poco frecuentes los hombres que cumplieron los cien años. Desde 1960 a la fecha estos se han multiplicado por diez o más en algunos países[58]. Muy excepcionales han sido los hombres de ciencia que alcanzaron esa edad. Tanto el siglo XVIII como el XIX, contaron cada uno con un solo caso: Bernard B. De Fontenelle (1657-1757), filósofo de la Ilustración, eminente historiador y vulgarizador de la ciencia, y Eugène Chevreul (1786-1889) químico de los lípidos y filósofo de la ciencia que falleció en 1883 a los 103 años, en pleno desempeño de su labor. Este siglo cuenta, a más de Talice, por lo menos cinco más: el físico-químico Joel Hildebrand, descubridor de la termodinámica de las soluciones no electrolíticas, el fisiólogo del sueño Nathaniel Kleitman, que descubrió el primer método objetivo para el estudio del sueño: los movimientos oculares rápidos (REM) y los lentos (NREM), el

farmacólogo Henry Benjamin, innovador en la terapia del sexo, y Thomas S. Sopwith, pionero de la aviación, diseñador de innovaciones como los bombarderos y los primeros jets[59].

Entre nosotros, ha sido Talice, junto al ingeniero civil Federico Capurro (1876-1979), los dos únicos que han afrontado con igual solvencia y fortaleza dicho excepcional privilegio[60]. Fue Capurro eminente calculista y proyectista de nuestras primeras carreteras y puentes, entre estos últimos el puente sumergible sobre el río Yí (1904) y el de la barra del río Santa Lucía (1925); fue docente de la Facultad de Ingeniería, de la que fue varias veces decano y promotor de sustanciales adelantos vitales[61].

Bibliografía

1. MAÑÉ GARZÓN, F. (1982). *Pedro Visca fundador de la Clínica Médica en el Uruguay.* Montevideo, Barreiro y Ramos, 2 tomos, pp. 63-66.
   Cf. HERRERA RAMOS, F.; GORLERO BACIGALUPI, R. (1988). Américo Ricaldoni (1867-1928), in H. Gutiérrez Blanco (ed.). *Médicos uruguayos ejemplares.* Buenos Aires, Talleres Gráficos La Prensa Médica Argentina. Vol. 1, pp. 36-39.

2. TALICE, R. V. Elogio de Ricaldoni. In: Celebration del 70° Aniversario del Instituto de Neurología, Montevideo: Instituto de Neurología.

3. BERTA, M. (1989). "Arnoldo Berta (1881-1945)", in: H. Gutiérrez Blanco (ed.). *Médicos uruguayos ejemplares.* Montevideo, Imprenta Rosgal, vol. 2, pp 205-206.

4. MAÑÉ GARZÓN, F. (1996-1997) "El Instituto de Higiene Experimental en su Centenario 1896-1996. Nacimiento, pasión, vigencia", *Revista Médica del Uruguay, 12:*59-68 (1ª parte) y *13*:163-87 (2ª parte). Reproducido en Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina.

5. TALICE, R. V. (1928). "Capiloroscopía en las enfermedades del sistema nervioso", *Anales del Instituto de Neurología, 1,* Montevideo, pp. 166-172.

6. TALICE, R.V. (1928). "Piretoterapia por Treponema hispanicum", *Anales del Instituto de Neurología, 1,* Montevideo, pp. 166-172.

7. MAÑÉ GARZÓN, F.; MAZZELLA, H. *Historia de la Fisiología en el Uruguay.* Montevideo, Oficina del Libro – AEM [Asociación de los Estudiantes de Medicina],

8. TALICE, R. V. (1989). "Angel Gaminara (1881-1960), in: H. Gutiérrez Blanco (ed.). *Médicos uruguayos ejemplares.* Montevideo, Imprenta Rosgal, vol. 2, pp. 231-248.

9. GAMINARA, A., TALICE, R. V. (1927). "Estudio sobre Anopheles del Uruguay", *Anales de la Facultad de Medicina, 12,* Montevideo, pp. 582-587.

10. TALICE, R. V. (1934) "A propósito de los Culicinae y Aedinae del Uruguay, clasificados por Edwards", *Anales de la Facultad de Medicina,19,* Montevideo, pp. 464-481.

11. BRUMPT, E. (1928) "Recherches parasitologiques en Uruguay", *Anales de la Facultad de Medicina, 13,* Montevideo, pp. 83-100.

12. LANGERON, M.; TALICE, R. V. (1932) "Nouvelles méthodes d'étude et essais de

clasification des champignons levuriformes, *Annales de Parasitologie Humaine et Comparée, 10:* pp. 1-80.

13. BRUMPT, E. (1914) "Le xénodiagnostic. Applications au diagnostique de quelques infections parasitaires et en particulier la trypanosomiase de Chagas", *Bulletin de la Societé de Pathologie Exotique, 7,* pp. 706-10.

14. TALICE, R. V. (1934) "Biopatología regional del Uruguay, *Anales de la Facultad de Medicina, 19,* Montevideo, pp. 464-481.

15. TALICE, R. V.; MACKINNON, J. E. (1933) "Hongos parásitos y micosis del hombre en el Uruguay" *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades,, 1:* pp. 537-574.

16. MACKINNON, J. E. (1940) *Zimología médica, morfología, fisiología, variaciones hereditarias y ambientales, acción patógena experimental, métodos de estudio y de identificación de las levaduras de interés médico.* Montevideo, El Siglo Ilustrado.

17. AINSWORTH, G. C. (1986) ***Introduction to the history*** *of medical and veterinary mycology***.** Cambridge, pp. 163-164.

18. TALICE, R. V. (1934) *Manual práctico de hongos comestibles* con ilustraciones de Madelaine Lacombe, y prólogo de Arnoldo Berta), Montevideo; edición del autor, 2ª. ed.1948, 3ª. Ed. 1963.

19. CHAGAS (filho) C. (1968) *Histórico sobre Doença de Chagas,* Bello Horizonte, Universidad de Bello Horizonte.

20. GAMINARA, A. (1923) "Estudio experimental sobre Schizotrypanum cruzi y enfermedad de Chagas en el Uruguay". *Anales de la Facultad de Medicina, 8,* Montevideo, pp. 311-359.

21. GAMINARA, A. (1928) "Sobre tripanosomasis americana o enfermedad de Chagas" *Anales del Instituto de Neurología, 1,* Montevideo, pp. 311-359.

22. TALICE, R. V.; MEDINA, F.; RIAL, B. (1937) "Primer caso de enfermedad de Chagas en el Uruguay", *Anales de la Facultad de Medicina, 22,* Montevideo, pp. 235-266. *Cf.* PÉREZ FONTANA, V.

23. TALICE, R. V.; MIRANDA, N.; COSTA, R.S. (1939) "Primer caso en el país de forma aguda mortal de enfermedad de Chagas", *Anales de la Facultad de Medicina, 24,* Montevideo, pp. 69-78.

24. DÍAS, E. (1945) "Doença de Chagas, *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, 43,* pp. 495-582.

25. CHAGAS, E. (1928) "Sobre algunas perturbaçoes curiosas de ritmo do coraçao na trypanosomiasis americana", *Folha Medica,17,* pp. 149-183.

26. CASTAGNINO, H. E ; THOMSON, A.C. (1980) *Cardiopatía chagásica.* Buenos Aires, Editorial Kapelusz, pp. 308-350. En esta monografía, que se encuentra casi completa la bibliografía latinoamericana de dicha enfermedad, no se incluye lamentablemente ni la uruguaya ni la chilena.

27. MAZZA, S. (1949) "La enfermedad de Chagas en la República Argentina", *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, 47:* (1-2) pp.273-257.

28.- ROMAÑA, C. (1967*) Enfermedad de Chagas,* Buenos Aires, Edictorial Kapelusz.

29. ROMAÑA, C. (1934*).* Nuevas comprobaciones de formas agudas en el Norte

Argentino, MEPRA, 20, pp.19-31.

30. ROMAÑA, C. (1935) Acerca de un síntoma inicial de valor para el diagnóstico de la forma aguda de la enfermedad de Chagas. La conjuntivitis esquizotripanósica unilateral (Hipótesis sobre la puerta de entrada conjuntival de la enfermedad), MEPRA, 22 (3): pp. 16-25.

31. TALICE, R. V.; RIAL, B. (1941) "Enfermedad de Chagas", *Anales de la Facultad de Medicina, 26,* Montevideo, pp. 623-641.

32. TALICE, R. V.; COSTA, R.S.; RIAL, B.; OSIMANI, J. J. (1940) *Enfermedad de Chagas (Tripanosomasis americana) en el Uruguay. Estudio epidemiológico, clínico y parasitológico.* Montevideo, Libreros-Editores A., Monteverde y Cía.*

33. TALICE, R. V. (1998) Palabras pronunciadas en ocasión de ser designado profesor titular de Parasitología, in*: Discursos, selección de conferencias, charlas, homenajes, lecciones.* Montevideo, Cámara de Senadores, pp. 301-304.

34. TALICE, R.V. (1944) *Enfermedades parasitarias del hombre y parásitos de interés médico. Etiología, epidemiología, patología, clínica, diagnóstico, tratamiento, profilaxis. Montevideo*: Sindicato Médico del Uruguay.

35. TALICE, R. V., GURRI, J. (1949) Sobre la morfología del Cysticercus racemosus: existencia de un revestimiento ciliado en su pared, *Anales de la Facultad de Medicina, 34,* Montevideo, pp. 841-844.

36. TALICE, R. V.; GURRI, J. (1949) Desarrollo de Cysticerus racemosus y su relación con el grado de malignidad de la cistercosis correspondiente, *Anales de la Facultad de Medicina, 34,* Montevideo, pp. 827-840.

37. TALICE, R. V. (1937) "Amibiasis", *Anales de la Facultad de Medicina, 22,* Montevideo, pp. 307-86.

38. de SALTERAIN, J.; TALICE, R. V. (1932) "Esporotricosis", *Revista Médica del Uruguay, 35,* pp. 49-53.

39. TALICE, R. V.; PELUFFO, C. A. (1932) "Sobre el primer caso de balantidiasis humana observada en el Uruguay", *Anales de la Facultad de Medicina, 17,* Montevideo, pp. 115-119.

40. TALICE, R. V.; ROYOL, J.; PÉREZ MOREIRA, L. (1957) "Investigación sobre la toxoplasmosis en el Uruguay, sobrevida de Toxoplasma gondi en sangre humana, "in vitro". *Anales de la Facultad de Medicina, 42,* Montevideo, pp. 143-147.

41. TALICE, R. V.; ROYOL J.; PÉREZ MOREIRA, L. (1960) "Intradermoreacción con toxoplasmina en adultos sanos residentes en Montevideo". *Anales de la Facultad de Medicina, 45,* Montevideo, pp. 35-42.

42. TALICE, R. V.; ROYOL, J.; PÉREZ MOREIRA, L.; GURRI, J. (1960) "Intradermorreacción con toxoplasmina en adultos y niños sanos en una ciudad del norte del Uruguay". *Anales de la Facultad de Medicina, 45,* Montevideo, pp. 101-1066.

43. MAÑÉ GARZÓN, F.; OSIMANI, J. J.; STAGNO, C.; ORIBE, E.; CARDOZO de LOPEZ, I. (1970) "Toxoplasmosis congénita y prevalencia de la infección por T. gondii en el hombre y animal". *Revista Uruguaya de Patología Clínica., 8,* pp. 113-27.

44. TÁLICE, R. V. (1979) "Una jornada con Konrad Lorenz". *Revista de Biología del Uruguay, 7,* pp. 5-9-

* Nota de los editores: *Cf.* PÉREZ FONTANA, V. [1963] *Datos sobre la historia de la enfermedad de Chagas en el Uruguay.* (Separata de Anais do Congresso Internacional sobre doença de Chagas, Río de Janeiro, 1959). [Río de Janeiro], Oficina Gráfica de Universidade do Brasil. 3 pp.

45. LORENTZ, K.. (1979). "Mensaje dirigido a los biólogos sudamericanos", *Revista de Biología del Uruguay, 7:* p. 13.

46. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S. (1961) "Parto, comportamiento maternal y filial en Ctenomys torquatus", *Revista de la Facultad de Humanidades y Ciencias,19,* Montevideo, pp. 117-121.

47. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S. (1961) "Instinto de acopio en Ctenomys torquatus", *Revista de la Facultad de Humanidades y Ciencias, 19,* Montevideo, pp. 117-121.

48. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S. (1965) "Comportamiento experimental interespecífico de Ctenomys torquatus frente a diversos mamíferos", *Anais do II Congreso Latinoamericano de Zoología, 2,* San Pablo, pp. 337-355.

49. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S.; SINEIRO, A. M. (1968) "Comportamiento locomotor adaptativo en un insecto Blantica dubia", *Departamento de Biología General y Experimental de la Facultad de Humanidades y Ciencias, 1,* Montevideo, pp. 1-10.

50. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S.; SINEIRO, A. M. (1968) "Estructura de los termiteros de Nasutitermes fulviceps, *Departamento de Biología General y Experimental de la Facultad de Humanidades y Ciencias, 2,* Montevideo, pp. 1-20.

51. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S.; SINEIRO, A. M. (1973) "Comportamiento constructor en Nasutitermes fulviceps, *Boletín de la Sociedad de Biología del Uruguay, 2,* pp.71-74.

52. TALICE, R. V.; LAFFITTE, S.; SINEIRO, A. M. (1973) "Experiencias de des-socialización en Nasutitermes fulviceps, *Revista de Biología del Uruguay, 1,* pp. 35-41.

53. TALICE, R. V. (1969) *Cuentos, confesiones y conferencias.* (Prólogo de Francisco Espínola). Montevideo, edición del autor.

54. TALICE, R. V. (1979) *Vegentud, humano tesoro.* (Prólogo de R. Ibáñez). Montevideo, edición del autor.

55. TALICE, R. V. (1982) *10 x 10 Comportamientos destacables en los animales y en el hombre.* (Prólogo de Fernando Mañé Garzón). Montevideo: edición del autor.

56. TALICE, R. V. (1994) *Memorias del siglo.* Montevideo. Publicaciones y Ediciones S.A. Nota de los editores: *Cf.* MOTTA, M. "Doctor Rodolfo Tálice. Testigo del futuro" in *Cuatro testigos del siglo XX: José Soler, José Silva, Asdrúbal Capó, Rodolfo Tálice.* Montevideo, Asociación Cristiana de Jóvenes, pp. 45-50. (Este reportaje incluye una serie iconográfica de R. Tálice).

57. TALICE, R. V. (1998) *Discursos, selección de conferencias, charlas, homenajes, lecciones.* Montevideo, Cámara de Senadores.

58. LARKIN, M. (1999) Centenarians point the way to healthy aging, *Lancet, 353*:1074.

59. KANTH, S. S. (1999) Centenarian scientist, *Lancet*: *353*:2250.

60. MAÑÉ GARZÓN, F. (1996) *Memorabilia,* Montevideo Sindicato Médico del Uruguay, 2 tomos; aquí t. 2, Una ntroduccion a la pediatría,*270.* (t.2).

61. COPETTI, M. (1942) *Nuestros Ingenieros*. Montevideo, Asociación de Ingenieros, pp. 42-45.

-oOo-

Conferencia "Premi Gimbernat" 1991-1992[1]

Raúl C. Praderi

Para comenzar, me creo en el deber de expresar mi agradecimiento a la Societat Catalana de Cirurgia que ha tenido la gentileza de honrarme con el Premio Antoni Gimbernat[2].

Pero no penséis que voy a hablar en catalán, idioma que desearía conocer pero que no sé hablar ni escribir. Alguna vez espero poder hacerlo.

Me referiré a cinco temas: el primero, Barcelona, lugar donde estamos. A la circunstancia actual, 500 años del descubrimiento de América. A quienes me otorgan el premio: los cirujanos catalanes. Quién soy, de dónde vengo y por qué creo que pueden haber resuelto conferirme este honor inmerecido.

Diré ante todo de donde vengo porque vuestro distinguido Presidente ya lo ha señalado. Del Uruguay... un pequeño país situado entre los dos gigantes sudamericanos, Brasil y Argentina. Ambos, igual que Inglaterra nos codiciaron pero después de largas luchas y guerras conseguimos mantenernos independientes.

Somos un país culto, sin analfabetos y conocemos bastante bien la historia y la cultura de nuestra Madre Patria. Sólo diré que doce años después de morir Virgili, en 1788 se fundaba en mi ciudad natal un hospital español [léase un hospital colonial], pues Montevideo era el apostadero naval de la Flota Española en el Atlántico Sur.

Así como disecaba Gimbernat analizaremos los otros cinco hechos que señalé al principio.

Comenzaré con el lugar: Barcelona. No os idré cómo sois sino cómo os vemos en el Uruguay y qué sabemos de vosotros. Barcelona es una ciudad mediterránea, por consiguiente su historia es la de la cultura del Viejo Mundo. Ubicada en un lugar estratégico entre España, Francia e Italia, sus marinos junto con los aragoneses recorrieron este mar donde empezó la navegación y llegaron a tomar Constantinopla.

Pero hoy se da la circunstancia de que estamos festejando el Quinto Centenario del viaje de Colón que subió

1. Publicada en el *Acta Chirurgica Catalana, 13,* Barcelona, 1992, pp. 224-225; reproducida en PRADERI, R. C.(1995) *Curriculum vitae,* Montevideo, Imprenta Rosgal, pp. 51-53.
2. Esta primer frase fue leída en catalán: "Per comencar em crec en el deure d'expresar el meu agraïment a la Societat Catalana de Cirurgia que ha tingut la gentilesa d'honorarme con el Premi Gimbernat". *Cf.* PRADERI, *Curriculum vitae,* p. 51.

aquí los escalones de la Catedral, para ofrendar a los Reyes Católicos un continente nuevo.

¿Sabéis por qué pudo Colón descubrir América? Porque en esta agua se inventó un nuevo barco al fin de la Edad Media: la carabela, alterosa para poder afrontar la mar gruesa del Atlántico, ceñidor a los vientos contrarios, gobernable y de buen andar. Me atrevo a hablar aquí de este tema porque vuestro Presidente el Dr. López Gilbert ya ha dicho que soy marino de vela. Durante la Edad Media llegaron al Mediterráneo tres grandes inventos que facilitaron la navegación: el timón de codaste, invento de los chinos que probablemente trajeron los venecianos (durante tres milenios se había timoneado con un remo); la quilla que introdujeron los vikingos y que permitió ceñir a los veleros sin derivar lateralmente (no olvidemos que este pueblo marino conquistó Sicilia a los árabes) y un tercero, la vela latina que posiblemente introdujeron estos últimos y que hasta hoy es característica del Mediterráneo. Velas latinas izaba la galera de Don Juan de Austria que guardáis vosotros en las Reales Atarazanas.

Como también ha dicho el Dr. López Gibert mi segunda profesión es la de pintor, por esto estando en Barcelona no puedo menos que agradecer a Cataluña lo que le debe a ella la pintura uruguaya. El más grande pintor clásico de nuestra historia y batallas fue Juan Manuel Blanes. ¿Imagináis de dónde venía su padre? Blanes Viale, otro de nuestros grandes paisajistas y Figari fueron discípulos de Santiago Rusiñol y de Anglada Camarasa. Joaquín Torres García y Barradas vivieron y pintaron también en la Barcelona modernista de los albores del siglo XX.

Pero mi país, igual que toda América, tiene una gran deuda cultural con el vuestro. ¿Quién editó durante años casi todos los libros que se leían en América latina? ¿Quién alimentó con sus libros a la cultura de América? ¿Dónde fue impreso el primer Quijote que yo leí? ¿Quién traducía del francés, italiano y el alemán las novelas de Julio Verne, Emilio Salgari y Karl May que leíamos cuando éramos jóvenes...? Los editores catalanes: Joaquín Gil, Saturnino Calleja, Montaner y Simón y muchos más que no citaré ahora.

Pero esa labor de traducción y publicación también se efectuó aquí con los libros de medicina que estudiábamos durante nuestra carrera. No sólo leíamos la *Patología* de Corachán, Bastos Ansart y Piulachs, los manuales de Soler-Roig, Artigas y otros, sino las excelentes traducciones de los autores alemanes como Spalteholz, Pernkoff, Aschoff, Kirschner y Nordmann, Kirschner Euleke, Zenker, y muchos más.

Me corresponde ahora hablar de los cirujanos catalanes cuya Sociedad me confiere hoy el Premio Gimbernat. Sólo diré que conozco algo de su historia y la de vuestros maestros, Ribas y Ribas, Corachán, Fidel Pagés, Pi-Figueras, Soler-Roig, Puig Sureda, Llauradó, Puigvert, etc., hasta llegar a los contemporáneos muchos de los cuales

están aquí presentes. Pero quiero referirme sobre todo a los trabajos científicos de los cirujanos catalanes que llamaron especialmente mi atención.

Fui disector y prosector de Anatomía y mi maestro, el Profesor Abel Chifflet que fue un gran cirujano proctólogo me hizo estudiar el libro de anatomía y de cortes histológicos de pelvis que le había obsequiado Gil-Vernet quién lo terminaba de escribir. De su excelencia y enseñanzas no es preciso que os hable aquí.

Mi tesis de doctorado versó sobre la circulación arterial del riñón en el hombre y los animales de experimentación. Antes de escribirla tuve que leer el libro de vuestro compatriota Trueta que ya estaba en Inglaterra. Recuerdo que fui al campo en pleno invierno y pasé cuatro días concentrado leyendo sus experiencias del "Crush Syndrome", el análisis de la irrigación cortical y medular del riñón y su comportamiento frente a las obstrucciones e infartos de las colaterales.

Como en mis primeros años de cirugía trabajé en cirugía vascular resolví repetir las experiencias de Piulachs y Vidal-Barraquer cuando estudiaron mediante arteriografías los shunts arteriovenosos en los varicosos.

Además de las arteriografías y su faz venosa hacíamos oximetrías y estudios de la presión venosa en reposo y decúbitos. Confirmamos las conclusiones de los autores catalanes demostrando la importancia de los cortocircuitos arteriovenosos en miembros normales varicosos. También realicé en el Uruguay las primeras trombectomías venosas en agudo en las obstrucciones fémoro-ilíacas repitiendo la experiencia de los cirujanos alemanes de preguerra: Lawen, Lulenkampf, etc.

Me resta relataros porqué creo que han reparado en mí y me han honrado con este magnífico premio.

Yo creo que es por mis trabajos de cirugía biliar, preferentemente por la utilización de los drenajes trans-hepáticos. Su historia es larga y amena pero la resumiré así: En 1961 reoperé a una paciente de 28 años, a la cual había resecado un año antes un cáncer del conducto hepático. Frente a la recidiva se me ocurrió dilatarla con un instrumento metálico que introduje desde el colédoco y pasé luego a través del hígado, saliendo por su cara superior. Allí coloqué un tubo de plástico y lo traje luego hacia abajo a través de la estenosis neoplásica.

Había iniciado la intubación transhepática (I.T.H.) de los cánceres biliares sin imaginar que que hoy 31 años después ésta sería una técnica con muchísimas aplicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Me preocupé enseguida de buscar en la bibliografía antecedentes y encontré los trabajos de Otto Goetze de Erlangen, que había aplicado esa técnica al tratamiento de las estenosis benignas traumáticas de la vía biliar en 7 casos, pero ya habían fallecido. Seguimos perfeccionando la técnica y describimos muchas variaciones y aplicaciones que aumentaron en número rápidamente.

Fueron ellas, la intubación por el hepático izquierdo, los tubos transhepáticos (T.H.) dobles, la intubación transversal del hígado, la hepático-gastrostomía mediata, los tubos T.H. en "Doble O" o múltiples después de resecar cánceres de la convergencia y para tratar lesiones graves iatrogénicas. Más tarde aplicamos por primera vez la I.T.H. al tratamiento de las colangitis esclerosantes.

Antes de terminar les relataré que en 1964, tres años después de mis primeras publicaciones en español, francés y portugués, apareció la descripción de la técnica en el *British Journal of Surgery*. El autor, el Profesor Rodney Smith del Saint George Hospital de Londres, me ignoraba totalmente y creía haber inventado la intubación transhepática. Vosotros le habéis conferido también el premio Gimbernat pues es uno de los más grandes cirujanos biliares y pancreáticos contemporáneos.

Diez años más tarde, la Reina de Inglaterra le confirió con gran justicia el título de lord Smith of Marlow. Pero en su último artículo en el que resume su enorme experiencia en esta cirugía, dice así más o menos: "Debo rendir tributo a los trabajos de Raúl Praderi de Montevideo... que llegó independientemente a utilizar esta técnica" –nobleza obliga, digo yo-. A dos maestros de la cirugía norteamericana debo rendir mi agradecimiento. Son ellos Tom Starzl, el padre del transplante de hígado cuya autobiografía recién publicada demuestra su perseverancia en la creación de uno de los más grandes avances de la cirugía moderna... y Mark Ravitch, recientemente fallecido, que junto con Starzl fueron los responsables de que yo publicara un fascículo del *Current Problemas of Surgery* en 1985 en cuyo prólogo dice así: "El Profesor Praderi nos rezonga justificadamente a los norteamericanos por nuestra falta de información sobre lo que se ha escrito de cirugía en español, alemán y francés...". Para terminar debo decir que las investigaciones bibliográficas realizadas por mi amigo el Prof. Carlos Pera Madrazo de Córdoba parece sugerir que fue Corachán antes de Mallet Guy el que propuso la antrectomía y conversión en Billroth II para los enfermos con colangitis por reflujo post-colédoco-duodenostomía. Siguiendo esa misma línea y por los mismos principios, vuestro presidente Joan López Gibert inventó su operación de puente-yeyunal, entre el hepático y el duodeno para las estenosis biliares benignas en gastrectomizados Billroth II, operación que hemos realizado y divulgado con mucho éxito.

Muchas gracias.

Apéndice documental *

"PREMI VIRGILI"

En Pere Virgili i Ballvé, nasqué a Villalonga del Camp (Tarragona) el 1699. Creador dels Reials Col-legis de Cirurgians de Cadis i Barcelona, fou el fundador i restaurador de la Cirugia a l'Estat Espanyol. Nomenat Cirurgià de l'Armada fou posteriorment el primer Cirurgià de la Càmara Reial. Morì a Barcelona el 12 d'octubre de 1776.

El premi VIRGILI s'atorga anualment a un cirurgià nacional pels mèrits assolits al llarg de la seva vida professional dedicada a la cirurgia i al seu ensenyament.

Reunida la Societat Catalana de Cirurgia en Assemblea General Ordinària el passat 25 de maig de 1992, decidì atorgar per unanimitat el

PREMI VIRGILI 1992
al Professor EMILI SALA I PATAU

"PREMI GIMBERNAT"

ANTONI GIMBERNAT nasqué a la vila de Cambrils (Tarragona), l'any 1774. Estudià i treballà en el camp de la Cirurgia durante el reinat de Carles IV. Dedicà la seva vida professional, i aixi se li ha reconegut mundialment, a l'estudi i el desenvolupament de nous coneixements de l'anatomia quirúrgica del di i el desenvolupament de nous coneixements de l'anatomia quirúrgica del cos humà. Són especialment coneguts els seus estudis anatòmics sobre la regió i tractament de les hèrnies engonal i crurals.

El Premi GIMBERNAT s'atorga anualment a un cirurgià estranger, en reconeixement dels seus mèrits assolits al llarg de la seva vida professional dedicada a la Cirurgia i al seu ensenyament.

Reunida la Societat Catalana de Cirurgia en Assemblea General Ordinària, el dia 25 de maig de 1992, atorga per unanimitat el

PREMI GIMBERNAT 1992
al Professor RAÚL C. PRADERI (Uruguai)

* Reproducido de *Sessió Inaugural i Premis Societat Catalana de Cirurgia.. Curs 1992 – 1993,* Barcelona, 1992, pp. 9-10.

PREMIS DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

L'any 1963 es creà el premi VIRGILI amb caràcter nacional (Dr. Cortés i Lladó) i internacional (Dr. Allison), otorgant-se de forma retroactiva els premis nacionals de 1961 i 1962 als Drs. Puig Sureda i J. Trias Pujol. Per l'any 1964 es decidí posar el cognom de GIMBERNAT al premi estranger, per la qual cosa el VIRGILI fou pel Dr. Gil-Vernet i el Gimbernat pel Dr. Santy. Des d'aleshores s'atorgan anualment els dos premis per a honorar a cirurgians que han dedicat la seva vida a la Cirurgia, de quins fruits en gaudim la resta.

	PREMI VIRGILI	PREMI GIMBERNAT
1961	J. PUIG SUREDA	------
1962	J. TRIAS PUJOL	------
1963	A. CORTES LLADÓ	ALLISON (Anglaterra)
1964	A. GARCIA BARON	MIRIZZI (Argentina)
1965	J. GIL-VERNET	SANTY (França)
1966	H. ARRUGA LIRÓ	CRAWFORD (Suècia)
1967	A. TRIAS PUJOL	VALDONI (Itàlia)
1968	M. BASTOS ANSART	D'ALLAINES (França)
1969	J. TRUETA RASPALL	DE BAKEY (EEUU)
1970	C. PERA JIMENÉZ	CID DOS SANTOS (Portugal)
1971	P. GONZÀLEZ DUARTE	NISSEN (Suissa)
1972	P. PIULACHS OLIVA	MALLET-CUY (França)
1973	J. PI-FIGUERAS	LORTAT-JACOB (França)
1974	J. SOLER ROIG	THOMPSON (Anglaterra)
1975	J. SALARICH TORRENS	STEFANINI (Itàlia)
1976	F. MARTORELL OTZET	ROUX (França)
1977	A. PUIGVERT GORRO	GOLIGHER (Anglaterra)
1978	A. LLAURADÓ TOMAS	ROMIEU (França)
1979	J. PRIM ROSELL	DUBOST (França)
1980	M. BROGGI VALLÈS	RODNEY SMITH (Anglaterra)
1981	J. MASFERRER CLAPERA	ZOLLINGER (EEUU)
1982	J. A. AGUSTÍ PEYPOCH	Mc KEOWN (Anglaterra)
1983	G. MANRESA FORMOSA	NAKAYAMA (Japó)
1984	J. M. GIL-VERNET	MERCADIER (França)
1985	C. CARBONELL ANTOLÍ	SANDBLOM (Suècia)
1986	S. GARCIA DIAZ	MARSTON (Anglaterra)
1987	J. L. PUENTE DOMÍNGUEZ	NYHUS (EEUU)
1988	A. CARALPS MASSÓ	SAEGESSER (Suïssa)
1989	A. SITGES GREUS	SKINNER (EEUU)
1990	V. SALLERAS LLINARES	VERONESI (Itàlia)
1991	B. NARBONA ARNAU	FÉKÉTÉ (França)

Historia de la intubación transhepática y técnicas derivadas*

Raúl C. Praderi

La cirugía biliar en la primera mitad del siglo.

En los últimos años del siglo pasado hubo un "boom" tecnológico determinado por diversas invenciones sobre todo en materia de comunicaciones: el motor Diesel (1892), la máquina de calcular de Brunsviga (1892), el cinematógrafo (1895), los rayos Roentgen (1895), la radiotelefonía (1896), la turbina de vapor (1897), el submarino (1898), el dirigible rígido (Zeppelin, 1900) y en 1903 el aeroplano.

Paralelamente hubo muchos progresos en cirugía; la laringectomía (1873), la colecistectomía (1882)[1], las anastomosis biliodigestivas (1887-1892)[2], la gastrectomía (1881)[3], la duodeno pancreatectomía (1909)[2] y en 1912 el invento de Hans Kehr el gran cirujano alemán padre de la cirugía biliar que no solo introdujo su tubo en "T" sino que sistematizó la cirugía de la vía biliar principal con normas y técnicas que dominaron durante 70 años y aún hoy se aplican.

Mirizzi en 1923[1], hizo científica esa especialidad por la introducción de la colangiografía operatoria. Pero si bien se utilizaba la antisepsia, las anestesias eran inseguras y la coagulación no se había estudiado. Recién en 1932 Dam descubrió la vitamina K[1].

En la Segunda Guerra Mundial aparecieron los antibióticos, se mejoraron las transfusiones y las anestesias y se pudo operar con mayor seguridad.

La cirugía biliar en el Uruguay.

Recién terminada la guerra (1945), cuando entré a la Facultad de Medicina de Montevideo. Diez años después me gradué (1954) e ingresé en la Clínica Quirúrgica del Profesor Abel Chifflet (1904-1969) que sería mi maestro por muchos años.

Bajo la supervisión de quien me enseñó a operar: el Dr. Carlos Ormaechea, comenzamos un período de dedicación contínua en el magnífico Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina adonde pasábamos el día entero. La patología más frecuente era la biliar y hepática y allí nació mi vocación por esa interesante especialidad.

* Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina, el 8 de Julio de 1999 y publicada originalmente en el *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 17,* Montevideo, 1999, pp. 9-29

La intubación transhepática

En esa época operé a una mujer joven con un tumor del confluente hepatocístico que resecamos. Dieciocho meses después recidivó y lo volvimos a resecar hasta que llegó un momento en que con las técnicas conocidas no podíamos resolver el problema de la paciente.

En enero de 1961 se nos ocurrió realizar en ella, la intubación transhepática transtumoral de la vía biliar. Como era una técnica original, la presentamos en forma de una breve nota a la Sociedad de Cirugía del Uruguay[4]. Al no encontrar referencias al tema en una primera búsqueda bibliográfica consulté al Profesor Juan Carlos Del Campo (1896-1978), erudito maestro de la cirugía biliar uruguaya y gran conocedor de la bibliografía alemana. Me contestó con estas palabras que nunca olvidé:

> "No he leído nada sobre esa técnica, pero puede haber sido descripta en los años en que fui Decano de la Facultad, durante los cuales no tuve mucho tiempo para estudiar".

¡Otra lección para los jóvenes! Mucho más tarde hurgando en la biblioteca de la Facultad de Medicina encontré que Otto Goetze[5] profesor en Erlangen había comunicado la técnica de intubación transhepática en seis casos de estenosis benignas de vías biliares (yo la había utilizado para calibrar un cáncer). Su discípulo Schwabe publicó los resultados en 1956, después de su muerte[6]. (Cuadro I).

También en la biblioteca de nuestra Facultad de Medicina encontré dos publicaciones de cirujanos mejicanos que habían aplicado una técnica similar en estenosis benignas, fueron ellos Quijano y Campuzano[7] y Muñoz[8]. Me preocupé de citarlos en mis trabajos y luego tuve oportunidad de conocerlos. Se habían inspirado en un trabajo experimental de Grindlay, Eberle y Walters de la Clínica Mayo, realizado en perros[9].

Estando de visita en Montevideo el Profesor Lucien Leger de Paris, le di una separata de mi artículo sobre ese tema que guardó en su bolsillo.

Meses después, en 1964, recibí por correo una tareja que decía así:

> "Leo en la *Presse Medicale* (1963), *71*, p. 290 un artículo de Jean Claude Patel[10] referente a su procedimiento de intubación transhepática. Su trabajo lo he leído con atención y aprovecho para felicitarlo".
>
> Firmaba Pedro Larghero Ibarz.

Lo llamé inmediatamente por teléfono para agradecer su interés y amabilidad. Me dijo que él estaba muy atento a lo que hacíamos los jóvenes cirujanos uruguayos.

El Profesor Larghero (1901-1963) que ocupaba en ese momento una cátedra de Clínica Quirúrgica en nuestra Facultad fue un ejemplo de dedicación, laboriosidad y habilidad técnica para todos los cirujanos de nuestro país y aunque no fui discípulo suyo me trató

Cuadro I

Primeras publicaciones sobre intubación transhepática y acceso a la convergencia de los conductos biliares.

PRIMERA PUBLICACIÓN

TÉCNICA	ALEMÁN	FRANCÉS	ESPAÑOL	INGLÉS	PRIMERAS SERIES EN E.U.A. CANADÁ e INGLATERRA
Drenaje transhepático quirúrgico en estenosis	Goetze (1957)[6]	Patel, (1963)[16]	Quijano y Campuzano (México) (1957)[7] Muñoz (México) (1959)[8]	Gindlay (Experimental) (1953)[9]	Smith (1964)[32] Burrows (1967)[36] Stone (1973)[17]
Intubación transhepática quirúrgica tramshumoral			Praderi. (1969) (Uruguay)[4]	Heydenrich.(1969) (Sudáfrica)[38]	Cameron.(1976)[39]
Tubo transhepático en U y doble tubo	Goetze, (1951)[5]		Praderi (1964)[11] (Uruguay)	Saypol y Kurian (1969)[42]	Saypol and Kurian (1969)[42]
Abordaje de la placa hiliar para hepaticoyeyunostomía		Hepp, Couinaud (1956)[25]	Praderi (1974)[11]	Stefanini (1975)[43] (Italia)	Rains (1959)[27]
Abordaje de ligamento redondo para colagioyeyunostomía izquierda		Soupault Couinaud (1957)[14]		Seiro (1966)[44] (Finlandia) Bismuth (1975)[46] (Francia)	Dudley.(1979)[45] Blumgart (1984)[31]
Resección del "lóbulo cuadrado" para exponer la convergencia de los conductos hepáticos		Champeau, (1965)[47]	Parodi,(1964)[48] (Uruguay)	Kune, (1972)[50] (Australia)	Stephen, (1964) (incluyó el lóbulo en una resección tumoral)[51]
Intubación transversal de la convergencia			Praderi Estefan. (1975)[52]	Beart, Putnam, Starz (1976)[53]	
Hepaticostomía Transgástrica mediata			Praderi, Mazza. (1974)[54]	Moss, Schein (1976)[55]	

siempre con gran deferencia ayudándome muchas veces en búsquedas bibliográficas y casuísticas.

A medida que se presentaban nuevos problemas quirúrgicos, íbamos efectuando variaciones a nuestra técnica. Usamos drenajes con tubo en T y enseguida el tubo en sedal de Goetze que lo había empleado solo del lado derecho. Nuestras innovaciones fueron: el tubo transhepático izquierdo, el tubo doble, derecho e izquierdo (1968)[11], el "tubo en gama", el uso de estas técnicas para calibrar anastomosis bibliodigestivas después de resecar cánceres biliares[12]. En 1963 al pretender cambiar un tubo transhepático derecho por otro, éste se deslizó por encima de la convergencia y se introdujo en el hepático izquierdo, lo tocamos por la cara inferior del lóbulo homónimo y aprovechamos para anastomosarlo al estómago[13]. Habíamos realizado una nueva operación, el calibrado transverval de la convergencia que sumado a una hepático-gastrostomía (Operación de Gohrbandt)[14a] permitió "aclarar" la ictericia a la enferma.

Combinando esta técnica con el abordaje de la cisura izquierda de Soupault y Couinaud[14] surgió el calibrado transversal del hígado con drenaje anastomosado al hepático izquierdo[52].

La historia de los tubos transhepáticos es larga. Al mismo tiempo que la perfeccionábamos se fue divulgando. Patel y Leger reprodujeron otros artículos de la *Presse Medical*[15] y en su *Nouveau Traité de Technique Chirurgicale*[16]. Henri Bismuth editor de la *Enciclopedie Medico-Chirurgicale* nos pidió que escribiéramos un capítulo para la misma[17] y me invitó a operar con esa técnica en su servicio del Hospital Paul Brousse en Villejuif. Intervine allí a un cura italiano del Vaticano con una estenosis benigna de la vía biliar que calibré con un tubo transhepático.

La paciente en la cual usamos por primera vez la técnica sobrevivió 6 años y fue reoperada numerosas veces, en el Hospital de Clínicas. En ella desarrollé varios procedimientos originales[18].

Los dos grandes maestros de la cirugía biliar en EUA: Keneth Warren de Boston y Frank Glenn de New York se ocuparon de publicar en *Annals of Surgery*[11] un artículo reuniendo mi experiencia de 12 años con la intubación transhepática. Los había conocido en Buenos Aires a donde asistían invitados al Hospital Italiano por mi generoso y gran amigo Pascual Magaldi, que organizaba allí magníficos cursos de cirugía biliar.

En esa época viajaba continuamente a la Argentina* donde cualquier novedad de cirugía biliar era muy bien recibida por sus hábiles cirujanos como se demuestra en los siguientes párrafos.

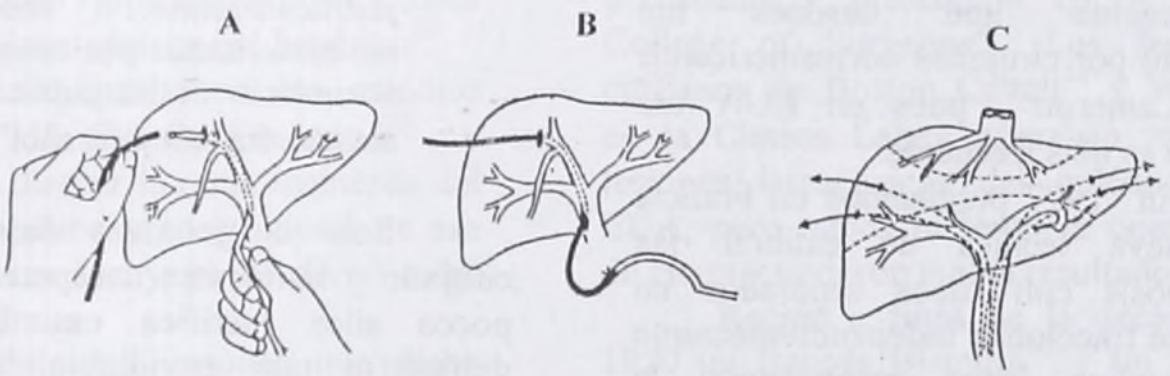
Un famoso cirujano argentino, Ivan Goñi Moreno (1905-1976), habilísimo técnico y carismático personaje que me distinguió con su amistad publicó en 1974 un libro titulado *Experiencias de Quirófano* en el que escribió un artículo titulado: "Calibrado de tumor maligno del confluente biliar. Técnica de Praderi" del cual

* Durante esos años asistí a 120 eventos científicos y operé en numerosos hospitales desde Jujuy a Neuquén y de Buenos Aires a Salta.

reproducimos los tres primeros párrafos en los cuales describe claramente nuestro procedimiento[19].

> "La técnica de Praderi, que es original en su concepto y desarrollo, reconoce algunos antecedentes en Quijano de México (1954) que le anastomosa un asa de yeyuno lo mismo que Rodney Smith de Londres algunos años más tarde y Grindlay (1953) que solo trabajó sobre animales. Sin duda Praderi y su colaborador Delgado, fue el primero en reglar una técnica relativamente sencilla y al alcance de cualquier cirujano, en el calibrado de estenosis por tumores malignos.
> Su "modus operandi" deja perplejo, por la facilidad con que resuelve un problema quirúrgico de tanta importancia. Una vez localizado el tumor, se abre el colédoco, del que sale apenas una secreción incolora. Se exploran sus extremos notando que el beniqué (*) pasa al duodeno, pero por arriba no franquea la esteno sis tumoral. Como la figura 39 lo muestra claramente, un instrumento casi recto y hueco tipo beniqué es empujado hasta penetrar, perfo-rar y traspasar el tumor, tratando de hacerlo envainar en el conducto hepático derecho, cuya dirección es casi vertical, obteniéndose bilis "blanca". Una colangiografía puede demostrarnos si estamos o no dentro del ducto y de cuál se trata. El instrumento seguirá introduciéndose hasta que llega a la superficie del hígado, distancia que no será mayor de 8 a 10 cm. Desde la coledocotomía, menos de lo que teóricamente podría suponerse [Figura 1 de este trabajo].
>
> Un empuje más y el extremo sale perforando la superficie del hígado; se le ata allí un largo tubo siliconado de 5 o 6 mm. de diámetro con perforaciones laterales (esto es, diríamos, fundamental para que pueda entrar la bilis), el cual es remolcado de tal manera que el

Figura 1. Técnica de intubación transhepática



A. El histerómetro introducido por el colédoco o el muñón del hepático perfora la superficie del hígado, el extremo se introduce en una tubuladura de suero.
B. Se ata fuertemente con un hilo de lino haciendo un ballestrinque que ajusta el tubo sobre la parte más angosta del histerómetro. Luego se tracciona hacia abajo, después se toma la medida de la porción intrahepática y se practican pequeños orificios laterales al tubo.
C. Las zonas de perforación del hígado deben estar lejos del hilio y de las venas suprahepáticas. Reproducido de *Enciclopédie Med. Chir. Tech. Chir. Appar. Dig., 3:* 40207, 1977.

---

* Luego comenzamos a usar un histerómetro más maleable y fácil de manejar.

extremo inferior quede dentro del colédoco y el superior pueda ser llevado al exterior"[19].

Habíamos comenzado a utilizar el conducto hepático izquierdo para colocar los transhepáticos solos o junto al hepático derecho. Es decir que introdujimos el drenaje transhepático doble que comenzamos a aplicar para drenar con ellos la vía biliar en estenosis benignas y en las hepático yeyunostomías después de resecar cánceres biliares y desde 1973 para calibrar colangitis esclerosantes. De esta afección excepcional en nuestro país describimos en 1973 los dos primeros casos y comenzamos a calibrarlas con tubos transhepáticos[20].

Welwood y Warren en el capítulo que escriben en el libro de Rodney Smith y Sheila Sherlock, reconocen nuestra prioridad[21]. Luego operamos varios casos más asociando la intubación transhepática a la resección de la estenosis. Algunos de nuestros pacientes han sobrevivido hasta 20 años con este procedimiento que después fue divulgado por cirujanos norteamericanos como Cameron[22], pues en EUA esa afección es más frecuente.

En 1977 publicamos en Francia una nueva técnica de calibrar las anastomosis con tubos separados en sedal que traccionan independientemente hacia ambos lados ensanchando la neoboca hepaticoyeyunal[23].

Les llamamos tubos en doble O pues al conectar los extremos entre sí, queda esa figura (Figura 2).

Divulgación de la técnica en Europa y Estados Unidos

La historia de la intubación transhepática es muy interesante. Fue para nosotros muy importante el estímulo que nos brindó nuestro maestro Abel Chifflet, que me permitía operar en su clínica a los pacientes con difíciles problemas biliares. Como también otros grandes cirujanos extranjeros. Debo sumar dos más: Tomás Starzl, el padre del transplante de hígado y Mark Ravitch introductor de la sutura mecánica y editor del *Current Problems of Surgery**. Ambos me permitieron publicar junto con los Dres. Alberto Estefan y Eduardo Tiscornia un número entero del *Current Problems of Surgery** en el cual aprovechamos para revindicar prioridades técnicas de cirujanos uruguayos, argentinos, franceses y alemanes, desconocidos en la bibliografía inglesa. En el "Foreword" decía Mark Ravich editor de la revista:

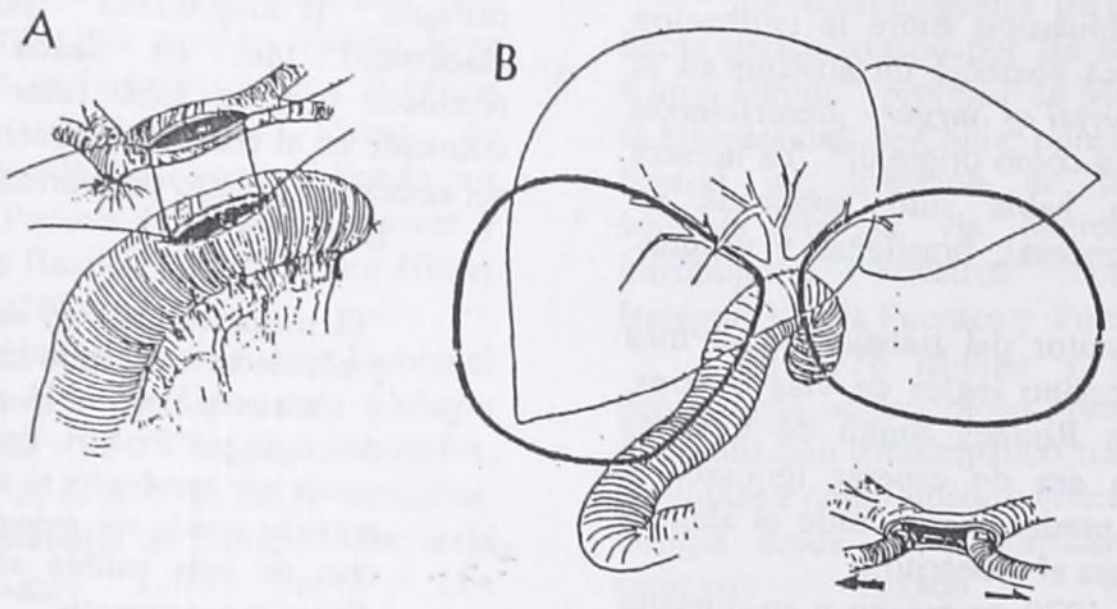
> "El Profesor Praderi nos rezonga justificadamente a nosotros los norteamericanos por nuestro desconocimiento de las publicaciones en alemán, francés y español"[24].

Solo la grandeza de ese gran cirujano y humanista desaparecido hace pocos años justifica esa frase que demuestra una envidiable honestidad científica.

Los cirujanos yankis desconocían la técnica de anastomosis hépatico yeyunal desarrollada en París por el

* Nota de los editores: Las trece primeras páginas (que incluye un prárrafo sobre "antecedentes históricos) de Raúl C. Praderi y sus colaboradores, en un *CPS* fueron reproducidas en el volumen *8*, correspondiente a las Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina del año 1986, publicado en 1991, pp. 138-18 138-31.

Figura 2



A. Hepático yeyunostomía latero-lateral sobre el hepático izquierdo (técnica de Hepp).
B. Colocación de tubos transhepáticos en doble O que traccionan ensanchando la anastomosis como se ve en el dibujo pequeño.

Profesor Jaques Hepp en 1965 para tratar las lesiones iatrogénicas del hepático[25].

Ella se basaba en los estudios anatómicos de Claude Couinaud[26] y consistía en disecar la rama izquierda del conducto hepático y anastomosar en ese tejido sano un asa yeyunal diverticular de Roux o Braun.

Es realmente insólito que dicha técnica tardó 20 años en adoptarse en Estados Unidos e Inglaterra aunque un cirujano británico: Rains, la había practicado y presentado en el Royal College of Surgeons[27]. Los famosos cirujanos de Boston Cattell[28] y Warren en la Clínica Lahey operaban muchas lesiones iatrogénicas del colédoco en EUA, pero nunca hicieron la operación de Hepp y tuvieron malos resultados*.

Recién a fines de la década de 1970 un francés Bismuth[30] y un ingés, Blumgart[31], la difundieron en E.U.A. Entretanto en Francia, España, Brasil, Argentina y Uruguay hacía 20 años que usábamos el procedimiento de Hepp.

* Cattel operó al primer ministro inglés Anthony Eden al cual le habían cortado el colédoco durante una colecistectomía en Inglaterra. En una visita que hice a Framingham me obsequiaron la colangiografía de un paciente reoperado 8 veces en la Clínica Lahey al que nunca le tocaron el hepático izquierdo por desconocer la técnica francesa. Ya estaba cirrótico y drogadicto.

Lord Smith of Marlow

En 1964 tres años después de nuestra publicación sobre la intubación transhepática apareció un artículo en el *British Journal of Surgery* ¡describiendo la operación como original![32] Ya nuestra experiencia había sido publicada en revistas francesas, brasileñas y uruguayas.

El autor del trabajo era el más famoso cirujano inglés de vías biliares, el profesor Rodney Smith de Londres que como era de esperar ignoraba a todos sus predecesores desde el alemán Goetze hasta el subscrito.

En 1979 en mérito a su dilatada actuación como profesor de cirugía, la reina de Inglaterra le confirió el título de Lord Smith of Marlow.

Publicó entonces un extenso artículo titulado "Obstructions of the bile duct" del cual traducimos el siguiente párrafo:

> "Pronto aparecieron publicaciones de otros cirujanos que preferían colocar tubos de esa manera [se refiere a los tubos transhepáticos], algunos de ellos habiendo claramente llegado a esta decisión independientemente, en particular Praderi, de Montevideo a cuyos meditados artículos debo pagar tributo Praderi (1974); Praderi, Delgado et al. (1974); Mazza et al., (1974)"[33]

"Nobleza obliga, decimos nosotros".

El Maestro Jacques Hepp en uno de sus últimos trabajos en el cual llama a su técnica "French Connection" (recordando el título de una famosa película protagonizada por Gene Hackman) que en casos difíciles reconoce que un tubo tutor debe ser colocado en el conducto derecho y puede ser necesario dejarlo por varios meses.

Dice así:

> "El mejor método en este caso es probablemente el tubo transhepático y transintestinal en U como autor descripto por Praderi. Es móvil pero puede ser cambiado si se obstruye, también puede ser reemplazado por otro de más calibre si se quiere dilatar la anastomosis".[34]

Wexler y Smith describieron en 1975 una maniobra muy ingeniosa aplicando un parche de mucosa yeyunal arrastrado hacia arriba por un tubo transhepático[35]; la idea era que la mucosa evitara la proliferación del tejido fibroso del hilio hepático.

Personalmente utilicé una sola vez en una enferma con hígado cirrótico que llevaba 16 años de estenosis de una hepático yeyunostomía practica en Argentina por la cual pasaba la bilis por un trayecto filiforme. Blumgart reportó en el panel de cirugía biliar que yo integraba en el 50 Congreso de la International Biliary Association (I.B.A.), en Barcelona[36] que había reoperado varios enfermos en Inglaterra operados así, todos ellos reestenosados. En realidad usaban esa técnica los

cirujanos que no sabían efectuar la operación de Couinaud-Hepp.

Por esa época se publicaron dos libros en cuya carátula figuraba este procedimiento que cayó en desuso. Eran autores de dichos textos dos famosos profesores de cirugía, Caine de Cambridge y de la Rovere publicado por Piccin en Padova (1984) y Allgower y Tondelli de Basilea publicado por Huber en Bern (1979).

En 1980 se realizaba en Lisboa el 6° Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva, institución de la que fui socio fundador. La sesión plenaria de cirugía biliar sería presidida por Lord Smith. Los vicepresidentes eran Kummerl de Alemania y el autor. Smith no concurrió y me tocó presidir el panel integrado por diez cirujanos de diferentes países. Allí me di cuenta que la mesa organizada por el colega inglés estaba mal constituida, pues no había ningún endoscopista ni radiólogo intervencionista. La papilotomía endoscópica había sido inventada por Demiling y Classen en 1973 y la colangiografía transparieto-hepática seguía progresando desde 1974 con los drenajes transhepáticos colocados por radiólogos (Cuadro II).

La intubación transhepática percutánea

Bismuth en una conferencia mostró una fotografía de la clásica estatua del Laoconte luchando contra las serpientes ayudado por sus hijos. Era la imagen del cirujano biliar y sus dos colaboradores, desde entonces imprescindibles, el endoscopista y el radiólogo intervencionista.

La colangiografía percutánea se había perfeccionado por las técnicas de Kunio Okuda[59] profesor de Medicina de la Universidad de Chiba, puncionando el hígado en dirección de la décima vértebra por la vía intercostal que introdujeron nuestros compatriotas Benigno Varela Fuentes y Polero[57].

En 1974 Molnar y Stockum[64] concibieron un ingenioso procedimiento de intubación transhepático transtumoral percutánea como nosotros hacíamos con cirugía desde 1961. Rápidamente los radiógos: Takada[63], Wiechel[68a], Pereiras[69], Okuda[59] y otros lo perfeccionarion.

En nuestro país el radiólogo intervencionista Eduardo Tiscornia precozmente adoptó esa técnica y publicó los primeros resultados con nosotros en E.U.A.[24]

Desde entonces trabajamos en estrecha colaboración combinando técnicas radiológicas y quirúrgicas. Y a veces endoscópicas.

Tratamiento de las litiasis residuales e intrahepáticas.

La manipulación del colédoco a través del túnel del tubo de Kehr fue concebida en la Argentina por Mondet[66] y desarrollada ampliamente por Mazzariello[29] que consiguió por esa vía extraer cálculos residuales, dilatar la papila y evacuar quistes hepáticos

Cuadro II

Prioridad en radiología y drenajes transhepáticos ercutáneos

PRIMERA PUBLICACIÓN

TÉCNICA	FRANCÉS	ESPAÑOL	JAPONÉS	INGLÉS
Colangiografía transparietohepática (PT)	Huard and Do-Xuan Hop (1937) (Indochina)			Carter y Saypol (1952)[58]
Colangiografía transparietohepática intercostal (PTCI)		Varela Fuentes (1957)[57] (Uruguay)	Okuda, (1972)[59] con "Aguja de Chiba"	
Drenaje biliar transparietohepático	Léger, (1952)[60]		Nakayama, (1965)[61]	
Drenaje biliar transparietohepático externo-interno			Takada, (1976)[63]	Moinar, (1974)[64]
Coledocoscopía transparietohepática por acceso a través de túnel del Tubo de Kehr		Mondet (1952)[66] (Argentina) Mazzariello, (1964)[29] (Argentina)	Nimura. (1982)[65]	Gazzaniga (1983)[67] Burhene. (1978)[68]

centrales abiertos en vía biliar. Utilizando un colédocofibroscopio de 7 milímetros de diámetro fue posible hacer fibroscopía de la vía biliar principal. Esta técnica fue descrita casi simultáneamente por Yamakawa[70] y Gocho[8a] en Japón; Hwaung[72] en Taiwan y Moss, Whelan y Powell[73] en E.U.A., introduciendo el fibroscopio simultánea o alternativamente con pinzas de Randall o cestillas de Dormia. Estos autores extrajeron cálculos intrahepáticos.

Nimura[65] presentó en París en el Cuarto Congreso de la I.B.A., el uso de colangioscopía transhepática percutánea en pacientes no operados iniciando la era de la coledocoscopía transhepática percutánea (PTCS, sigla en inglés).

Nimura estuvo en Montevideo con Tiscornia y el autor, calibrando una colangitis esclerosante posthidática, patología que nunca había visto.

En realidad se obtienen tan excelentes resultados en la extracción de cálculos con radiología que es poco necesaria la visión directa[67,67*, 68, 68*,69,74,75]

Antes de existir estas técnicas, las litiasis intrahepáticas se operaban, lo cual no era fácil.

En 1981 en un curso que se realizaba en Oporto durante el invierno europeo en el cual participaban los más importantes cirujanos de Europa, me invitaron a operar y me dieron a elegir entre un empedrado coledociano y una paciente sin ictericia con una colangiografía transparieto hepática poco clara.

Elegí esta última. En la operación me di cuenta que tenía un conducto lateral derecho que en vez de unirse con el paramediano derecho para formar el conducto homónimo desembocaba en el hepático izquierdo constituyendo lo que llama Couinaud deslizamiento izquierdo. La operación y las colangiografías operatorias que yo efectuaba eran trasmitidas por televisión y mi distinguido amigo español, el Profesor Carlos Pera Madrazo de Córdoba explicaba en el pizarrón mientras yo operaba. Abrí el conducto hepático izquierdo longitudinalmente frente al ostium del conducto lateral derecho que estaba obstruído por cálculos. Con la mano izquierda (que no se veía en la filmación) apreté el lóbulo derecho simultáneamente con la extracción del cálculo obstructor con una pinza de cálculos en la mano derecha. Saltó un chorro de bilis puriforme y pequeños cálculos con gran alegría de los colegas que estaban en el auditorio.

Lo que no sabían ellos era que yo había operado en Montevideo a un paciente armenio que tenía exactamente la misma patología y variación anatómica. Ese caso está publicado[76].

Ictericia por cáncer secundario y linformas del pedúnculo hepático.

La intubación transhepática nos permitió tratar diversos casos de neoplásicos con recidivas en los ganglios del pedículo hepático determinantes de ictericias obstructivas. Estos pacientes

antes se dejaban morir pero resolvimos operar algunos de ellos. Para eso usábamos diversas operaciones de anastomosis biliodigestivas a veces con puentes yeyunales o vesiculares combinadas con tubos transhepáticos con trayectos diferentes[77] (Figura 3).

Hemos llegado a un capítulo complejo de la cirugía biliar que sería muy extenso para incluirlo aquí. Pero hay dos publicaciones nuestras con profusas ilustraciones que lo explican[67,78].

Figura 3



Resección de un tomor de Klatskin con toda la vía biliar extrahepática, sus ganglios y el peritoneo del pedículo hepático. Reconstrucción con cuatro anastomosis, tres de ellas calibradas con tubos en sedal (triple O). El hígado se supone transparente y se aprecian los tubos de Burlui que envainan los extremos superiores de los trubos transhepáticos. Reproducido de: PRADERI, R. C.; ESTEFAN, A.; TISCORNIA, E. (1985). "Transhepatic intubation in beningn and malignant lesions of the biliary ducts", *Current Problems of Surgery, 22:* (12), p. 28.

Obtuvimos sobrevidas aceptables de un año o más reoperando antiguos grastrectomizados por cáncer gástrico. Pero el caso más interesante fue el de una señora que nos llegó ictérica. Había sido irradiada y castrada dos años antes por un cáncer de mama. En la operación encontramos una masa ganglionar invadiendo el pedículo hepático que resecamos practicando una hepatico-yeyunostomía calibrada con un tubo transhepático en sedal. Resecamos varias metástasis en el extremo del lóbulo derecho y también la suprarenal derecha. A los diez días por otra incisión hicimos la suprarenalectomía izquierda pues había sido castrada dos años antes. Sobrevivió 3 años y medio después de nuestra operación[67].

Complicaciones de la intubación transhepáticas. Las colangitis.

La más común es la colangitis de los pacientes intubados.

Cuando se empezaron a efectuar colangiografías retrógradas transpapilares, los fiboscopios y catéteres contaminaban el árbol biliar. Fallecieron muchos enfermos de colangitis por lo cual fue necesario hacer antibióticos, a veces papilotomías y dejar sondas naso-biliares.

El árbol biliar en pacientes sin cálculos está libre de contaminación bacteriológica en el 60% de los casos como señalaba Keighley[79]. Los fiboscopios pasan por cavidades sépticas como el estómago y el duodeno arrastrando la infección. Relataré dos anécdotas muy ilustrativas al respecto. En unas jornadas científicas en Buenos Aires, un cirujano del interior que era también endoscopista mostró una hermosa colangiografía retrógrada con relleno por encima de un cáncer del colédoco. Le dije: Cuando vuelvas a tu ciudad ese paciente estará con una colangitis grave. Un tiempo después me volví a encontrar con mi amigo que es hoy un distinguido endoscopista y me confesó que mi profecía se había cumplido. Estos casos sucedieron cuando empezaba la colangio-pancreatografía endoscópica retrógrada (ERCO, siglas en inglés). Un día me enviaron por avión de un país vecino a un joven paciente de 16 años ictérico con una colangiografía retrógrada, ya estaba urémico, pues el estudio llevaba ya tres días. Lo operé inmediatamente en el Hospital Británico. Tenía un cáncer difuso de colédoco y al abrir la vía biliar salió un pus verde y pastoso exactamente igual a la pasta dentífrica con clorofila que se usaba en esa época. No pude hacer nada más que poner un tubo de Kehr y el muchacho falleció en pocos días.

Con la intubación transhepática transpapilar, sucedió exactamente lo mismo cuando se pasan tubos transhepáticos transtumorales transpapilares.

Al principio los dejábamos abiertos al pie de la cama pero observamos con el Dr. Tiscornia que las bolsas colectoras se llenaban de bilis sucia y aire. Los drenajes en realidad, sifonaban el contenido duodenal séptico

haciéndolo pasar a través del hígado. Antiguamente, cuando un enfermo drenado hacía fiebre le abríamos el tubo de Kehr pero con estos nuevos drenajes nos dimos cuenta que agravábamos la infección por la razón expuesta.

Desde entonces cuando colocamos un tubo transpapilar lo dejamos abierto durante unas horas para drenar la bilis colectada en el hígado. Luego lo pinzamos y hacemos lavados sin aspirar.

Cuando le mostré a mi admirado maestro el Profesor Walter Hess de Zurich los dibujos que había hecho en una noche en mi habitación del hotel en un Congreso, (no recuerdo donde) con todos los tipos de drenaje transhepáticos, suprapapilares, transpapilares, en sedal, en T y otros señalando sus ventajas e inconvenientes me pidió mis esquemas y me dijo: "Esto tiene que figurar en mi libro de vías biliares que está por publicarse".

Y así lo hizo[77] (Figura 4). Porque en realidad yo me consideraba responsable por las muertes y complicaciones debidas a los tubos transhepáticos que había popularizado en la literatura desde 1961.

Figura 4



Distintos tipos de drenajes transhepáticos según Praderi. Reproducido de: HESS, W.; ROHNER, A.; CIRENEI, A.; AKVBIANTZ, A. (1986) *Die Erkrankungen Der Gallen Wege Und Des Pankreas,* Padova Piccin.

En el Congreso de la International Biliary Association en Houston, un colega de E.U.A. mostró una serie de pacientes intubados con tubos transhepáticos, algunos de los cuales habían desarrollado colangitis graves (sobre todo aquellos en los que los tubos pasaban la papila). Le llamé la atención sobre ese riesgo y lo increpé señalando que eran cosas muy diferentes un drenaje transpapilar que otro suprapilar y no se debían computar en E.U.A.; a veces las discusiones son acaloradas como en este caso. Todo quedó así hasta que en el siguiente Congreso de la IBA, creo que en Australia, se me apersonó un colega mayor y me dijo: "Usted estuvo muy bien cuando criticó aquel trabajo de colangitis en el Congreso anterior". Le agradecí sus conceptos y lo saludé con alegría. Era Adson, distinguido y simpático cirujano de la Clínica Mayo con gran experiencia en cáncer biliar[80].

Otras complicaciones

Una complicación frecuente de estos drenajes es el emplazamiento incorrecto de los orificios laterales que quedan muy cercanos a la superficie del hígado o son escasos. Esto se complica cuando son traccionados por el peristaltismo, no quedando agujeros en la porción hepática. Lo contrario sucede cuando queda un orificio afuera del hígado o de la piel. Para evitar esta complicación usamos desde hace muchos años el tubo descripto por Bului de Bucarest que envaina la salida del tubo transhepático desde su emergencia en la superficie del órgano hasta el exterior[42a, 82]. A los siete o diez días de la operación, lo retiramos previa colangiografía que muestra la ubicación de los orificios.

La hemorragia es una complicación poco frecuente de los tubos transhepáticos, es rara y cesa casi siempre espontáneamente poco después de colocar el tubo. Incluso, hemos colocado tubos transhepáticos en pacientes con un síndrome de Budd-Chiari de origen hidático sin problemas. Solo una vez nos sangró un paciente con un cáncer intubado en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos de Montevideo. Le hicimos una vaina de Gel-Foam fijada al tubo que calzó en el tumor deteniendo el sangrado. Pero no olvidemos que las perforaciones hepáticas del histerómetro deben estar alejadas del hilio hepático y de los pedículos suprahepáticos.

Cuando se intuba un cáncer biliar por vía percutánea en un portador de vesícula litiásica el tubo calibrador puede obstruir la desembocadura del cístico y provocar una colecistitis aguda supurada.

En algunos casos de intubación transtumoral el túnel del tubo es invadido por el tumor[84,85,86]. Hace varios años el Profesor Ferraiña de Buenos Aires me envió las fotografías y tomografías de un paciente al cual un cirujano en la Provincia de Buenos Aires le había colocado un tubo transtumoral seis años antes sin resecar el cáncer. Este invadió el túnel hasta la piel que infiltró.

La biopsia del tumor emergente confirmó el diagnóstico.

Nuevas técnicas

Cuando describimos el "tubo en doble O" recibimos una fotografía del Profesor Bismuth de un enfermo al cual le había colocado tubos transhepáticos en triple O, y en el libro de Hess figura también una foto similar. Estos enfermos tienen calibrado por separado los conductos lateral derecho paramediano e izquierdo. Hemos operado a un paciente con una estenosis iatrogénica al cual le colocamos cuatro tubos y además hicimos una operación de Soupault-Couinaud también calibrada (Figura 3).

La intubación nos ha sido muy útil también después de hepatectomías por cáncer de la convegencia en enfermos en que estaba invadido el hepático derecho o izquierdo o las ramas homónimas de la vena porta. Una paciente con hepatectomía derecha y hepático-yeyunostomía izquierda lleva 15 años de operada[81].

Roberto Perdomo, aplicó en nuestro ambiente la intubación transhepática a la cirugía del quiste hidático en aquellos casos en que no es aconsejable la quistectomía. Coloca un tubo de Kehr en el colédoco y saca la rama larga por el orificio de abertura del parásito en la vía biliar a través de la cavidad quística que consigue así reducir rápidamente[71].

En algunos raros casos de cáncer de la convergencia en pacientes añosas (82 y 84 años), hemos obtenido sobrevidas de hasta 30 meses con intubación transtumoral[83].

Más tarde ideamos otra nueva operación para los cánceres de vesícula con invasión ganglionar del pedículo hepático. Consiste, en resecar los ganglios anteriores desnudando el colédoco para poder abrirlo verticalmente. Introducimos por allí un histerómetro y colocamos un tubo transhepático multifenestrado que pasamos a través de la papila. Suturamos luego cuidadosamente el colédoco y dejamos enfrentado al mismo, un tubo de Kehr cortado en media caña, "Kehr ofrecido"; si filtra algo de bilis los primeros días, sale por este drenaje que luego retiramos quedando la vía biliar calibrada y el enfermo sin ictericia[87].

Se puede también sacar el extremo inferior por el yeyuno o haciendo un trayecto retrógado transpilórico por el estómago. Estos tubos son más fáciles de manejar que los drenajes simples colocados por radiología, son cambiables y de más calibre.

Con dicha técnica hemos tenido sobrevidas mejores que con intubación percutánea radiológica. También la hemos aplicado con éxito en algunos casos de pequeñas lesiones del colédoco producidas durante una colecistectomía. Childs y Hart para poder manejar los tubos transhepáticos por ambas puntas después de resecar tumores de Klatskin llevan el extremo del asa yeyunal a la pared y sacan por allí la otra punta del tubo transhepático. Esta técnica es útil en el tratamiento de cánceres y también de litiasis intrahepática residuales[88].

Alexandre[89] hace algo similar pero con tubos sacados "a la Witzel", técnica que tiene el riesgo de deslizamiento y salida de los tutores.

Otra innovación reciente[90] consiste en pasar el tubo transhepático por debajo del peritoneo retrohepático para no tener necesidad de usar tubos de Burlui. Del lado izquierdo a veces los pasamos por el ligamento falciforme.

Bibliografia

1. PRADERI, R. C. (1982) "One hundred years of biliary surgery", *Surgical Gastroenterology, 1,* p. 269.

2. PRADERI, R. C.; HESS, W. (1997) "A brief history of biliopancreatic diseases and therir treatment, in W. HESS; G. BERCI (eds.), *Textbook of Biliopancreatiac Diseases.* Padova, Piccin.

3. PRADERI, R. C. (1981) "Centenario de la gastrectomía y gastroenterostomía", *Cirugía del Uruguay, 51,* pp. 503-506.

4. PRADERI, R. C. (1961) "Coledocostomía transhepática", *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 32,* pp. 237-241.

5. GOETZE, O. (1951) "Die Tranhepatische. Dauerdrainage bei der hohen Gallengangsstenosen" . *Archiv für Klinische. Chirurgie, 270,* p. 97.

6. GOETZE, O.; SCHWABE, B. (1959) "Alte And Neue Operationen der hohen Gallegangs-stenosen und der Diahepatischen (Transhepatische) Dauerdrainage, *Beiträge für. Klinische. Chirurgie, 198,* p. 413.

7. QUIJANO, M.; CAMPUZANO, (1957) "La Estenosis cicatrizal del colédoco". *Revista de Investigación Clínica, 9,* México, p. 87.

8. MUÑOZ, R. (1959) "Reconstrucción de las vías biliares, anastomosis bilio-intestinal con inserción transhepática de una sonda en T. *Revista de Investigación Clínica, 11,* México, p. 217.

8 a. GOCHO, K.; HIRATSUKA, H. (1977) "Post operative choledochofiberscopy removal of intrahepatic stones", *Japan Journal Surgery, 7,* p. 18.

9. GRINLAY, J.; EBERKE, J.; WALTERS, W. (1953) "Technique for external drainage of biliary tract wich leaves ducts intact", *Archives of Surgery, 67,* p. 289.

10. PATEL, J. C. (1963) "Hepaticostomie transhépatique". *Presse Medicale, 71,* p. 290.

11. PRADERI, R. C. (1974) "Twelve year's experience with transhepatic intubation", *Annals of Surgery, 179,* p. 937.

12. PRADERI, R. C.; DELGADO, B.; MAZZA, M; *et al.* (1974) "Drainage trans-hépatiques doubles", *Lyon Chirurgicale, 70,* p. 294.

13. PRADERI, R. C. (1962) "Hepatogastrostomía látero-lateral, *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 33,* p. 495.

14. SOUPAULT, R.; COUINAUD, C. (1959) "Sur un procédé nouveau de dérivation biliaire intrahépatique. La cholangiojéjunostomie gauche sans sacrifice hépatique". *Presse Médicale, 65,* p. 1157.

14 a. GOHRBADT, E. (1934) "Anastomosen in trahepatischer Gallengange mit dem Magen und Darm Kanal", *Archiv für Klinische Chirurgie, 179,* p. 665.

15. PATEL, J. (1964) "Technique de calibrage des anastomoses bilio-digestives intrahépatiques, *Presse Medicale, 72,* p. 348.

16. PATEL, J.; PATEL, J. C.; LÉGER, L. (1969) "Voies biliaires extra-hépatiques. Pancreas", in *Nouveau traité de technique chirurgicale.* Paris, Masson Tome 12, fas. 2.

17. PRADERI, R. C.; ESTEFAN, A. (1977) "Intubation canalaire pour cancer des voies biliares", *Encyclopedie Medico-Chirurgicales (Techniques Chirurgicales de l'Appareil Digestif), 3,* 40207.

18. PRADERI, R. C. (1963) "Cáncer del confluente hepatocístico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de 6 años", *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 34,* p. 442.

19. GOÑI MORENO, I. (1975) "El tubo transhepático de Praderi", in, *Experiencias de Quirófano.* Buenos Aires, Editorial Univer-sitaria.

20. PRADERI, R. C.; ESTEFAN, A.; ZITO M.; SARROCA, C.; PUIG, R.; SANTERO, E.; CHIOSSONI, M.; DE STEFFANIS, E. (1973) "Colangitis esclerosante primaria", *Cirugía del Uruguay, 43,* p. 511.

21. WELLWOOD, J. M.; WARREN, K. W. (1981) "Sclerosing Cholangitis", in R. Smith, Sh. Sherlock, *Surgery of the Gall Bladder & Bile Ducts,* London, Bufterworth, capítulo 20.

22. CAMERON, J.; GAYLER, B.; ZUIDEMA, G. (1978) "The use of silastic transhepatic stents in benign and malignant biliary strictures", *Annals of Surgery, 188*, p. 552.

23. PRADERI, R. C.; ESTEFAN, A.; DAVIDENKO, N. (1977) "Drainages transhépatiques en double "O", *Nouvelle Presse Médical, 6,* p. 2515.

24. PRADERI, R. C.; ESTEFAN, A.; TISCORNIA, E. (1985) "Transhepatic intubation in the benign and malignant lesions of biliary duct, *Current Problems in Surgery, 22* (12). Chicago, Year Book Medical Publishers, 88 pp., aquí, p. 1.

25. HEPP, J.; COUINAUD, C. (1956) "L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliaire principale", *Presse Médicale, 64,* p. 947.

26. COUINAUD, C. (1957) *Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales.* Paris. Masson.

27. RAINS, A. (1959) "Biliary obstruction in the region of the porta hepatics, *Annals of Real Colllege of Suregeons, 24,* England, p. 69.

28. CATTEL, R. (1947) "Benign Strictures of Biliary Ducts, *Journal American of the Medical Association, 134,* p. 235.

29. MAZZARIELLO, R. (1978) "A fourteen-year experience with nonoperative instrumental extraction of retained bile duct stones", *World Journal of Surgery, 2,* p. 447.

30. BISMUTH, H.; FRANCO, D.; CORLETTE, M. *et al.* (1978) "Long term results of Roux en Y hepaticojejunostomy", *Surgery, Ginecology and Obstetrics, 146,* p. 161.

31. BLUMGART, L. H.; KELLEY, C. J. (1984) "Hepaticojejunostomy in benign and malignant high bile ducto stricture: Approaches to the left hepatic ducts", *British Journal of Surgery, 71,* p. 257.

32. SMITH, R. (1964) "Hepaticojejunostomy with transhepatic intubation", *British of Journal Surgery, 51,* p. 186.

33. SMITH, R. (1979) "Obstructions of the bile duct". *British Journal of Surgery, 66*, p. 69.

34. HEPP, J. (1988) "Hepaticojejunostomy using the left biliary tract for iatrogenic biliary lesions. The French connection", *World Journal of Surgery, 9,* p. 507.

35. WEXLER, M.; SMITH, R. (1975) "Jejunal mucosal graft", *American Journal of Surgery, 119,* p. 204.
36. BLUMGART, L.; BISMUTH, H.; WARREN, K.; PRADERI, R. C.; PUIG LACALLE, J. (1983) "Iatrogenic benign bile duct stricture. (Panel). *International Biliary Association (IBA) Fifth Annual Meeting.* Barcelona.

36 a. BURROWS, L.; KARK, A. (1967) "Use of transhepatic intubation in biliary strictures repair", *American Journal of Surgery, 113,* p. 409.

37. STONE, R.; COHEN, Z. (1973) "Bile duct Injury", *American Journal of Surgery, 125,* p. 253.

38. HESS, W.; BERCI, G. (1997) *Textbook of Biliopancreatic Diseaases.* Padova, Piccin.

39. CAMERON, J.; SKINNER, D.; ZUIDEMA, G. (1976) "Long term transhepatic intubation for biliary duct strictures", *Annals of Surgery, 183,* p. 489.

40. PRADERI, R. C. (1965) "Lesiones por el acto operatorio en la colecistectomía", *Prensa Médica Argentina, 52,* p. 1989.

41. PRADERI, R.; MAZZA, M.: GÓMEZ FOSSATI, C. (1979) "Le drainage transhépatique en seton", *Nouvelle Presse Médicale, 3,* p. 2015.

42. SAYPOL, G. M.; KURIAN, G. (1969) "A technique of repair of strictures of the bile duct", *Surgery Ginecology Obstetrics, 128,* p. 1071.

42 a. BURLUI, D.; MANESCO, D.; CONTANTINESCO, C. *et al.* (1968) "Intubation canaliculaire transhépatique dans la chirurgie de l'hépatocholédoque", *Annals de Chirurgie, 21,* p. 1271.

43. STEFANINI, P.; CARBONI, M.; PETRASSI, N. (1975) "Roux – en – y hepaticojejunostomy: A reappraisal of its indications and results", *Annals of Surgery, 181,* p. 213.
44. SEIRO, V.; HASTBACKA, J. (1966) "Left lobe hepato-cholangio-jejunostomy in palliative treatment of malignant biliary obstruction", *Acta Chirurgica Scandinava, 131,* p. 154.

45. DUDLEY, S. E.; EDIS, A.; ADSON, M. (1979) "Biliary decompression in hiliar obstruction", *Archives of Surgery, 114,* p. 519.

46. BISMUTH, H.; CORLETTE, M. B. (1975) "Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver", *Surgery, Gynecology and Obstetrics, 140,* p. 170.

47. CHAMPEAU, M. (1967) "La segmentectomie IV dans l'exposition chirurgicale des voies biliaires intrahépatiques", *Memoires de l'Academie de Chirurgie, 93,* p. 164.

48. PRADERI, R. C.; PARODI, H.; DELGADO, B. (1964) "Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática", *Anales de la Facultad de Medicina, 49,* Montevideo, p. 221.

49. ROSSI, R.; GORDON, M.; BRAASCH, J. W. (1980) "Intubation techniques in biliary tract surgery", *Surgical Clinics of North America, 60,* p. 297.

50. KUNE, G. A.; SALI, A. (1980) *The Practice of Biliary Surgery,* Oxford, Blackwell.

51. STEPHEN, J. L. (1964) "Quadrate lobectomy", *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 57,* p. 551.

52. ESTEFAN, A.; PRADERI, R. C. (1975) "El calibrado de la confluencia de los hepáticos en las derivaciones izquierdas

por obstrucciones biliares neoplásicas. *Cirugía del Uruguay, 45,* p. 157.

53. BEART, B.; PUTNAM, C.; STARZL, T. (1976) "Use of an U tube in the treatment of biliary disease", *Surgery, Gynecology and Obstectrics, 142,* p. 913.

54. PRADERI, R. C.; MAZZA, M.; GÓMEZ FOSSATTI, C. *et al.* (1974) "Hepaticostomía transgástrica mediata", *Cirugía del Uruguay, 44,* p. 77.

55. MOSS, C.; SHEIN, C. (1976) "Nonanastomotic hepaticogastrostomy for palliative decompression", *Surgery, Gynecology and Obstetrics, 142,* p. 587.

56. HUARD, P.; DO-XUAN-HOP (1937) "La ponction transhépatique des canaux biliaires" *Buletin. de la Societé Medicale de Chirurgie, , Indochine, 62,* p. 1090.

57. VARELA FUENTES, B.; BERTONI, C.; POLERO, J. (1957) "La colangiografía por punción hepática", *La Prensa Médica Argentina, 44,* p. 38.

58. CARTER, R F.; SAYPOL, G. M. (1952) "Transabdominal cholangiography", *JAMA, 148,* p. 253.

59. OKUDA, K.; ITO, M. (1976) *Radiological aspects of the liver and biliary tract.* Tokyo, Igaku Shoin.

60. LEGER, L.; ZARA, M.; ARVAY. (1952) "Cholangiographie et drainage biliaire par ponction tranhépatique", *Presse Medicale, 60,* p. 636.

61. NAKAYAMA, T.; IKEDA, A.; OKUDA, K. (1978) "Percutaneous tranhepatic drainage of the biliary tract: Techniques and results in 104 Cases", *Gastroenterology, 74,* p. 554.

62. REMOLAR, J.; KATZ, s.; RYBAK, B. *et al.* (1956) "Percutaneous transhepatic cholangiography", *Gastroenterology, 31,* p. 39.

63. TAKADA, T.; UCHIDA, Y.; YASUDA, H. *et al.*. (1977) "Conversion of percutaneous transhepatic cholangiodrainage to internal drainage in obstructive jaundice", *Japanese Journal of Surgery, 7,* p. 10.

64. MOLNAR, W.; STOCKUM, A. (1974) "Relief of obstructive jaundice through percutaneous transhepatic catheter: A new therapeutic method" *American Journal of Radiology, 122,* p. 356.

65. NIMURA, Y.; KAMIYA, J.; HASEGAWA, H., *et al.* (1982) *Percutaneous transhepatic cholangioscopy in the management of biliary tract diseases.* (International Biliary Association, Metting, Paris).

66. MONDET, A. (1962) "Técnica de la extracción incruenta de los cálculos en la litiasis residual del colédoco", *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, 46,* p. 278.

67. PRADERI, R. C.; POMI, J.; ESTEFAN, A. (1981) "Tratamiento de las ictericias por cánceres secundarios y linfomas del pedículo hepático", *Prensa Médica Argentina, 68,* p. 357.

67 a. GAZZANIGA, G. M.; FAGGIONI, A.; *et al.* (1983) "Percutaneous transhepatic cholangioscopy. *International Surgery, 68,* p. 357.

68. BURHENNE, H. J.; PETERS, H.E. (1978) "Retained intrahepatic stones. Use of the U tube during repeated nonoperative stone extractions", *Archives of Surgery, 113,* p. 387.

68 a. WIECHEL, K. L. (1964) "Percutaneous transhepatic cholangiography. Technique and application", *Acta Chirurgica Scandinava, 330,* p. 1.

69. PEREIRA, R.; RHEINGOLD, O.; HUTSON D., *et al.* (1978) "Relief of malignant obstructive jaundice by percutaneous insertion of a permanent prosthesis in the biliary tree", *Annals of Internal Medicine, 89,* p. 589.

70. YAMAKAWA, T. (1976) "Improved choledochofiberscope and nonsurgical removal of retained biliary calculi under direct visual control". *Gastrointestinal Endoscopy, 22,* p. 160.

71. PERDOMO, R.; MORELLI, R.; CARRIQUIRY, L. *et al.* (1977) "Cholédocostomie transhépatique kystique en cas de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires", *Nouvelle Presse Médicale, 6,* p. 747.

72. HWAUNG, M. H.; YANG J. C.; LEE S. A. (1980) "Coledochofiberscopy in the postoperative management of intrahepatic stones", *American Journal of Surgery, 139,* p. 860.

73. MOSS, J. P.; WHELAN, J. G.; POWELL, R.V. (1976) "Postoperative choledochoscopy vía the T tube tract", *JAMA, 236,* p. 2781.

74. WIECHEL, K. L. (1997) "Percutaneous transhepatic procedures, in W. Hess, G. Berci", *Textbook of biliopancreatic diseases.* Piccin, Padova, vol. 3, p. 1659.

75. MAZZARIELLO, R. (1997) "Bloodlees instrumental extraction of residual calculi", in W. Hess, G. Berci, *Textbook of biliopancreatic diseases,* vol. 3, p. 689.

76. PRADERI, R. C.; CRESTANELLO, F.; RODRÍGUEZ DE VECCHI, V.; ESTEFAN, A.; BOGLIACCINI, G. (1980) "Colangitis aguda séptica por litiasis residual intrahepática inadvertida. Dos observaciones", *Cirugía del Uruguay, 50,* p. 202.

77. HESS, W. (1997) "External drainage of the biliary tract", in W. Hess, G. Berci, *Textbook of biliopancreatic diseases,* Piccin, Padova, vol. 3, p. 1583.

78. LYONNET, A.; TISCORNIA, E.; D'AURIA A. *et al.* (1986) "Nuevos casos de ictericia por adenopatías neoplásicas pediculares", *Cirugía del Uruguay, 56,* p. 68.

79. KEIGHLEY, M. R. (1982) "Infection in the biliary tree", in L. H. Blumgart (ed.). *The biliary tract,* Edinburgh, Churchill Livingstone Inc.

80. ADISON, M. A.; FARNEL, M. B. (1981) "Hepatobiliary cancer. Surgical considerations", *Mayo Clinic Proceedings, 56,* p. 686.

81. PRADERI, R. C.; PARODI, H.; DEL CAMPO, F.; NAVARRETE, H.; TISCORNIA, E.; PRADERI, J.; FERNÁNDEZ, G.; FACIC, A. (1988) "Resección del cáncer de la convergencia biliar superior. (Tumores de Klatskin)", *Cirugía del Uruguay, 68,* pp. 63-70.

82. BURLUI, D.; RATZIV, O. (1997) "Drainage biliaire estrapéritonéale par la veine ombilical perméabilisée", *Presse Médical, 79,* p. 408.

83. PRADERI, R. C.; MORI, R.; PASTRO, D. (1988) "Intubación transtumoral transhepática quirúrgica en octogenarios", *X Jornadas de Gastroenterología de la Cuenca del Plata,* pp. 155-156.

84. MILLER, G.; HEASTON, D.; MOORE, A. *et al.* (1983) "Peritoneal seeding of cholangiocarcinoma in patients with percutaneous biliary drainage", *American Journal of Radiology, 141,* p. 561.

85. RING, E.; KERLAN, R. (1984) "Interventional biliary radiology", *American Journal of Radiology, 142,* p. 31.

86. OLEAGA, J.; RING, E.; FREIMAN, D. *et al.* (1980) "Extension of neoplasm along the

tract of transhepatic tube", *American Journal of Radiology, 135,* p. 841.

87. PRADERI, R. C. (1995) "Nueva técnica para el tratamiento de los cánceres biliares". Conferencia dictada en el XI Congreso Latinoamericano de Cirugía. Sao Paulo. Palacio de las Convenciones de Ankembí, 7 de setiembre de 1995.

88. CHILDS, T.; HART, M. (1993) "Agressive surgical therapy for Klatskin tumors", *American Journal of Surgery, 165,* p. 554-556.

89. ALEXANDRE, J. L.; DEHNI, N.; BOUILLOT, J. L. (1995) "Stended hepaticojejunostomies after resection for cholangiocarcinoma allow access for subsequent diagnosis and therapy", *American Journal of Surgery, 169,* pp. 428-29.

90. GOSEKI, N.; METHASTE, A.; GEN, T.; ITO, K.; ENDO, M. (1998) "Extraperitoneal retrograde transhepatic drainage for common bile ducto exploration for prevention of tube dislodgement and its earlier remove", *Digestive Surgery, 15,* pp. 12-14.

"Evolución histórica de la Facultad de Medicina en la ciencia y la cultura nacional"*

Fernando Mañé Garzón

I

Nada más oportuno se nos ofrece en ocasión del sesquicentenario de la Universidad de la República, que hagamos una síntesis y reflexión sobre la influencia que en todo el ámbito de la cultura nacional le corresponde a la Facultad de Medicina, que cumplirá el próximo año 2000, 125 años de exigida función.

Sin lugar a dudas es la Facultad de Medicina la primera institución científica con que contó el país. Por lo tanto, está inserta en el ser nacional, determinado previo a ella, condicionado en lo que ella ofrece y favorece, fecunda en lo que le sucede y se independiza de ella y que lleva consigo un caudal de formación científica, social y humanista.

Es en esta amplia latitud que debemos hoy sublimar, concebir nuestra Facultad, concepción global, unitaria, pero también múltiple y libre, es decir Universidad. Universidad es libertad de opinión, independencia individual y social, tolerancia y ansiedad de saber y crear conocimiento, abierta y solidaria a un demos social que ella hace cada vez más receptivo.

II

En el amplio proceso de renovación del saber que creó, desplazando la ciencia griega, ciencia de las causas, por la ciencia nova, la ciencia occidental, la ciencia experimental y racionalista, la ciencia de las leyes, ese saber cundió adesde el occidente al resto del mundo. Ciencia exigida en el método inductivo experimental de formulación matemática. Nació en un ámbito reducido de Europa Occidental (Italia, Francia, Islas Británicas, Suiza, Austria, Eslovenia, Moravia, Países Bajos, Alemania, Países Escandinavos). De allí cundió con gradientes diferenciales al resto del planeta. Cumple a esa difusión que fue también asentamiento y conquista, a ese nuevo saber transitar por períodos bien definidos y concretos. El primero de asimilación, incorporación de hechos y fenómenos en todos los puntos del planeta que integró en un corpus fáctico. Así alcanzó a más de otros continentes, a América la que pasó a adquirir integración universal. El segundo período es la utilización de la ciencia para identificarse al mundo occidental,

---

* Discurso del Profesor Emérito Dr. Fernando Mañé Garzón pronunciado en la apertura del Acto académico de la Facultad de Medicina en conmemoración de los 150 años de instalación de la Universidad de la República 1919-1999, realizado en el Paraninfo de la Universidad, Montevideo, 28 de julio de1999.

para dominar el asentamiento, ciencia aplicada a la agricultura, navegación, técnicas militares y urbanas, etc. El tercero, es el período de cultivo enciclopédico de la ciencia, que se expande en la ideología de la ilustración, y que llega a América en ese período. Los dos últimos períodos de difusión universal de la ciencia es la que hoy cunde en la progresiva occidentalización de nuestros países. Es cuarto período el de ciencia colonial, es decir ciencia avalada por las metrópolis.

Es la ciencia cultivada en dichos países, el cultivo creativo de la ciencia hecha por europeos radican en ella, hijos de europeos (criollos) o nativos quienes son sus nacientes promotores. Pero esta ciencia pasa a adquirir valor, para gozar de trascendencia, debe ser avalada por las metrópolis de turno. Son ellas las que unas veces, las más, las editarán, las aprobarán y las difundirán. Es como hemos dicho el período de ciencia colonial. El quinto período es aquel en que la ciencia, creada en nuestras regiones por sus residentes nacidos y educados en ellas es regida e impuesta en sus propios valores de originalidad y trascendencia en el ámbito cultural que la ha creado y así se destaca en el ámbito universal. Es el período de ciencia independiente.

III

Todos estos períodos los hemos transitado y los transitamos en los tres siglos de nuestra occidentalización y la Universidad de la República, la Facultad de Medicina en particular, fue la que institucionalizó la ciencia en los tres últimos períodos. Hasta la inserción de la Facultad de Medicina, la Universidad contaba sólo con una Facultad de Leyes. Por ello es pertinente esbozar la ciencia que se cultivó espontánea, previa a la Facultad de Medicina y que sin duda condicionó su éxito posterior. Ciencia que se aprendió en forma enciclopédica y que la Facultad llevará a la diversificación tanto en el ámbito curricular, como cultural general y tecnológico.

IV

Nuestro país, nuestra ciudad, capital de una sola provincia, contó con tres prominentes y sucesivas figuras que ofrecieron a la naciente cultura nacional con vocación, dedicación y talento, y con singular fundamentalismo, el cultivo local de la ciencia. Desde la radicación en su tierra natural del primero al fallecimeinto del último, cubren prácticamente un siglo. Siglo paradigmático para la cultura uruguaya: 1767-1857.

V

En 1742 nace José Manuel Pérez Castellano. Luego de estudios preparatorios en Montevideo y Buenos Aires, cursa el doctorado en la Universidad de Córdoba, en ese

momento regida por la Compañía de Jesús, en el último período de su gestión universitaria antes de la expulsión. Recibió allí a la par que una completa educación humanista la influencia de destacados cultores de la ciencia como fue Thomas Falkner, Benito Riva, Ladislao Orosz, etc. Se gradúa justamente ese año, en 1767, y vuelve a su Montevideo natal a sus raíces de estirpe canaria, raíces más hortenses que urbanas e integra como bien lo definió Carlos Real de Azúa, la primera generación de montevideanos, de orientales, de uruguayos.

Pérez Castellano fue nuestro primer doctor, escritor, héroe civil, humanista y científico. Por esto, en este sesquicentenario de la Universidad, no podemos dejar de referirnos a éste nuestro primer universitario. Hasta hace pocos años se conocían o se habían editado sus ***"Observaciones sobre Agricultura"***, que compuso entre 1813 y 1814, cuyo título no es reflejo de su contenido, pues es una fuente particularmente rica de cultura humanista y científica. Son ejemplares sus ***"Escritos Históricos"*** de los cuales nos cabe recordar hoy su actuación en el Cabildo Abierto del 21 de setiembre de 1808, pirmera expresión en América Latina de independencia y autodeterminación del cual, así se expresa:

> Montevideo es la primera ciudad que despertó el valor dormido de los americanos.

Entre sus escritos inéditos, se encuentran muchos de carácter científico, como son aquellos referentes al suministro de agua potable a la ciudad, a la conservación de los recursos naturales, a las variaciones ambientales de los animales domésticos, a la población racional y distribución equitativa de la tierra. Pero particularmente queremos recordar el que expone con rigor matemático la medida de la altura del Cerro de Montevideo, junto a su discípulo Dámaso A. Larrañaga, por método trigonométrico. Constituye el primer documento científico de la ciencia nacional: 9 de diciembre de 1809. En todos sus escritos pone en evidencia un cabal conocimeinto del método científico atenido a lo experimental y racional, acondicionando un determinismo crítico.

VI

El segundo cultor de nuestra ciencia, Dámaso Antonio Larrañaga (1771-1848), nos ha dejado, además de su larga actuación pública, escritos científicos de indiscutible valor. Recibió, luego de estudios universitarios en Buenos Aires, una formación científica que llama la atención pero que se explica por haber asimilado la influencia de quien fuera su maestro, Pérez Castellano, sobre el cual así se expresa:

> Debo este género al doctor José Manuel Pérez Castellano, mi maestro, al cual consulté e incomodé permanentemente con mis consultas

y que es hombre de conocimiento general.

Su lugar en el proceso fundacional de la Univesidad fue destacado en este mismo recinto hace pocos días, por nuestra figura universitaria dilecta, maestro de generaciones, Arturo Ardao. Son sus escritos, un concreto testimonio de una vocación hacia las ciencias naturales configurando en su conjunto un espléndido repertorio de ellas, tanto en observaciones astronómicas meteorológicas, geológicas, zoológicas y botánicas. Es de particular valor sus ***"Memorias"*** sobre la formación geológica del Río de la Plata, sus hallazgos paleontológicos que fueron motivo de elogiosos comentarios de Cuvier, Bonpland, Sellow y de Saint-Hilaire, su ***"Diario de Historia Natural"*** en especial el que comprende el período entre 1808 y 1814, hasta ahora desconocido y que tenemos en curso de publicación, el que será editado por la Universidad de la República en homenaje a su primer promotor. Se compone este manuscrito de un relevamiento descriptivo sobre geología, flora y fauna de nuestra región. En él demuestra un acabado conocimiento de las ciencias de su época y pensamiento sistemático claro, penetrante y original.

Ya aparecen en Larrañaga los primeros atisbos de investigación original, de ciencia independiente como lo demuestra este magnífico paradojal ***"Diario de Historia Natural"*** 1808-1814, aún inédito:

Lleno de todas estas ideas con una especie de enfado dejo estos libros, tomé mi manteo y salí a consultar el gran libro de la naturaleza y a observar algunos géneros... que crecen en el recinto de esta plaza, particularmente una planta que muchas otras veces había visto sobre las piedras de nuestra costa y que me habia parecido otra especie del género ... la siempreviva. Esta fue se puede decir la primera vez que, dejando las muletas, empecé a andar por mi mismo, y veo que no lo he hecho mal. Los sabios lo conocerán mejor que yo.

VII

La tercera figura que cierra este fascinante período de integración de la cultura superior fue Teodoro Manuel Vilardebó (1803-1857), primer científico y médico académico con dos tesis doctorales de París, actuación en la Junta de Higiene Pública, inicio de tribunal de exigencia universitaria, investigador original, que junto con Bernardo Prudencio Berro, describieron el primer desdentado fósil, el "Dasypus giganteus". No deja de hacerse notoria en esta dedicación la influencia ejercida sobre Vilardebó del sabio Larrañaga, quien fue el primero en cultivar dichos estudios. Oportunamente Vilardebó cede la presidencia de la Comisión de la Biblioteca Pública y puso a quien consideró también un ejemplo de nuestra cultura, a Larrañaga. Nos ha dejado también una preciosa versión del primer curso de fisiología experimental que

dictó en el Collège de France Claude Bernard entre 1847 y 1848 y que marcó el inicio de la carrera de investigador de este sabio fisiólogo, base de la fisiología moderna. La inquietud en la que también desarrolló la promoción de la medicina académica en nuestra cultura, signada por su participación en la fundación en 1852 de la Sociedad de Medicina Montevideana, que presidió Fermín Ferreira, quien fue luego rector durante más de diez años de la Universidad de la República, y cuyos *"Anales"* son justo orgullo de nuestra bibliografía médica, no sólo prioridad nacional, sino de toda nuestra región.

VIII

Se concretó así una secuencia de continuidad intelectal que desde Pérez Castellano, rico de cultura humanista, adquirida en los claustros de Córdoba, se continúa en su discípulo Larrañaga que a su vez estimula la gestión ya definitivamente académica de Vilardebó. La prematura muerte de este último corta esta excepcional secuencia de desarrollo positivo de la ciencia y la cultura en el país. Si bien la continuidad se pierde, queda encendida la llama de la inquietud por el saber y la educación superior que veremos surgirá como continuación de aquella secuencia al menos al ejemplo de ella.

IX

Durante los veinticinco años que preceden a la iniciación de los cursos de nuestra Facultad de Medicina, va a madurar una exigencia cada vez mayor en el ejercicio médico y concretamente una difusión del cultivo de la ciencia en muchas de sus expresiones. Concurren a ello médicos extranjeros de varios niveles, muchos de acabada formación como: Adolph Brunel, Carl Brendel, Luis Michaelson, Bartolomé Odicini, Pedro Leonard, Pierre Vavasseur, así como Jules Lenoble químico relevante, Ernest Gibert que sentó las bases del conocimiento de nuestra flora. Cada uno de ellos han dejado pruebas de la capacidad en obras de trascendente valor.

En las décadas siguientes se gradúan los primeros médicos nacionales, que serán representativos como cuerpo profesional: Henrique Muñoz, graduado en Edimburgo, Pedro Visca, Francisco A. Vidal y Gualberto Méndez graduados en Paírs, Germán Segura en Buenos Aires y Enrique Estrázulas, médico interno de los hospitales de Filadelfia.

Estos dos componentes que gravitaron, creando un primer cuerpo médico, rivalizando a veces, armonizando otros, crean un recurso asistencial eficaz que llegó a equipararse a los más exigidos a la par que ocuparon un lugar de distinción especial por su cultura y sentido de responsabilidad en la gestión social, cuando no política. En esta última actividad de compromiso

público muchos de ellos fueron Ministros de Estado y Legisladores, aportando con su actuación un componente de cultura que contribuyó a elevar en forma primaria el nivel dialéctico y adecuadión liberal del discurso.

X

Condicionados por este largo preámbulo entramos en el proceso fundacional de nuestra Facultad. Así como la Universidad tuvo un proceso fundacional, también lo tuvo nuestra Casa de Estudios. Es un período que se extiende desde el decreto de creación de las dos primeras cátedras, el 15 de diciembre de 1875 y el inicio de los cursos, el 15 de julio de 1876, hasta la graduación del primer egresado, el 9 de noviembre de 1881, pues ello implicó que contara la Facultad con un programa curricular y con todo el elenco de profesores de las asignaturas que exigía un reglamento de estudios, que redactó el primer decano Francisco Suñer y Capdevila.

XI

Se inicia así un período de enseñanza que podemos llamar de compromiso docente. Finalidad exclusiva de enseñar, de formar médicos prácticos para la asistencia de una población creciente, cuyos niveles de exigencia hacen cada vez más perentorio contar con profesionales aptos, instruidos y responsables. Curiosamente no fueron los nombrados médicos nacionales los que se interesaron en integrar ese prístino cuerpo docente. Procedieron ellos de diferentes naciones europeas, que por causas de oportunidad laboral unos o por verse obligados a emigrar por razones políticas o ideológicas otros, se radicaron entre nosotros. Afortunadamente la gran mayoría de ellos dotados de excelentes cualidades y de formación científica entre los que podemos nombrar a Francisco Suñer y Capdevila, Julio Jurkowski, Guillermo Leopold, José Pugnalini, Eduardo Kemmerich, Juan Antonio Crispo Brandis y Antonio Serratosa. Todos ocuparon el decanato oportunamente.

En estos primeros profesores ya se destaca una gravitación cultural, que se expresa también en el pensamiento filosófico nacional. Tres de esos profesores a la par que impartían sus cursos curriculares y extendían en la sociedad su influencia intelectual, fueron los que introdujeron la filosofía materialista en nuestro medio: Francisco Suñer y Capdevila, Julio Jurkowski y José Arechavaleta, conspicuos críticos y polemistas, sobre lo cual dejaron importantes testimonios que gravitan sobradamente durante un período de la historia de nuestras ideas.

XII

Tardó casi diez años en integrarse al cuerpo docente un hijo del país. Este fue José Máximo Carafí (1852-1895), médico graduado en Francia y ex interno de los hospitales de París, quien a la par que desempeñó la cátedra de anatomía, fue ejemplar decano que impuso un régimen curricular estricto de asistencia y rendimiento. Mención especial debe hacerse de José Arechavaleta (1838-1912), quien si bien era nacido en España, llegó aún adolescente a nuestra tierra, en ella se formó como farmacéutico como bacteriólogo y botánico, primer investigador original de nuestra ciencia. Su obra botánica ***"Flora Uruguaya"*** es aún reconocida por sus hallazgos originales que perpetúan su nombre.

XIII

A dicho período siguió lo que podemos llamar el de docencia enciclopédica, es decir, trasmitir conocimientos en forma didáctica por profesores que impartían un saber poco inclinado a la creatividad, que fue cumplido progresivamente por médicos nacionales. A la par que un saber bien probado, una experiencia adquirida en un quehacer asistencial que buscó desde sus cátedras cultivar un afán creativo de progresiva exigencia hacia la primaria investigación clínico-patológica. Algunos de ellos se formaron en Europa, como ya dijimos, en París, Pedro Visca, Francisco Soca, José M. Carafí, Alfredo Navarro, Enrique Pouey, Joaquín de Salterain, (muchos internos de los Hospitales de París), Juan Francisco Canessa, Angel Canaveris, Germán Segura, Diego Pérez (graduados en Buenos Aires), etc. a partir de 1883 pasan a integrar el cuerpo docente egresados de nuestra Facultad, pero con estudios complementarios en el extranjero, como Américo Ricaldoni, Luis Morquio, José Scosería, Elías Regules, Juan B. Morelli, Manuel Quintela y Bernardo Etchepare.

XIV

La fuerza pujante de una generación inquieta ya desde estudiantes y recién graduados, hace que tras las conquistas de la medicina promovida por la investigación etiológica de la enfermedad, la microbiología, la medicina pasteuriana, llegaran a lograr la creación del Instituto de Higiene Experimental, para cuya dirección se contrató a un joven, destacado discípulo de las escuelas de Pasteur y de Koch: José Sanarelli (1875-1940).

A dicho Instituto que se le provee de todos los requisitos, tanto para la docencia experimental como para la investigación, se inaugura el 16 de marzo de 1896, acto en el cual el rector Alfredo Vázquez Acevedo así se expresa:

> Se trata este de un evento feliz, trascendental en el orden científico. Puede considerarse el más grande de

la República, después de la fundación de la Universidad.

El Instituto de Higiene Experimental fue el primer instituto con que contó la Facultad, que instauró, a pesar de no haber rendido todo lo esperado, la investigación original en las ciencias experimentales de la medicina en nuestra Facultad. Su permanencia en el esfuerzo, en la continuidad de servicio se mantiene hasta el día de hoy. Debe ser considerado el primer núcleo que cultivó como cometido prioritario la investigación.

XV

Las relaciones de dependencia y de enfrentamiento de la Facultad de Medicina con la autoridad asistencial, la cual ejercía su autoridad en forma completa y total en el único centro asistencial, el Hospital de Caridad, fueron notorias, como lo fue durante muchos años en todas partes del mundo. Las discrepancias se hicieron notorias desde los primeros pasos de la Facultad de Medicina: obstáculos para obtener cadáveres para las pruebas de concurso y la docencia, para el ingreso de estudiantes y docentes al hospital, falta de salones de clase, salas de acceso limitado si no prohibido, fueron motivo de permanentes exigencias y reclamos. En varias ocasiones estas cobraron estado público en lo que fue necesario la intervención del rector ante el Ministerio de Gobierno para que fueran respetados los fueros universitarios. Sirva de ejemplo la suspensión del ingreso al Hospital al profesor de Clínica Quirúrgica, José Pugnalini, por un conflicto promovido injustamente por un paciente. Las permanentes discrepancias con la autoridad sanitaria, la Comisión de Higiene Pública fueron menos frecuentes, aunque bien tajantes, basta recordar que el primer egresado de la Facultad, por no estar autorizado por dicha comisión fue detenido por ejercicio ilegal de la profesión al no contar con su expresa anuencia.

Durante el corto decanato de Pedro Visca se levantaron más protestas por las dificultades en la docencia hospitalaria. Esto llevó a Visca a redactar un proyecto de Hospital de Clínicas dependiente de la Facultad, proyecto que el rector Vázquez Acevedo no acogió con buen ánimo, ni tampoco apoyó, seguramente guiado por el propósito de no agudizar las dificultades que obligaban a contemporizar con el poder político en esos años de militarismo. Veremos que estos problemas seguirán vigentes hasta estos tiempos más modernos. Obligó ello a Visca a renunciar al decanato. Debemos recordar, pues es un valioso antecedente, que al fallecer Visca, entre los honores que le tributó el Consejo de la Facultad fue que, de crearse un Hospital de Clínicas, debía a su entrada lucir el busto de su primer promotor, propósito que como es notorio nunca se cumplió.

XVI

Pero no fueron todas dificultades con el Poder Ejecutivo. Este, sugerido por influencias profesionales o simplemente asistenciales, creó en 1898, los cargos y funciones de practicante interno, nombrados por riguroso concurso de oposición, a imitación formal de los Hospitales de París, de los cuales habían sido distinguidos internos Visca, Carafí, Navarro y Arrizabalaga. Ese concurso tuvo lugar en 1898. El primer interno nombrado fue Pedro Martino, luego distinguido otorrinolaringólogo.

Esta cátedra ubicua y tácita, esta vigencia docente, que se mantuvo casi un siglo, significó un destacado adelanto en la preparación médica, función desempeñada como formación complementaria paralela a la par que se desempeñaba y ofrecía una docencia empírica a los estudiantes futuros aspirantes a esos codiciados cargos, que permitieron aprender ejerciendo bajo un adecuado control y estímulo. Articulación docente asistencial ejemplar. Una gran proporción de los docentes clínicos de nuestra Facultad, con muy honrosas excepciones por cierto, fueron practicantes internos que se distinguieron en ese noble ejercicio. No se puede reseñar la historia de la formación clínica entre nosotros, sin hacer especial referencia en este ejercicio asistencial y docente que permitió potencializar la práctica y la correcta y actualizada asistencia.

XVII

Una cooperación singular también con la autoridad asistencial, fue la enseñanza que cundió con la creación del servicio de cirugía de urgencia en 1913 y 1932, en la que adquirieron destrezas generaciones de futuros profesores y profesionales en la práctica directa surgida del famoso "Cuarteto de Urgencia" que concentró dicha indispensable actividad durante casi veinte años, período durante el cual ha quedado vigente este esfuerzo en valiosas publicaciones que reflejan la relevancia de la laboar emprendida, que incluso se destacó en contribuciones de evidente valor original. Este ejemplo de servicio siguió vigente bajo otras exigencias, pero guardando el mismo espíritu de cubrir las exigencias de la medicina de urgencia principalmente quirúrgica.

XVIII

Al renovarse la Universidad al inicio del siglo, y en particular con el rectorado de Eduardo Acevedo, se diversifica la enseñanza y se estimula la dedicación especializada y con ella la investigación, creándose las cátedras clínicas de las especialidades: psiquiatría, otorrinolaringología, ginecología, dermatología, etc.

Al Instituto de Higiene Experimental suceden varios otros que se crean en las tres primeras décadas de

este siglo: Instituto de Anatomía, Fisiología, Radiología, Medicina Experimental, Neurología, Pediatría, Tisiología, Endocrinología, Enfermedades Infecciones y Traumatología. Muchos de ellos, los clínicos asistenciales, en acuerdo con la Administración de la Asistencia Pública Nacional y luego con el Ministerio de Salud Pública. A la par que cumplieron todos estos institutos una labor asistencial y docente, algunos se distinguieron por los éxitos conquistados en la investigación, tales como el de Fisiología, Medicina Experimental, Neurología y Endocrinología, alcanzando con ellos niveles de proyección internacional.

Sería largo detallar los aportes que cada uno de estos Institutos hizo a nuestra medicina en docencia e investigación, sin dejar de reseñar el desarrollo de las clínicas básicas: Medicina, Cirugía, Otorrinolaringología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría, donde diferentes escuelas se perpetúan hasta hoy. Con el indispensable desarrollo de la extensión de la actividad asistencial concreta la creación de las Escuelas de auxiliares del médico, que estará a cargo hoy de reseñar su historia el distinguido compañero y siempre vigoroso defensor de la extensión docente, el profesor emérito Dante Petruccelli.

A la par que se desarrolla esa secuencia profesional y científica con permanente creciente inquietud hacia la investigación, se diferencia y cobra notoriedad en nuestra Facultad, con el concurso unánime de sus órdenes, una preocupación integrativa liberal y social.

En 1908 ya cuenta la Universidad, diez años antes de la Revolución Programática de Córdoba, con delegados de los estudiantes al Consejo de la Facultad, presencia estudiantil que se congrega en la FEUU y en la Asociación de los Estudiantes de Medicina, cuya presencia y opinión se hizo cada vez más vigorosa y atendida. Surge siempre en estrecha armonía con la Facultad de Medicina, la que impondrá con vigor el Sindicato Médico del Uruguay, y en los sucesivos años ha dado origen a la conquista de la Ley Orgánica, por la que toda la Universidad y particularmente en la Facultad de Medicina, aunaron esfuerzos docentes, estudiantes y egresados. Reseñará con sus claras y bien depuradas palabras, un apasionado y veraz testimonio de este fermental período de lucha universitaria el ex decano Pablo V. Carlevaro, que aúna en una actuación al servicio de la Universidad, más de cincuenta años de participación estudiantil, docente, en la investigación, dirigente universitario y egresado.

XIX

La gravitación de la formación médica rica en la convivencia con la vida y la enfermedad, ha quedado vivo y pujante en muchos médicos que, sin dejar de formar parte de esa indispensable disciplina, representaron figuras señeras de nuestra riqueza

intelectual. Basta recordar entre tantos a Francisco Soca, que a la par que eminente clínico, descolló como orador académico de armonioso y elegante estilo; Francisco Imof uno de los dramaturgos más señeros, a José María Delgado, de obra tan rica como variada, a Emilio Oribe, esteta, poeta y filósofo.

XX

Enfrenta hoy la Facultad de Medicina, y la Universidad, una renovación acorde con los tiempos. Ya nos lo expondrá con una visión que descontamos tan capaz como ecuánime y de confianza en nuestro futuro el actual decano Luis Calegari.

XXI

La Facultad de Medicina, en uso de sus mandantos legales, festejó en 1915 sus treinta primeros años, que nos ha llegado en una memoria ejemplar que publicara Manuel Quintela, el decano de ese momento. Luego festejó los ochenta años en 1955. Vale recordar, para terminar, lo que en ese acto expresó el decano Julio García Otero:

> "Hoy, a los cincco años de recibir solo un edificio, presta la Facultad de Medicina al pueblo del Uruguay, un hospital modelo, con una organización única en el país, en que los enfermos reciben una asistencia que nada debe envidiar a la que puedan ofrecer en el mejor sanatorio".

Lo que confirma el rector Leopoldo Agorio:

> "La Facultad de Medicina, impulsada por las más prestigiosas personalidades, no tiene pausa, suma la investigación a la enseñanza, amplía los servicios, institutos y escuelas, para dar con ello cabida a todo lo que pueda servir al progreso de las ciencias médicas. Y como remate de su esfuerzo, incorpora al hospital Manuel Quintela a su acervo funcional, que llega a situarse entre las primeras escuelas de medicina del mundo".

Conocemos la declinación dolorosa de este optimismo del comienzo. A la urgente operación y rescate de este símbolo de nuestra Facultad, haciendo énfasis en la renovación de la enseñanza, acosada por acuciantes problemas, se referirá con cabal y profundo conocimiento y calidad de expresión el ex decano Eduardo Touya.

XXII

Pasamos 1955, vendrán en los próximos años la epopeya del concurso de fuerzas por la sanción de la Ley Orgánica de la Universidad, en la que se plasma una aspiración, como la que se conquistó en 1908 con la representación estudiantil en la conducta universitaria, dando ejemplo nuestra Universidad, que

cumple con el ideal del cogobierno de los tres órdenes: docentes, estudiantes, egresados. En el exigido cumplimiento de su misión de compromisos, otros que el de la libertad y equidad en sus propuestas.

XXIII

La Facultad de Medicina al culminar el siglo, puede estar orgullosa de haber cumplido con la sociedad que la creó, pues en sucesivas generaciones, en un esfuerzo permanente, no claudicó en sus docentes, en la defensa de los derechos del estudiantado y en la dignidad laboral de los egresados. Aún en períodos tan oscuros como difíciles, en dar lo mejor, tanto en el quehacer médico asistencial, en la asistencia, como en la representatividad social, en la investigación, presencia exigida por la cultura humanista de la nación.

XXIV

Debemos dejar sentada, sin embargo, una profunda inquietud, Hemos detallado- la eficaz y profunda obra fecunda que la Facultad de Medicina ha significado en la elaboración de nuestra cultura científica y humanista. A la visión optimista de nuestro decano y nuestro rector en 1955, debemos hoy contraponer la situación crítica que actualmente transitamos, que nuestro actual rector Rafael Guarga nos ha hecho conocer explícitamente. El gasto público en educación que nuestro Uruguay invierte es de 2.8% del PNB, el cual no ha variado prácticamente en los últimos treinta años. El promedio mundial es de 4.9, el de los países industrializados es de 5.1 y los demás latinoamericanos es de 4.5. Esta penuria y estrecha inversión contrasta con que nuestro país tiene en lo que se refiere a la demanda de enseñanza media y superior uno de los índices más altos de la región: 27.3%, siendo la media regional del 17.35. Queda evidente así nuestra contrastada riqueza y pobreza. A nosotros como pueblo responsable del futuro de nuestros hijos cabe revertir esta angustiante situación con vigor, consenso, tolerancia y esperanza. Adecuada, deseable afluencia a los niveles altos de enseñanza que progresivamente se acercan a la de los países industrializados, que se resiente por la escasez de recursos para poder cumplir con ello en forma satisfactoria.

Nota de los editores:

Los discursos pronunciados a continuación de éste estuvieron a cargo del Prof. Em. Dr. Dante Petrucelli: "Las Escuelas de la Facultad de Medicina" (véase el artículo siguiente); Prof. Em. Dr. Pablo Carlevaro, "Testigo de más de un tercio de los 150 años de vida de la Universidad de la República"; Prof. Dr. Eduardo Touyá (ex Presidente de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, ALAEM): "La tranformación

y Reforma Mayor de la Universidad de la República". Decano, Prof. Dr. Luis Calegari: "Los desafíos de nuestra Facultad de Medicina" y por último, Dr. Em. De OPS/OMS, Prof. Ad. Hon. Dr. Carlyle Guerra de Macedo, "La salud y el desarrollo humano en Latinoamérica". Todos estos discursos están recogidos en forma mecanografiada (36 pp); Archivo del Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina.

La medicina darwiniana*

Fernando Mañé Garzón

Nada en biología cobra sentido
Sino a la luz de la evolución
Th. Dobzhansky**

I

El estudio de los problemas que se plantea la medicina en un contexto evolutivo, es lo que se ha dado en llamar medicina darwiniana[1]. La biología evolutiva es el fundamento de toda la biología y la biología es el fundamento de la medicina. Exponer y destacar dicho concepto es lo que nos proponemos desarrollar en este ensayo. El incluir en el pensamiento médico, clínico, social o epidemiológico la medicina darwiniana dará una visión complementaria e ineludible para comprender la salud y las enfermedades del hombre.

II

La medicina clásica, ha transitado en el recurso de la frecuencia. Su énfasis estuvo dirigido, requerido por las enfermedades de tan alta frecuencia que ellas hacían la ineludible atención de sus afanes: la sífilis, la tuberculosis, la difteria, la fiebre tifoidea, las demás enfermedades infectocontagiosas de la infancia, los desarreglos gastrointestinales, la neumonía, claudicaciones cardiovasculares, los accidentes vasculares encefálicos, el cáncer. Muchos de estos no han disminuido en frecuencia sino que se conocen mejor sus entidades y límites de acción terapéutica, lo que ha permitido surgir a la consideración clínica otras afecciones, individualmente poco frecuente pero en conjunto muy numerosas que requirió un cambio sustancial en la epistemología médica. No pensemos con frecuencia, o mejor no solo en frecuencia, sino en incidencia (figura 1) y resolver en forma específica cada individualidad mórbida y preguntarnos que determina en la patología y la clínica lo raro y lo frecuente[2].

Figura 1
Ciencia = determinismo
Lo raro y lo frecuente

Todo guarda un sentido

Porqué es raro
Siendo raro: ¿por qué ocurrió?

¿Qué entendemos por enfermedad rara?

Viva donde viva
Viva como viva
Caso extremo de algo común
Relatividad raro/frecuente

En la medicina del siglo XIX, el médico, el patólogo, navegaba en el

* Comunicación presentada en la Academia Nacional de Medicina el 9 de setiembre de 1999 y publicado en *Boletín de la Academia Nacional de Medicina, 17,* Montevideo, 1999, pp. 35-39.

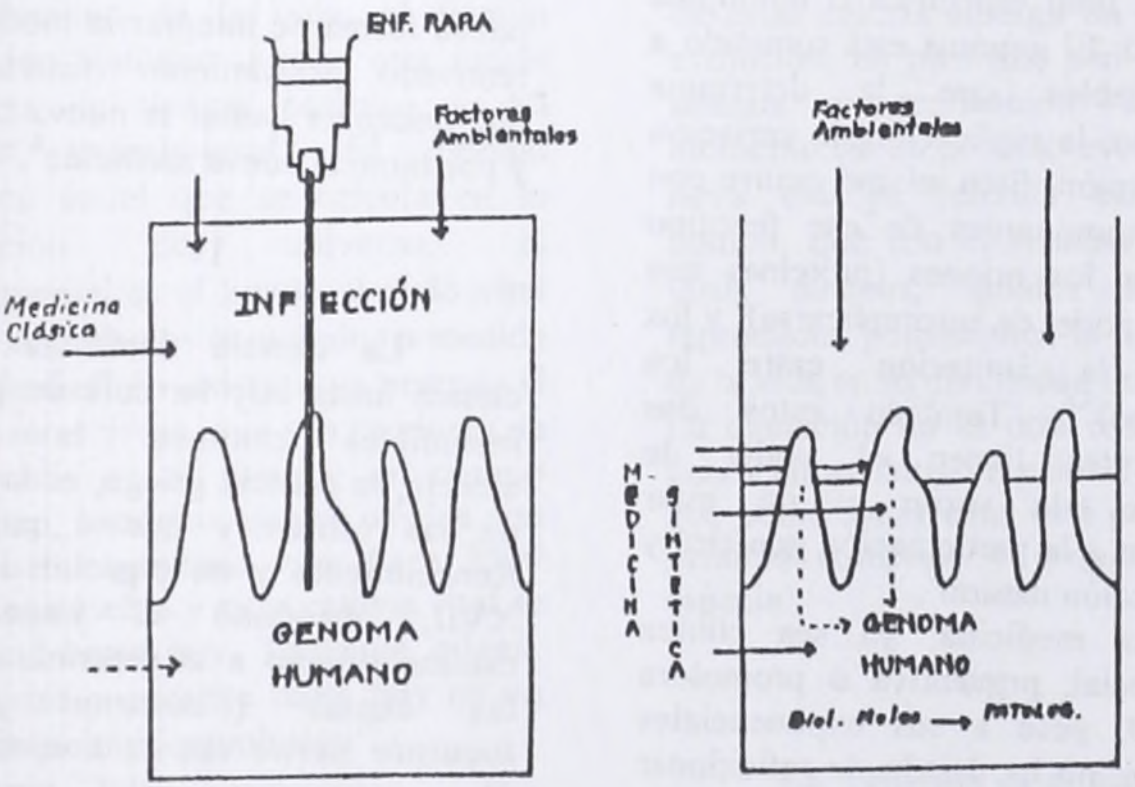
** *Cf.* DOBZHANSKY, Th. *Genetics of evolutinary procers.* New York, Columbia University Press.

mar de la infección; en el siglo XX, en especial en la segunda mitad, en los escollos de ese mar (figura 2).
Imponer esta diferencia es el previo paso a la ineludible concepción darwiniana de la medicina[3].

III

En este año que se ha logrado culminar el estudio del genoma humano, nada más oportuno de incluir esta hazaña a la nueva orientación que nos proporciona la medicina darwiniana. Constituye otro paso en el conocimiento de la anatomía humana, que se inició hace cinco siglos con la obra de Andrea Vesalio (1543), a nivel macroscópico y que ahora llegamos, pasando por todas las etapas, a su conocimiento a nivel molecular. Cada genoma es propio de cada especie orgánica y lo podemos comparar a una orquesta sinfónica de la que conocemos todos sus instrumentos como sus gamas de posibilidades expresivas, siendo cada genoma una obra poiinstrumental. Es pues solo un nuevo comienzo. Es ahora necesario emprender el camino, ya en curso, de la variabilidad intrínseca de cada genoma y la armonización de su funcionamiento, obra que sin duda llevará varios siglos. Esta nueva con-

Figura 2



ción permite comprender la diferencia en frecuencia de las enfermedades (figura 3). Hay unas que se han hecho más frecuentes y otras están en vías de extinción (figura 4).

Figura 3
Enfermedades raras, hoy problema de Salud Pública

Corea de Huntington
Enfermedad de Alzheimer
Fibrosis quística
Dismorfogénesis de SNC

Enfermedades que fueron frecuentes y hoy son problema de Salud Pública.

Rabia
Viruela
Difteria
Sífilis
Escarlatina
Sarampión
Poliomielitis
Tétano

No solo el genoma determina la respuesta final específica o fenotípica individual. El genoma está sometido a las variables que la determina finalmente: la replicación, la variación y la selección. Esto mismo ocurre con otros determinantes de ese fenotipo como son los priones (proteínas que tienen el poder de autoreplicarse)[4] y los mimes (la imitación entre los individuos)[5-6]. También estos dos componentes tienen el poder de replicarse, de variar y de estar sometidos a la participación genética y a la selección natural[7].

La medicina, ya sea clínica como social, preventiva o promotora de salud, pese a sus exponenciales adelantos, no ha dejado de reflexionar sobre sí misma, integrando a ella nuevos conceptos cada vez más elaborados, tanto en sus vertientes y perspectivas biológicas básicas y tecnológicas como en las espirituales y filosóficas.

Atento fundamentalmente a esto último, queremos exponer una nueva forma de integrar la medicina al renovado pensamiento metodológico que podemos llamar la nueva biología y por tanto la nueva medicina[8].

Figura 4
Enfermedades en vías de extinción

Desnutrición proteico-calórica
Fiebre reumática
Meningitis bacterianas
Enfermedades carenciales (raquitismo, escorbuto, etc.)
Poliomielitis

Enfermedades en vías de expansión

Accidentes
Drogadicción
SIDA
Niño abusado
Cáncer de pulmón y cáncer de seno

IV

La ciencia desde la cultura clásica hasta hoy ha cursado por dos ineludibles caminos: la primera ciencia, la ciencia griega, es la ciencia de las causas y que a partir del Renacimiento y en especial del siglo XVII, abandonó el impenetrable camino directo a la determinación de las causas (*Causarum finalium inquistio sterile est, et tanquan virgo Deo consacrata, nihil parit,* dijo Francis Bacon) logró crear una nueva

ciencia, La Scientia nova, la ciencia de las leyes que concretan en un verdadero esplendor Galileo, Kepler, Bacon, Descartes, Newton, Huygens y otros. Es ciencia experimental de determinismo logicomatemático. Fue durante más de tres siglos prácticamente el único método de la ciencia, al que hacía excepción parcial una ciencia de observación pero de formulación logicomatemático: la astronomía, y en parte también la geología, y las ciencias morfológicas[9].

V

La biología fue asimilada en la formulación de sus principios y leyes al método experimental. No fue sino muy posteriormente que esta ciencia formuló sus premisas independientes y propias, al evidenciar su principio fundamental: la formulación del tiempo, factor dinámico en el conocimeinto de la vida, el tiempo biológico histórico que es otra escala distintas de tiempo cósmico y del tiempo experimental. El tiempo cósmico es el que se calcula en la formación del universo, el experimental es el ligado al ciclo vital de los organismos explorados a medida individual. Pero existe otro tiempo, el de los seres vivos, que son producto de su devenir en el tiempo, un tiempo biológico, histórico, que se origina con el primer organismo vivo hace 3500 millones de años y cuya cadena vital se mantiene hasta hoy. Toma un origen, evoluciona y persiste hasta hoy en un ineludible cambio evolutivo[10].

VI

Así como la mecánica clásica nace del concepto de la gravitación universal, la biología nace como ciencia independiente con el concepto de evolución: tiempo evolutivo inherente a la comprensión de los organismos. Nada en biología cobra sentido sino es a la luz de la evolución, ha dicho Dobzhansky. Trataremos de poner ahora en evidencia que tampoco nada cobra sentido en medicina sino es la luz de la evolución. Evolución es tiempo histórico, no individual, no específico sino pasado de vida en integración, modificación, biodiversificación. Ese pasado vital, que se remonta a 3500 millones de años, se continúa por un hilo común y único, el material básico de la vida, el ácido desoxiribonucleico (ADN). Cada vez que nos lavamos las manos, se desprenden de nuestra piel. Cada una de estas células alberga un núcleo en evolución, en picnosis, pero que es la síntesis y replicación hasta ese momento de un proceso evolutivo que lleva esa ya referida cantidad de tiempo, que con él termina pero que otros núcleos, iguales a él, se reproducen y mantienen la persistencia de la vida en su diversidad fascinante[11]. La clonación no es otra cosa que dar potencial evolutivo a células somáticas que como todas ellas está provista del genoma completo y propio de cada especie.

VII

La medicina es el estudio de la vida enferma, biología versus patología. Por lo tanto debemos ante

todo aclarar que debemos hoy entender por biología, considerada ésta como una ciencia independiente de la física y de la química con sus principios y leyes propias[12].

Desde tiempos clásicos la biología ha oscilado entre dos definiciones: una es expresión material de mecanismos físicos y químicos que la comprende y contiene; o es una manifestación de un principio propio e inmaterial que tiene una raíz metafísica. Dos teorías pues: materialista y vitalista. No debemos sin embargo dejar de mencionar una tímida tercera opinión: el agnosticismo (*ignoramus ignorabimus*) que se autolimita y ha influido poco o nada en la historia del pensamiento biológico. La historia de la biología no es más que un largo argumento entre aquellas dos concepciones filosóficas. Ambas surgen de la ciencia clásica, de la *Scientia nova,* que reduce por un lado todo proceso vital a una aplicación a los principios de las ciencias físicas y químicas, y por otro sin negar parcialmente lo anterior hace intervenir un principio esencial, vital y una intención teleológica. En ambas propuestas no se ha tenido en cuenta por un lado la biodiversidad, es decir las varias veces millonarias formas de vida, de especies vivientes independientes genéricamente unas pero degeneradas unas de otras y su historia sobre el planeta[13].

VIII

Es por esta falta de integración que ninguna de ambas propuestas pueden ser totalmente válidas, ambas tienen en cuenta el espacio, la forma, la estructura, la función en el tiempo del ciclo vital y no tienen en cuenta la historia de la vida, el origen y determinantes de la biodiversidad: el tiempo evolutivo de la vida sobre el planeta. Cada ser vivo es un compromiso con ese pasado evolutivo.

IX

Atento a lo expresado se infiere que la biología consta hoy de dos metodologías, no opuestas sino complementarias: la de la *Scientia nova*, método experimental de formulación logicomatemática; ciencia de las relaciones, de las leyes, y de un método descriptivo evolutivo; que involucra la descripción morfo-funcional y la modificación de ello en el tiempo evolutivo, no en el tiempo cósmico, que estudia la cosmología, ni en el del ciclo vital que estudia y utiliza el método experimental, sino el tiempo de la vida desde su inicio, creación o síntesis primordial. Es decir el tiempo evolutivo que implica la determinación del presente de cualquier organismo de ese larguísimo pasado que nos permite comprender forma, función, biodiversidad y relacional todo ello en la unidad con los aportes sustanciales del método experimental[14].

X

La medicina que podemos hoy llamar clásica, la que hasta hoy hemos construido con sus enormes e incesantes adelantos tanto básicos como tecnológicos, se ha atenido a emplear y asentarse inicialmente en uno de los dos métodos de la biología:

el método experimental. Su fecundidad no será nunca puesta en duda pero ha olvidado o ha relegado cuando no ignorado el otro método, el descriptivo evolutivo.

Cada ser vivo, en el complemento de su ciclo vital, está regido por un tiempo propio a este ciclo ontogénico, pero también al tiempo evolutivo (filogenia). Así consideramos la nueva medicina en la que damos cabida para mejor comprenderla al tiempo evolutivo que así como el experimental tiene sus premisas, procedimientos y exigencias. Todo organismo vivo está condicionado en su tiempo evolutivo, del cual guarda componentes orgánicos, moleculares que se vienen repitiendo y modificando desde aquel pasado remoto.

A la interpretación reduccionista de la biología a las leyes de la física y de la química y a la que le da una trascendencia metafísica, el vitalismo, se concibe hoy a la biología como una ciencia que tiene sus principios propios, que luego detallaremos, pero que esta marcada su independencia tanto de la física y química como de la metafísica, por esos principios y leyes propias que la hacen una verdadera ciencia, independiente y diseñada en una organización jerarquizada y que transcurre en un tiempo propio, que implica evolución: autorreplicación, variabilidad y selección.

XI

Bien sentadas estas básicas nociones, ese condicionamiento en el tiempo de los organismos, éstos están sometidos a un principio general y dos leyes fundamentales que rigen ese fascinante proceso. El principio general, es la teoría general de la evolución que no es una sola sino cinco teorías: 1. Evolución en sí, es decir los organismos evolucionan constantemente en el tiempo; 2. Origen común de todos los seres vivos, es decir que tiene un ascendiente común; 3. Diversificación de las especies ya sea esta simpática o alopática que lo origina la diversidad de ellas; 4. La diversificación es lenta y progresiva, no ocurren cambios bruscos y 5. Todo este proceso es originado y mantenido por la selección natural que se hace así el principio general de la evolución que implica y condiciona las cuatro otras teorías.

XII

La evolución, si bien obedece a la física y a la química para explicar las funciones en biología, es la única ley de la biología que no está implícita en las ciencias fisicoquímicas. Sus tres caracteres mayores son, replicación, variabilidad y selección en el tiempo. Entre ellos, la selección natural es una gran ley de la ciencia pues explica la complejidad y biodiversidad procedente del azar y de éste lograr sistemas orgánicos y jerarquizados que cumplen efectos diversificados que obedecen al segundo principio de la termodinámica[15]. Es teniendo en cuenta a la evolución que logramos comprender totalmente también la biología de la vida enferma, la medicina. Un principio general, la evolución orgánica, la filogenia que se genera por la vigencia de esa ley general, la

selección natural que hemos destacado y dos principios sustanciales: la base material de la transcripción evolutiva, el genoma de cada uno de los seres vivos, propia de su nivel filogenético y la regulación interna de las funciones que le permite afrontar el medio externo, la regulación homeostática desde la simple enunciación en 1865 por Claude Bernard hasta las exigencias bioquímicas formuladas por Cannon (homeostasis) hasta las exigidas condicionantes propuestas más recientemente de regulación enzimática por las enzimas alostéricas de Monod y sus discípulos[16], y que tan acuciadamente formuló Clemente Estable:

> Los seres vivos evolucionan aumentando independientemente sus constantes lo que les permite independizarse del medio y van conquistando mayor libertad: el ser que cuenta con más constantes, depende menos de las oscilaciones accidentales del mundo en que vive[17].

XIII

Ante la evidencia de la evolución como teoría general de la biología, como único modo científico de comprenderla, surgieron en el siglo XIX dos teorías para explicarla: la teoría lamarckiana que postula la herencia de los caracteres adquiridos y la selección natural o teoría darwiniana, que postula la selección del más apto de vigor (fitness) reproductor. Inicialmente ambas fueron sustentadas por escuelas diferentes, pero luego de la comprobación por August Weissmann (1834-1914) de la imposibilidad de la comprobación experimental de la herencia de los caracteres adquiridos, fue relegada[18]. Posición a la que se sumó la concepción de la genética mendeliana, y se destacó con vigor la evidencia de la selección natural como único medio de variación transmisible, espontánea, pero regida por la sobrevivencia del vigor reproductivo del organismo más adaptado al medio, no por herencia de esta adaptación adquirida, sino por espontánea variación que la hace así más apta, más vigorosa, que se perpetúa por selección sexual o vigor selectivo[19].

XIV

La medicina hasta hoy, la medicina moderna, surgida de la medicina anatomo clínica y luego fisioclínica es decir estudio de la lesión y luego de la función, regido todo ello por el método experimental, no destacó el otro método que surgió con el concepto de tiempo evolutivo, no el del ciclo vital (tiempo experimental) sino del tiempo histórico de la evolución en el de los organismos (tiempo filogenético) es decir el método descriptivo-evolutivo. Ello ha permitido relacionar entre sí la biodiversidad, interpretar la estructura, la morfología, la función comparada y la progresiva adaptación selectiva de las funciones[20].

XV

La aplicación de este método a la medicina ha dado lugar a una nueva concepción clinicopatológica: la medicina darwiniana en la que se hace intervenir la historia evolutiva del

hombre regida por la selección natural. Comparemos lo que se pregunta la medicina clásica y la medicina darwiniana, la primera (figura 5) adopta: 1) una orientación etiológica singularista: individualizar al agresor y lograr suprimirlo; 2) una orientación fisiopatológica: bajar lo que está alto, subir lo que está bajo, poner lo que falta, sacar lo que agrede; 3) una orientación sintomática: suprimir lo que agrede y eliminar lo que sobra.

Figura 5
Medicina clásica

Etiología
Identificar y suprimir el agresor
Patogénica
Identificar el origen del agresor y evitarlo
Fisiopatología
Bajar lo que está alto
Subir lo que está bajo
Poner lo que falta
Sacar lo que sobra

La medicina darwiniana (figura 6), regida por la selección natural, se propone: 1) mide la selección natural en lo que ayuda a eliminar el mal, y lo que agrega a su persistencia; 2) valora el poder selectivo: la naturaleza es sabia siempre que le convenga a los genes; 3) interviene la selección natural: preserva, elimina y neutraliza. Esta medicina intenta reponder a nuestras incógnitas o preguntas que la medicina clásica no sabe o no puede responder: ¿qué es mi enfermedad?, ¿de dónde viene?, ¿por qué a mi?, a lo que responde agnósticamente: ¿azar?, ¿destino?, ¿voluntad divina?

La medicina darwiniana implica pues esas directivas y se pregunta porqué el cuerpo está constituido de tal manera que lo hace vulnerable a las agresiones tales como son puntos vulnerables: la intoxicación, la infección, etc.

Figura 6
Medicina darwiniana o evolutiva

- Visión evolutiva de la vida.
- Ver la vida desde el punto de vista de los genes.
- El individuo no es más que una nave para transportar genes.
- Los animales están delineados aumentar el éxito de sus genes y no siempre el de los individuos que los albergan.

XVI

La medicina aborda ahora una valoración crítica de las causas de las enfermedades en forma diferente a la simple etiología que urge del método experimental para considerar: 1) hay genes que nos hacen vulnerables a determinadas enfermedades; 2) nos vemos expuestos a nuevos factores que no existieron en la evolución de nuestra especie: 10.000 años de civilización no son suficientes para cambiar nuestro genoma; 3) los agentes infecciosos evolucionan más rápido que nuestras defensas, una generación humana requiere 15 a 20 años y una generación bacteriana apenas dura una hora; 4) mantenemos compromisos evolutivos que no nos son favorables, por ejemplo la adquisición reciente en el contexto evolutivo de la bipedestación nos es en muchos aspectos desfavorable; 5) la adaptación o defensa frente a la

enfermedad no es siempre eficaz, no se puede ganar siempre.

XVII

Por lo tanto la falla evolutiva que condiciona el mal cae en pocas categorías: 1) algunas molestias (dolor, fiebre, tos, vómitos, ansiedad) no son enfermedades sino defensas; 2) conflictos ambientales con otros organismos (fieras, animales venenosos) que son percances de la vida; 3) algunas dietas, tales como en las actuales ricas en azúcares y grasas, la selección natural no ha actuado suficiente tiempo para lograr una defensa; 4) el cuerpo puede caer víctima en la lucha beneficio y costo, por ejemplo anemia falciforme protege contra la malaria, etc.; 5) la selección natural está constreñida a aceptar diseños subóptimos, por ejemplo: común vía respiratoria y digestiva, retina invertida, etc. Por lo tanto la medicina darwiniana responde a preguntas que la medicina clásica (método experimental, tiempo cercano) no pudo responder. El individuo, la especie es un sistema que responde a un genoma propio que representa un largo pasado evolutivo y que se concreta en su singularidad específica y también individual[21].

XVIII

La enfermedad es hasta hoy un fenómeno poco conocido, en su exacto determinismo. ¿De dónde provienen las enfermedades? Pese a que la civilización en realidad no ha hecho más que volcar su inquietud en determinar su etiología proximal sólo ha logrado ajustar su incidencia a determinismos inmediatos, a una etiología condicionada a factores poco conocidos del ambiente, éstas hoy prácticamente todas de la civilización, o del patrimonio genético que ha seleccionado nuestro pasado evolutivo.

¿Qué son las enfermedades? Antes que responder a esta pregunta esencial debemos atener a clasificarlas tratando de hallar su complejo determinismo. Este empeño se ha ido persiguiendo a través de toda la historia de la medicina. Sin entrar en el mundo de la medicina en la antigüedad, tomemos como punto de partida la clasificación que quizá el primer médico de pensamiento renovado, renacentista: Paracelso (1493-1541). Con particular acuidad las clasificó así: 1) de influjo cosmicometeorológico. 2) venenos del interior (autointoxicantes). 3) exteriores. 4) constitucionales. 5) de influjo del espíritu sobre el cuerpo. 6) por poder divino. Pocas objeciones y o correcciones podríamos hacer hoy a esta sustancial y holística clasificación[22].

En los siglos siguientes se sucedieron intentos cada vez más ajustados pero respondiendo en general a la misma esencia. Muchas de ellas cundieron en teorías más patogénicas que etiológicas (iatrofísicas, iatioquímicas), buscando el origen o esencia en causas vitales propias, vitalismo espiritualista, o en el materialismo originado en Descartes[23] y luego prolongado en el siglo XVIII por La Mettrie[24]. Llegamos así a las descripciones anatomoclínicas de Morgagni[25] y a la nosológica de Boissier de Sauvages[26], escuela

anatomoclínica francesa de la primera mitad del siglo XIX, clasificación morfofuncional, etc.[27].

La medicina anatomoclínica, que individualiza la lesión, su naturaleza su distorsión de la función no alcanzó a dilucidar la etiología de ellas. Al influjo de la revolución humboldtiana que descubrió la influencia de la geología y climatología no solo a la distribución de los organismos sino su influencia sobre el hombre, se comezó a dar singular importancia, tal como ya lo había propuesto en forma empírica la medicina hipocrática, al determinismo geográfico y climático en la etiología de las enfermedades. Se creó un criterio geográfico de la clasificación de las enfermedades, distinguiendo: 1) Las ubicuas (no ligadas a la temperatura), como son las enfermedades infectocontagiosas comunes (varicela, sarampión, escarlatina, tos convulsa, etc.). 2) Aquellas ligadas a la temperatura, limitadas a zonas climatológicas como la malaria, fiebre amarilla, cólera, etc. 3) Endémicas, específicas con límites hemisféricos o cardinales, como por ejemplo la enfermedad del sueño, enfermedad de Chagas, oncocercosis, anquilostomiasis, etc. 4) Ausentes en determinadas áreas como se creyó en esa época, la tuberculosis en Nueva Zelanda, la obesidad en los EUA, etc.[28]. Ello llevó a Fuchs a clasificar las enfermedades en tres grandes grupos: 1) Las enteromesentéricas, enfermedades de la latitud norte y grandes altitudes. 2) Las catarrales de las zonas templadas y 3) Las disentéricas propias de los trópicos[29]. Ya la medicina grecoromana, atenta a la racionalización, a la doctrina o al empirismo, la hizo considerar por Alejandro de Aphrodicia de ciencia estocástica y a Celso de ciencia conjetural[30]. El hombre, *Homo sapiens,* que se concreta en los últimos 500.000 años y que se civiliza desde hace sólo 10.000 años, posee los mismos genes que aquellos, cuando era cazador recolector y sigue inmerso y condicionado por la selección natural. Dos estrategias de la selección natural actúan en los agentes patógenos: una estrategia de agresión por parte de ellos y una estrategia de eludir la defensa por parte del agredido[31].

XIX

Formulamos ahora una clasificación complementaria de vertiente evolutiva en que se prioriza: 1) Defensa: higiene, tos, fiebre, diarrea, integridad cutánea, prurito, dolor; 2) Infección: inmunidad, gérmenes mutación; 3) Nuevos agentes externos: alimentos (grasas, azúcares), calor drogas, etc.; 4) Genes deletéreos, mutaciones; 5) Designios avanzados pero no totalmente compensados: bipedestación sedentarización; 6) Legados evolutivos que comprometen: imposibilidad de respirar y comer al mismo tiempo (de tener un pasado de respiración branquial), inversión de la retina, carencias vitamínicas por defecto de síntesis: vitamina C, vitamina D, etc.

Ello nos conduce a individualizar aspectos evolutivos de la enfermedad: 1) Qué componente de un síndrome son manifestaciones deletéreas y cuales son de defensa? 2) Si las enfermedades tienen siempre un

componente genético, ¿por qué los genes responsables de ella persisten, por qué la selección natural no los elimina? 3) Nuevos ambientes de vida contribuyen a la enfermedad. 4) Si una enfermedad es debida a una infección: ¿qué componentes de su signología (signos y síntomas) favorecen al huésped, cuáles al agente patógeno y cuáles a ninguno de los dos? 5) ¿Qué estrategia usa el agente patógeno para sortear nuestras defensas y que otra tenemos para oponernos a ella? 6. ¿Qué compromisos evolutivos son culpables de nuestra sensibilidad a la enfermedad?[32].

XX

Según las circunstancias que el hombre ha debido vivir, cambian las enfermedades que llegan a agredirlo, dado que la selección natural no lo protege frente a situaciones ya no naturales sino culturales.

Veamos ahora algunos ejemplos en que la concepción darwiniana contribuye a comprender el fenómeno patológico que constituye la enfermedad: ver primero al hombre en el largo proceso de la evolución, de los cuales conserva las características adaptativas más útiles pero también incluye otras que son compromisos irreversibles que lo condicionan por su pasado evolutivo. Así su sistema inmunológico lo protege de un sinfín de agresiones microbiológicas siempre y cuando éstas no sean nuevas especies para los cuales no ha desarrollado las defensas específicas. Sirve de ejemplo la irrupción en el siglo XVI de la sífilis, cuyo origen aún es incierto pero que sin duda fue una mutación espontánea que frente a la cual no existía defensa inmunológica eficaz y se extendió primero en Occidente y luego a todo el planeta. Recientemente un fenómeno similar ha sido la expansión del HIV, con la misma o quizá aún mayor virulencia. En segundo lugar debemos tener presente que la selección natural preserva los genes y no necesariamente al individuo, de modo que para los genes el individuo no es más que una nave para transportarlos, de manera en aquellos se conservan mientras sean capaces de cumplir un servicio. Es así que luego de atender a esto, la conservación del individuo deja de ser útil a la selección natural y ésta lo relega o lo elimina.

XXI

Así debemos tener presente todos los principios que rigen la medicina darwiniana, tomando en consideración la salud y la enfermedad en un contexto evolutivo:

1. Defensa y falla de esta son dos manifestaciones fundamentales de la enfermedad.
2. El bloqueo de las defensas ocasiona tantos beneficios como costos.
3. La selección natural regula las defensas de acuerdo al principio de la detección de humo, por lo que muchas expresiones defensivas y sufrimientos asociados deja de ser necesario en instancias individuales.
4. Las epidemias modernas se originan por respuestas erradas entre reacción fisiológica de nuestro cuerpo y situaciones nuevas del ambiente.

5. Nuestros impulsos condicionados por ambientes ancestrales que tienden a estimular el éxito reproductor, actualmente conducen a enfermedades de muerte precoz.
6. El cuerpo es un paquete de compromisos del pasado evolutivo.
7. No existe algo como el "genoma humano normal".
8. No existe algo como el "cuerpo humano normal".
9. Algunos genes que causan enfermedades pueden tener acción beneficiosa y otros son activos y causan enfermedades sólo cuando actúan frente a cambios ambientales.
10. El propio interés de los genes lleva a acciones individuales nuevas a expensas de la salud o longevidad del individuo creado por dichos genes.
11. La virulencia es un rasgo del agente patógeno que tanto puede aumentar como disminuir.
12. Signos y síntomas de la enfermedad pueden beneficiar al agente patógeno al huésped o a ninguno de los dos.
13. Cada enfermedad necesita una explicación primaria y es porqué unos la adquieren y otros no, así como una explicación evolutiva por lo cual miembros de una especie son vulnerables a ella y los de otras especies no.
14. La mayoría de las enfermedades no son fruto de la selección natural, pero la mayoría de las vulnerabilidades que llevan a la enfermedad son moduladas por la acción de la selección natural.
15. El envejecimiento es más un proceso (trade off) que una enfermedad.
16. Las acciones médicas específicas deben estar basadas en estudios clínicos discriminados, acción solo basadas en teorías no correctamente probadas pueden conducir a ocasionar daño.
17. La falla del diseño somático, tal como cualquier otra cosa en la naturaleza sólo puede ser cabalmente comprendida mediante una explicación evolutiva así como en una próxima e inmediata.
18. Las explicaciones próximas (experimentales) y la evolutiva no se excluyen: se complementan.
19. La enfermedad no proviene del azar, de fuerzas malévolas sino de un pasado selectivo.
20. La medicina clásica desconoce aunque se opone muchas veces a la selección natural[33].

XXII

Analizaremos ahora algunas situaciones concretas en que veremos aplicados estos principios de la medicina darwiniana. En primer término el hombre actual, el *Homo sapiens*, es el fruto de un pasado evolutivo que no se ha detenido y menos llegado a la perfección. Nuestros genes los compartimos en gran parte con los de los Primates más próximos a nosotros (figura 7).

Vemos pues que con las dos especies de chimpancé compartimos el 98.4% de los genes, más de los que estas dos especies comparten entre sí, que es el 95%. Por ello se ha propuesto llevar el género *Homo* a la sinonimia y

Figura 7
El tercerchimpancé

Género Gorila	G.gorila L.		
			97.7%
	P.troglodytes	95%	Dif. 2.3
		Dif. 5%	
Género Pan	P.panicus L.		
			98.2%
Género Homo	H.sapiens L.		Dif. 1.6

Fuente: DIAMOND, J. (1992) *The third chimpanzee*

ser el hombre el tercer chimpancé, *Pan sapiens*. Las reglas internacionales de nomenclatura zoológica no han permitido aceptar este criterio, pues Linneo designó primero al género *Homo* y luego al género *Pan*. Entre un chimpancé y

Figura 8
Chimpancé y Albert Einstein con el doctor José Rosenblat. Montevideo, 1925.
Comparten el 98.2% de sus genes.





Albert Einstein sólo existe entre los escasos 100.000 genes que componen sus respectivos genomas una diferencia de 1.6% de us genes[34] (figura 8).

Son también múltiples los segmentos cromosómicos que compartimos no sólo con los mamíferos sino con los Metazoa más primitivos.

Segmentos muy significativos de nuestro genoma (homeoboxes) son idénticos a los de las Plathelmintes, Nematoda o Annelida (Figura 9). Con los Chordata más simples compartimos la vía digestiva y respiratoria inicial común, propia de la vida acuática y de la respiración branquial (solo el recién nacido y el caballo pueden, por disponer de condicionamientos anatomo-funcionales especiales, respirar y comer al mismo tiempo) y la inversión de la retina, que se ha perpetuado y un mecanismo especial ha evolucionado para obviar la red nerviosa antepuesta a las células receptoras y que tiene según Clemente Estable esa inversión el beneficio evolutivo de aumentar la superficie de la retina y así hacer posible el mayor número de conos y bastones[35].

La bipedestación en el hombre es de muy reciente adquisición lo cual ha permitido que algunos designios morfofuncionales propios de la cuadripedestación persistan: la vulnerabilidad al traumatismo de la cara anterior de la pierna, el peso excesivo sobre la columna vertebral, el bronquio del lóbulo medio pulmonar vertical, mecánica respiratoria gravitacional, etc. Entre los signos y síntomas más comunes que produce una enfermedad debemos distinguir cuando éstos nos favorecen para liberarnos de una agresión (infección, tóxicos, etc.) y cuando éstos se hacen deletéreos. Por ejemplo la fiebre, es una modificación de la regulación térmica que nos defiende de los agentes infecciosos ya virales o microbianos. Se ha demostrado que la supresión a la fiebre en estas enfermedades hacen que ellas se prolonguen más. La tos nos permite expulsar los elementos que irritan la vía respiratoria ya sean fisicos como microbiológicos, la diarrea elimina los agentes patógenos o los tóxicos que hemos ingerido. Una consideración especial merece el vómito, que también expulsa el alimento agresor o nos preserva de una acción tóxica. El vómito de la llamada gestosis precoz del embarazo, se ha demostrado que aquellas

Figura 9
Genes homeóticos*

Son los que regulan todos los segmentos del cuerpo.
Tiene secuencias comunes en muy diferentes phyla y especies.
Mutaciones homeóticas llevan a alteraciones de la morfología.
Todos los embriones de los Chordata pasan por estados segmentarios (metámeros) de su morfología.
Las modificaciones o la adición de ADN a esa secuencia causa alteraciones de la morfología.

* LANGHAN y SCOTT, 1984, STRUTH, 1984; GEHRING, 1985 Y MAX, 1985.

mujeres que los sufren tienen hijos con menor incidencia de malformaciones congénitas[36]. El prurito, el rascarse preserva la integridad de la piel frente a dermatitis de contacto o agentes parasitarios. La sarna que no produce prurito en determinados sujetos, toma un curso grave y prolongado (sarna noruega)[37]. Una consideración especial merece el dolor que nos preserva de lesiones tanto superficiales como internas. Un ejemplo muy extraordinario de lo que significa el dolor como protección a la integridad somática lo vamos a exponer refiriendo un caso de una afección excesivamente rara que es la indiferencia congénita al dolor[38]. En efecto hace unos pocos años me fue presentado en unas jornadas por un distinguido pediatra de Trinidad (Uruguay), Didier Laborde, un niño de dos años que había sufrido una fractura de pierna la que no le produjo dolor y que al tenerse como una impotencia funcional banal terminó en una fractura expuesta de tibia y peroné, la que evolucionaba torpemente, con alteraciones secundarias de la morfología ósea. No comprendiendo la situación me fue presentado el caso ante el cual luego de habérseme referido la historia clínica pedí un alfiler! Ante el asombro de todos de mi insólito pedido, se me alcanzó lo solicitado y al aún mayor asombro de los presentes comprobaron que yo lo podía pinchar en cualquier parte de su cuerpo sin acusar el más mínimo dolor[39]. Se conocen dos formas de esta curiosa enfermedad; una en la que en el estudio histopatológico de la piel no se encuentran corpúsculos sensibles al dolor, y otra en que estos están presentes. Una forma pues de origen periférico y otra, más misteriosa, de origen central[40].

XXIII

Mucha importancia cobran algunas condiciones psíquicas que no son patológicas como comúnmente se interpretan sino que son defensas propias de la autonomía de conducta. Así la ansiedad es una defensa frente al riesgo de una agresión, frente a la cual debemos huir o defendernos. En el llamado "síndrome de humo": es sentir este olor, tratamos de ubicar su origen o huir de él pues podemos ser víctimas del fuego. La ansiedad pues es casi siempre una defensa pero puede hacerse una agresión cuando sentimos estar frente a situaciones alejadas de la realidad o en un contexto anormal. Una anécdota vale como ejemplo. Es bien sabido que el ratón en tan sensible frente al olor a gato que al sentirlo dispara, abandona el alimento e incluso a su cría. Pero he aquí que un ratón comienza a sentir olor a gato en lugares donde es imposible que éste se acerque y así pierde su bienestar, su felicidad, por lo cual va a ver al psiquiatra gato quien le indica un excelente ansiolítico que lo mejora a tal punto que el gato se lo come! Muy cerca de esta interpretación evolutiva de la neurosis (vivir su neurosis[41], *le réve eveillé*, el ensueño dirigido) ha llevado Mario Berta en su talentosa

investigación sobre una psicoterapia integrativa en esta circunstancia, en la que se logra encontrar en el análisis de la personalidad aquellos senderos que hacen posible mediante imágenes evocadas, encontrar con el psicoterapeuta el verdadero campo existencial sobre el que se obtendrá la respuesta curativa deseada[42].

Una interpretación darwiniana se ha dado también a la depresión neurótica (síndrome uni o bipolar) tan frecuente y que puede deberse a conveniencia de los genes que la provocan a la actitud que se opta tomar frente a una situación en la cual no tenemos fuerza para enfrentar y optamos por esperar (fase depresiva) y con mejores ánimos, emprender con él (fase maníaca). Una interpretación en este sentido hemos propuesto para explicar la tan paradójica psicopatología de José Gervasio Artigas[43].

XXIV

Un problema especial se plantea frente a saber porqué se conservan muchos genes deletéreos que ocasionan enfermedades y que disminuyen el vigor individual y el reproductivo (Figura 10). Sólo nos referiremos a tres ejemplos: la anemia falciforme, la fibrosis quística y la esquizofrenia.

La anemia falciforme, siempre letal en su forma homozigota; deberían haberse eliminado sus genes, pero como estos en forma heterozigota protegen frente a la malaria, la selección natural los ha preservado. Por esta razón, la distribución geográfica originaria de ambas cubren las mismas regiones.

La fibrosis quística, afección de herencia autosómica recesiva, aunque su pronóstico ha mejorado, es letal a corto o largo plazo, los afectados son en alta proporción estériles o no llegan a la edad reproductiva. ¿Por qué entonces este gene no ha sido eliminado por la selección natural? Estudios bien conducidos han demostrado que los portadores heterozigotas de dicho gen tienen mayor resistencia a ciertas infecciones y mayor vigor reproductivo, tienen más hijos que los que no lo poseen. Esto ha permitido la persistencia de dicho gen, aproximadamente una

Figura 10
Posibles causas por las que persisten genes deletéreos

Esquizofrenia
- (1% de la población mundial).
- Selección en contra.
- Mutaciones balanceadas.
- Sus genes dan ventaja (como en la drepanocitosis).
- Aumenta la actividad, la creatividad la intuición.
- Protege contra otras enfermedades.

Anemia drepanocítica:
protege contra la malaria.
Fibrosis quística:
aumenta el vigor reproductivo y a la infección.
Depresión:
evita la competitividad.
Ansiedad:
aumenta la alerta y la defensa.

persona cada veinte en la etnia caucásica[44].

El problema que plantea la esquizofrenia es aún más interesante. Es bien sabido que esta afección ocurre aproximadamente en el 1% de la población mundial. Dado que los afectados tienen un vigor reproductivo muy escaso, la selección natural debería haber eliminado o reducido a un nivel sumamente bajo la persistencia de este gen o de estos genes deletéreos en la especie humana: sin embargo no es así[45]. Estudios hechos sobre las genealogía de estos pacientes mostraron que la existencia del gene en forma heterozigota o de menor número de genes a los necesarios para la manifestación de la afección, da a éstos ciertas ventajas selectivas como la mayor perspicacia, inteligencia competitiva, etc.[46].

XXV

Entre los atributos que favorecen la selección natural entre ambos sexos se ha estudiado, y ello es propio del hombre, el desarrollo precoz o la menarca de los senos y caderas lo que persiste luego de los embarazos. La iconografía desde el Paleolítico destaca, a veces con excesos estos rasgos sexuales secundarios y su atractivo persiste en la evolución. Según una interpretación selectiva darwiniana, ello es debido a una estrategia de la hembra que pone de manifiesto su estado nutricional frente al macho a fin de ser elegida. Si bien los machos desarrollan atractivos selectivos, las hembras también los desarrollan en el sentido de contribuir al éxito reproductor[47].

XXVI

Una interpretación muy importante que hasta ahora no ha tenido la suficiente atención es la capacidad de la mujer en amamantar a sus hijos. Como mamífero que es (la leche es la función diferencial más característica, propia y única de los Mammalia), todas las mujeres deberían ser capaces de alimentar durante un largo período a sus hijos (dos a cuatro años), sin embargo ello no es así. La glándula mamaria es una glándula de secreción externa de origen ectodérmico y sometida a las mismas exigencias que todas las demás tanto exócrinas como endócrinas. Cuando cualquiera de ellas funciona en menos o en más es causa de enfermedad: la tiroides (hipo o hipertiroidismo), la glándula suprarenal (hipo o hipercortisismo), etc. Con respecto a la función mamaria no es así. La función normal se da en el 80% al 85% de las mujeres. Si bien no existe una verdadera hiperfunción, es muy común la hipogalaccia o agalaccia. Por lo tanto aplicando el mismo criterio estas serían enfermas, lo cual no condice con el concepto que tenemos de enfermedad. ¿A qué corresponde esta diferencia sustancial entre las mujeres? Si no hay secreción mamaria es la muerte del hijo. Solo una explicación darwiniana puede

dar razón de esta aparente paradoja. A la selección natural no le es necesrio que todas las hembras amamanten, pues los mamíferos son todos seres sociales y la selección natural preserva las mujeres con escasa o nula secreción mamaria las que entregan sus hijos a la comunidad de alimentación y cumplir con otras funciones que benefician al grupo social (recolección, cuidado de otros hijos, etc.)[48]. Estas particularidades evolutivas no se tienen en cuenta en nuestra actual civilización que considera esta variante selectiva como deletérea y menospreciable[49].

XXVII

Otro aspecto de interés a considerar son las modificaciones que puede sufrir el genoma por factores endógenos o ambientales. En el momento actual se investiga en forma acuciada, en busca de algunas de ellas, fundamentalmente de origen ambiental en su participación más o menos relevante en las afecciones multifactoriales más comunes del hombre (arterioesclerosis, cáncer, propensión a enfermedades infecciosas, etc.). Estas sustancias se denominan diferonas. Son sustancias capaces de modificar el comportamiento genético de las células y se pueden distinguir los siguientes tipos:

1. *Autonomas:* las que afectan a la célula en sí misma.
2. *Isomonas:* son producidas por otras células del mismo tipo que se afectan entre sí.
3. *Alomonas:* producidas por células que tienen acción sobre células diferentes y distantes de ellas:
   a) *hormonas*, son producidas por células de otro tipo dentro del mismo organismo
   b) *ecomonas*, son producidas fuera organismo:
      i. *feromonas*: producidas por otro organismo de la misma especie
      ii. *xenomonas:* producidas por otro organismo de diferente especie
      iii. *nutriomonas:* sustancia con acción nutricional específica
      iv. *enviromonas:* factores ambientales biogenéticos.

Teniendo en cuenta esta particular propiedad de las diferonas es que debemos hacer intervenir en la consideración del complejo etiologico-patogénico a cada enfermedad a nivel general tanto ambiental como genético y hacer participar en ello el concepto evolutivo, darwiniano.

XXVIII

Interesa así mismo establecer los factores que condicionan las mal llamadas malformaciones congénitas, en propiedad deben llamarse alteraciones de la morfogénesis. En el determinismo de ellas intervienen dos factores: uno ambiental (enviromonas), tóxico, radiación, factores mecánicos, etc. y otro genético (figura 11).

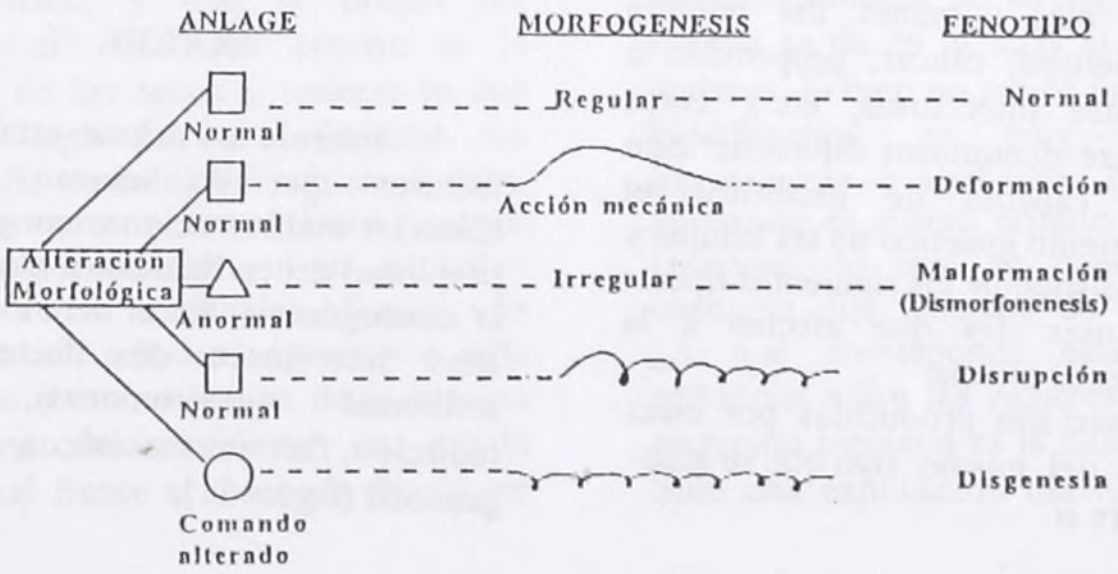
Dada una alteración de la morfogénesis al ocurrir ésta tiene una incidencia más o menos fija para cada grupo étnico geográfico o sociocultural. Pero en las parejas en que ha ocurrido un caso, el riesgo de reiteración de esa anomalía se ve aumentado en forma sustancial. Por ejemplo las malformaciones graves del sistema nervioso central (meningocele, encefalocele, acrania) es de 2/ooo pero en una segunda concepción ese riesgo es del 2 al 5%[50].

Figura 11
Riesgo dismorfogenético

Exposición a teratógenos probados o sospechados.
Exposición a nuevas drogas.
Uso y/o abuso de drogas.
Enfermedad materna crónica.
Tratamiento con drogas.
Exposición ocupacional.
Antecedente de dismorfia homóloga anterior.
Región biogeográfica.
Intecciones durante la gestación.

Este conjunto de sustancia en el juego de la selección natural modificará el fenotipo que será conservado llevando a la diferenciación adaptativa. Una consideración especial debemos destacar con respecto a la morfogénesis normal y a la alterada o teratogénesis. En esta debemos distinguir su patogenia y su complejo determinismo etiológico. Dentro de los errores de la morfogénesis, debe establecerse con total precisión las siguientes condiciones patogénicas, tomando como punto de partida un campo morfogenético concreto (anlage o primordium), diferenciando la integridad morfológica de éste o su constitución morfológica alterada. En cada una de estas situaciones los factores tanto genéticos como ambientales cambian. En la primera situación estamos frente a un primordium normal y un desarrollo

Figura 12



ontogenético normal; en el segundo se dan las mismas circunstancias iniciales pero en el curso de ese desarrollo interfiere un agente exógeno al proceso mecánico que conduce a una deformación en la tercera circunstancia, el primordium es anormal; su potencial genético no es el normal y condiciona alteraciones frente a la morfogénesis (dismorfogenesis, etc.); en la cuarta circunstancia el primordium es de estructura normal pero factores exógenos (tóxicos, infecciones producen una alteración y disrupción y lleva a una dislocación total de la morfogénesis (duplicaciones, heterotipias, etc.) por último el primordium es anormal en sí, falla o es diferente, lo que lleva a producir un resultado morfológico discordante (agenesia, heteroplasias, etc.).

XXIX

En todas estas circunstancias intervienen y muchas veces se pueden diferenciar los factores determinantes genéticos y los ambientales. No todas las embarazadas que tomaron talidomida tuvieron hijos con alteración morfológica grave, no todas las que están expuestas a factores ambientales específicos (déficit de ácido fólico, etc.) tienen sus hijos con alteraciones graves del sistema nervioso central. El agente externo que modifica la morfogénesis actúa pero es necesario que haya una predisposición genética que lo permita. La gran mayoría de estas alteraciones son de herencia poligénica o multifactorial; son necesarios muchos genes para su aparición y o un factor ambiental (droga, infección, etc.) que debe hacerlo posible. Esta situación queda bien aclarada por el esquema de la figura 13; para que ocurra una afección de herencia poligénica o multifactorial es preciso que concurran para ellos el número suficiente de genes por lo que se les denomina poligénicas (pueden ser desde tres a nueve o quizá más)[51]. En este caso no concurrían a su determinismo ningún factor ambiental. Pero en la mayoría de las veces existe un factor ambiental que favorece su aparición[52]. Aunque sean pocos los genes que concurran, ese factor ambiental favorece la ocurrencia (representado en el esquema por la piedra que existe en el fondo del vaso).

XXXI

La medicina darwiniana abre pues una nueva perspectiva al saber médico dando explicación, ofreciendo conductas y orientaciones terapéuticas a muchas incógnitas que no se habían resuelto y también dando una nueva metodología que permite sin duda resolver cada día más problemas y por tanto proponer conductas racionales.

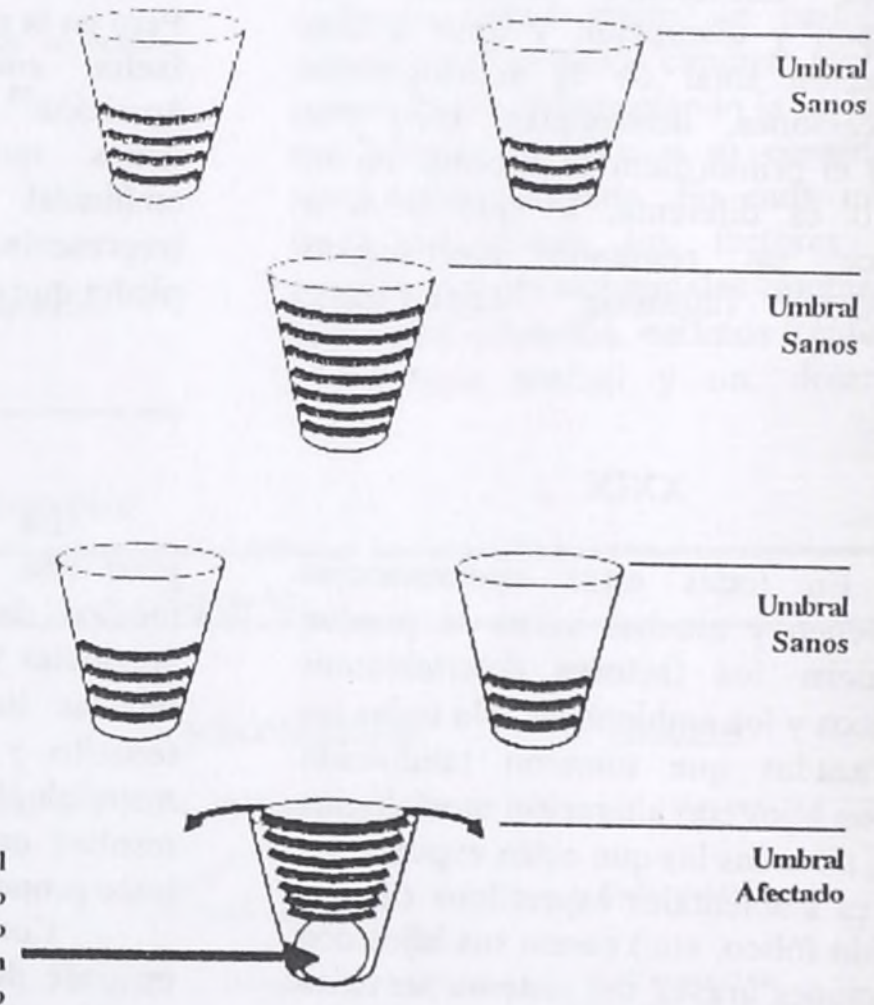
Completando lo dicho en el epígrafe de este trabajo podemos decir con Nesse y Williams:

> Nada en medicina cobra sentido sino es a la luz de la evolución.

A lo que podemos completar:

La concepción moderna de la medicina implica conocer la vida enferma tanto a la luz del método experimental (tiempo cercano del ciclo vital) como a la luz del método descriptivo-evolutivo (tiempo histórico de la vida o evolutivo)[54].

Figura 13
Herencia poligénica o multifactorial



Bibliografía

1. NESSE, R.; WILLIAMS, G. (1995) *Evolution and Health, The new science of darwinian medicine,* New York.

2. MAÑÉ GARZÓN, F. (1997) "Lo raro y lo frecuente", in *Memorabilia Pediatría.* Montevideo Sindicato Médico del Uruguay. Tomo 1, pp. 125-141.

3. STEAMS, S.C. (1999) *Evolution in health and diseases.* New York. Oxford, University Press.

4. KEYES, M.F. (1999) The prion challenger to the central dogma of mollecular biology, 1965-1991. *Study Histological, Philosophical Biomedical Science, 30,* 1-19; pp. 181-218.

5. DAWKINS, R. (1976) *The selfish gene.* New York, Oxford University Press.

6. BLACKMORE, S. (1999) *The meme machine.* New York, Oxford. University Press.

7. BLACKMORE, S. (2000) "The power of memes". *Scientific American, 283,* pp. 52-61.

8. MAÑÉ GARZÓN, F. (2000) La Nueva Biología, dos misterios y una ley general, *Relaciones 16,* Montevideo, pp.16-18.

9. MAÑÉ GARZÓN, F. (1996) *Historia de la Ciencia en el Uruguay,* Universidad de la República. 2 vols.; aquí vol. 1, pp. 15-17.

10. MAÑÉ GARZÓN, F. (1996) Estructura, tiempo, función. Una perspectiva de la Biología General. Paysandú. *Memoria IV Congreso Internacional de Profesores de Biología, 9-12-VII.* 22-34.

11. MAÑÉ GARZÓN, F. (1990) *Un siglo de Darwinismo. Un ensayo sobre la historia del pensamiento biológico en el Uruguay.* Montevideo.

12. MAYR, E. (1997) This is Biology. *The science of living world.,* Cambridge, Harvard University Press.

13. MAYR, E. (1991). *A long argument. Charles Darwin and the genes of modern evolutionary thought.* Cambridge, Cambridge University Press.

14. MAYR, E. (1982) The growth of biological thought. Diversity evolution and inheritance. Cambridge, Cambridge University Press.

15. STEARNS, S. C. Introducing Evolutionary Thinking, in *STEARNS, S. C. Editores,* op. cit: 15.

16. MISRAJI, E. (1999) *El segundo secreto de la vida. La evolución biológica y las moléculas. Crónica de un encuentro.* Montevideo, Editorial Trilce.

17. ESTABLE, C. (1930) "Constantes biológicas". *Archivos de la Sociedad de Biología de Montevideo, 1,* pp. 220-221.

18. WEISSMANN, A. (1889) *A essay upon heredity.* London.

19. HUXLEY, J. (1942) *Evolution. The modern synthesis.* London.

20. NESSE, A. y WILLIAMS G (1995) *Op. cit.*. pp. 15-31

21. NESSE, A. y WILLIAMS, G. (1995) *Op.* cit., pp. 54-55

22. PAGEL, W. (1938) *Paracelsus. Introduction to phylosophic Medicine in the era of Renaissance.* New York, Karger.

23. SCOTT, J. C.; SCOTT, J. C. (1952) *The scientific work of René Descartes (1596-1650).* London.

24. LA METTRIE, O. DE. (1748) *L'homme Machine.* Paris.

25. MORGAGNI, J. B. (1751) *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis.* (Hemos consultado la edición francesa) París, 1857, 3 vols. Venetis, Typographia Remondiniana.

26. BOISSIER de SAUVAGES, F. (1772) *Nosologie méthodique.* Lyon. (Hemos consultado la edición de London, 1991).

27. GUILLAUME, A. (1834) *De l'influence de L'anatomie pathologique sur le progrés de la médicine,* Paris, 2 vols.

28. RUPKE, N. A. (1996)Humboldtian Medici-Cine, *Medical History, 40,* pp. 293-315.

29. FUCHS, C. F. (1853) *Medicinische Geographie.* Berlín.

30. MAÑÉ GARZÓN, F. (1995) Admirabilis Celsus en la medicina de hoy, in *Latinos de hoy y de ayer,* 49-66. Montevideo.

31. STEARNS, S. C. *Op. cit.*, pp. 91-107.

32. NESSE, A. y WILLIAMS, G. *Op. cit.*, pp. 26-48.

33. NESSE, A. y WILLIAMS, G. *Op. cit.*, pp. 91-100.

34. DIAMOND, J. (1992) *The third chimpanzee. How our animal heritage affects the way we live.* New York, Hasper Collias.

35. ESTABLE, C. (1927-1928) Apuntes sobre la retina, *Anales del Instituto de Neurología de Montevideo, 1,* pp. 328-345.

36. PROFET, M. (1992) Pregnancy sickness as adaptation. A determinant to maternal ingestion to teratogens, In *J. Barlow et al. The adaptation: Evolutionary psicology and culture,* 327-365. New York, Oxford University Press.

37. WOLF, R. y KRAKOWSKI, A. (1987) "A typical crusted scabies (Norvegien scabies)". *Journal of the American Academy of Dermatology, 17,* 434-436.

38. GANDIERI, R. *et al.* (1969) L'indifference congénitale à la douleur. A propos de deux nouvelles observations. *Archives Françaises de Pediatrie, 26:* 1027-1040.

39. DERWIN, K.A. *et al.* (1994) "Noniceptive role of substance in the knee of a patient with congenital insensibility to pain", *Journal of Pediatric Orthopedy, 14,* pp. 258-262.

40. OZBARIAS, N. *et al.* (1966) Congenital familiar sensory neuropathology. *Journal of Pediatrics, 68,* p. 13.

41. BERTA, M. (1986) *Vivir su neurosis.* Montevideo.

42. BERTA, M. y BENOIT, J. C. (2000) *Imágenes que curan. El ensueño dirigido de Robert Desoille.* Montevideo.

43. MAÑÉ GARZÓN, F. (2000) "Las enfermedades de Artigas", *Jornadas sobre Artiguismo. Depto. de Historia del Uruguay.* Dir. Prof. J. P. Barrán, Set. 26-28, (en prensa).

44. STEARNS, S. C., *Op. cit.*, pp. 67-69.

45. SANJUAN, J. (1999) "Teorías evolucionistas de la esquizofrenia". *Acta Especial de Psiquiatría, 27,* pp. 390-397.

46. PORTIN, P. y ALANEM, Y.O. "A critical review of genetics, studies of schyzophrenia". *Acta Psycologica Scandinava, 95,* 1-5, pp. 73-80.

47. CANT, J. G. H. (1981) "Hypothesis for the evolution of human breast and buttocks". *American Naturalist, 117,* pp. 199-204.

48. MAÑÉ GARZÓN, F. *Lactancia y evolución* (en prensa).

49. HRDY, S. B. (1999) *Mother nature a history of mothers, infants, and natural selection.* New York.

50. "Neural tube defects", in *Ciba Foundation, Symposium, 181,* Chichester, UK, 1994.

51. EWAL, P.W. (1994) *Evolution of infections diseases.* Oxford University Press.

52. FOGEL, F.; MOTULSKY, A. G. (1985) *Human genetics. Problem and approaches.* New York.

53. LE SOEUF, P. N. *et al.* (2000). Evolutionary adaptation of inflamatory inmune responses in human beings. *Lancet, 356,* pp. 242-224.

54. MAÑÉ GARZÓN, F. (2000) *Op. cit,* referencia n° 8, pp 16-17.

-oOo-

Proceso fundacional de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología (1916-1932)*

Milton Rizzi

Resumen

Los días 3, 4 y 5 de enero de 1920 tuvieron lugar en Montevideo las primeras Reuniones Rioplatenses de Otorrinolaringología..

Estas fueron propuestas por el profesor de O.R.L. de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, Dr. Eliseo Segura. Este había concurrido a la capital uruguaya en octubre de 1919 para dictar conferencias en el marco de un intercambio de docentes entre las Facultades de Medicina del Río de la Plata.

Dichas primeras Reuniones fueron muy exitosas; tuvieron 27 participantes y se leyeron treinta trabajos científicos, publicados luego en la *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología.*

En agosto de 1920, en Buenos Aires, se celebró una segunda y gigantesca Reunión Rioplatense de Otorrinolaringología. Esta tuvo 58 participantes, incluso asistieron tres brasileros y fueron comunicados sesenta trabajos.

Montevideo, enero de 1922, fue escenario de las terceras Sesiones. Las cuartas Jornadas fueron probablemente en Buenos Aires, del 8 al 18 de julio de 1926. Las quintas Reuniones tuvieron lugar en conjunto con el Congreso Médico del Centenario, llevado a cabo del 5 al 12 de octubre de 1920 en Montevideo.

La sexta Reunión fue celebrada en Buenos Aires los días 28 y 29 de julio de 1932. Allí fue fundada administrativa y estatutariamente la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología.

Esta Sociedad Rioplatense, lo escribimos con orgullo, es la agrupación médica binacional más antigua de Latinoamérica.

Summary

The River Plate Otorhinolaryngological Meetings was founded in Montevideo, Uruguay. On January 3 to 5, 1920.

Leaders of this commitment were Eliseo Segura and Luis Madero from

* Trabajo presentado en ocasión de celebrarse las 62 Jornadas Rioplatenses de Otorrinolaringología. Montevideo, Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), 6 de agosto de 1999. El mismo fue Ilustrado con 47 diapositivas tomadas de revistas, diarios de época y fotografías originales.
Cf. RIZZI, M. (2000) "Crónica de las Sexagesimosegundas Jornadas Rioplatense de Otorrinolaringología". *ORL. Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología, 7* (4): 86-96.

Argentina, and Manuel Quintela and Justo M. Alonso from Uruguay.

A *River Plate Otorhinolaryngological Journal* was also founded in 1920. This journal was discontinued two years later, but the Society is still alive, very healthy, and is today in 1999, celebrating its sixtysecond meeting.

After 1920 two regular sessions took place, august 1920 in Buenos aires, Argentina, and january 1922 in Montevideo, Uruguay.

Most probably the fourth Meeting was in Buenos Aires on July 1926. The fifth session took place joining the "Centennial Uruguayan Congress" on october 1930.

Finally, the sixth session were on July 28th and 29th, 1932, in Buenos Aires, Argentina. By laws and regulations of the Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología were aprroved on this congress.

Aclaración

Los días tres, cuatro y cinco de enero de 1920 fueron celebradas en Montevideo las primeras Sesiones Rioplatenses de Otorrinolaringología. Los antecedentes de estas reuniones deben buscarse en el tiempo de los Congresos Médicos Nacionales, llevados a cabo en ambos países en 1916, abril en Montevideo y setiembre en Buenos Aires. Este Primer Congreso Médico Nacional Uruguayo conjuntó por primera vez todos los otorrinolaringólogos que trabajaban en Montevideo. Estos especialistas fueron agrupados en una "Seccional" y fueron allí presentados en dos días sucesivos, trece trabajos científicos. En ese congreso nació el espíritu de grupo, la sensación de que se podía hacer algo colectivo y valioso y éste fue también el germen de la futura Sociedad de Otorrinolaringología.

El Primer Congreso Médico Nacional Argentino, llevado a cabo seis meses después del celebrado en Uruguay, fue un gran acontecimiento científico. Su presidente fue el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, médico de niños de primer nivel, catedrático y fundador y director de los *Archivos Latinoamericanos de Pediatría.*

El Comité Organizador y el Dr. Aráoz Alfaro habían tenido la idea de cursar invitaciones a colegas uruguayos para que asistieran al Congreso y expusieran sus conocimientos en conferencias, cursos, coloquios y sesiones conjuntas.

Varios representantes de la Medicina Uruguaya aceptaron la convocatoria y participaron del gran acontecimiento del país hermano. En este congreso médicos uruguayos y argentinos cotejaron experiencias, apreciaron que tenían un similar nivel académico y por sobre todo, estrecharon lazos de confraternidad. Un siguiente paso sucedió los días 22, 23 y 24 de mayo de 1917.

La Sociedad Argentina de Obstetricia y Ginecología, en proceso de cambiar de nombre y de autoridades, decidió invitar un selecto número de ginecoobstetras uruguayos. Con tal

propósito viajaron a la ciudad de Buenos Aires los Dres. Carlos Colistro, Enrique Pouey, Augusto Turenne, José Infantozzi y Andrés Puyo. En la capital argentina fueron espléndidamente recibidos y colmados de honores[1].

En el viaje de retorno a Montevideo, que usualmente se hacía en el Vapor de la Carrera, estos distinguidos profesionales, todos ellos muy vinculados al Consejo directivo de la Facultad de Medicina, decidieron promover visitas alternadas de docentes que viajarían entre las capitales del Plata para dar cursos y conferencias que serían integradas a los estudios curriculares.

Esta iniciativa tuvo inmediata respuesta de las autoridades uruguayas y argentinas y motivó, en 1918, la aprobación del llamado convenio Baztarrica-Ricaldoni, sobre visitas de docentes entre las capitales del Plata[2].

Dentro de este marco, el primer profesor de Otorrinolaringología en viajar para dar conferencias fue el Dr. Eliseo Segura, en octubre de 1919[3].

Segura era representante de la Sociedad Argentina de Otorrinolaringología, fundada en 1909 por Eduardo Obejero que fue su primer presidente[4]. El propio Segura había sido primer vicepresidente y Juan de la Cruz Correa primer secretario. La Sociedad Argentina de Otorrinolaringología es la más antigua de Latinoamérica.

La publicación de los *Anales* de esta Sociedad fue mérito, entre otros, del Dr. Federico Oscamou. Incluso se conserva un listado de los treinta y siete primeros otorrinolaringólogos de la República Argentina en publicación de 1912 con Oscamou como Secretario de Actas.

El Dr. José Scosería, presidente de la Sociedad de Medicina de Montevideo en 1917-18 es mencionado como el gestor de la "Seccionalización de Especialidades" de la agrupación científica que presidía[5]. Esta incluyó la Otorrinolaringología, que formalizó su separación del antro materno en mayo de 1918. Dado que la de Otorrinolaringología es la única Sociedad separada en 1918 que sobrevivió, ésta es pues la más antigua de todas las sociedades médicas independientes del Uruguay si, con razón, excluímos la de Pediatría. Esta había sido fundada el 15 de marzo de 1915. La Sociedad de Otorrinolaringología se transformó en Sociedad de Otorrinolaringología del Uruguay en noviembre de 1919[6,7]. Su primer presidente fue Manuel Quintela y su primer secretario Justo M. Alonso.

Primera Reunión Rioplatense de ORL

A propuesta del Dr. Eliseo Segura se programaron las primeras Reuniones Rioplatenses para enero de 1920. Efectivamente éstas tuvieron lugar en el Hospital Maciel y en el Ateneo de Montevideo los días 3, 4 y 5 del citado mes de enero[8].

Los presidentes de estas reuniones fueron: Dr. Eliseo Segura y Dr. Manuel Quintela; los secretarios Dr. Justo Alonso y Dr. Luis Madero.

En estas reuniones fue decidida la publicación de una *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología.* A este propósito se reproduce la portada del primer número de esta Revista que ilustra sobre las autoridades responsables de la edición.

Unaa fotografia impresa en el Diario *El Plata* de Montevideo en enero de 1920 registra los asistentes argentinos y uruguayos a esta Primera Jornada Rioplatense.

De estos dieciocho otorrinolaringólogos uruguayos, finalmente diez especialistas se hicieron presentes en la Primera Reunión Rioplatense, que tuvo lugar en el Hospital Maciel. Asistieron también a ella un médico general, un pediatra, el Director de la Asitencia Pública Nacional, el Dr. José Martirené y el Decano de la Facultad de Medicina de Montevideo, Dr. Américo Ricaldoni. Una parte de los Otorrinolaringólogos uruguayos que asistieron fueron Justo M. Alonso, Constancio Castells, Juan José Cóppola, Pedro Martino, Juan Carlos Munyo, Felipe Puig, Ernesto Quintela, Elías Regules, Gilberto Regules y el Dr. Pascual Vero, recordado como paradigma para los jóvenes de la Otorrinolaringología uruguaya, dado que se hizo rico, muy rico con la profesión. Tuvo tres autos Rolls-Royce, con chofer, uno a continuación del otro y estuvo cuarenta y dos años de novio y nunca se casó.

Los asistentes argentinos a esta primera reunión rioplatense fueron Eliseo Segura, Felipe Basavilbaso, Ricardo Bracht, Martín Castro Escalada, Juan de la Cruz Correa, Juan Layera, Alberto Maidana, José Piattini López, Ambrosio Quadri, Jorge Basavilbaso, Luis Madero y Alberto Tarasido.

En total, treinta trabajos científicos fueron comunicados en estas Primeras Jornadas[8,9].

Segunda Reunión Rioplatense de ORL

Las segundas Reuniones Rioplatenses tuvieron lugar los días 21 a 24 de agosto de 1920 en la ciudad de Buenos Aires.

Este fue un verdadero congreso sudamericano, con cincuenta y ocho inscriptos y la participación de tres profesores brasileños de Otorrinolaringología, los Dres. Joao Marinho, Francisco de Castilho Marcondes y Henrique Lindemberg. Un total de sensenta trabajos fueron leídos ante entusiasta audiencia[10].

Algunos participantes fueron Jorge Basavilbaso, el anatomista uruguayo en ese entonces, profesor en la Universidad de La Plata, Pedro Belou, Jacinto Crotto, Julio Daz, José Piattini López de Rosario, Luis Samengo y Antonio Zambrini.

Esta reunión motivó la publicación del primer número de la *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología,* correspondiente a los años 1920-1921.

Tercera Reunión Rioplatense de ORL

Montevideo tuvo el honor y el placer de organizar las terceras Reuniones Rioplatenses de Otorrinola-

REVISTA RIOPLATENSE

DE OTORINOLARINGOLOGÍA

AÑO I – N.° 1 – 1920

FACULTAD DE MEDICI
27 MAY 192
BIBLIOTECA

DIRECTORES:

Paor. Eliseo V. Segura
de Buenos Aires

Paor. Manuel Quintela
de Montevideo

SECRETARIOS DE REDACCIÓN:

Dr. Luis G. Madero
de Buenos Aires

Paor. Agr. Justo M. Alonso
de Montevideo

Redactores argentinos: Elías J. Arauz, Antonio R. Arias, Toribio Ayerza, F. Basabilbaso, J. Basabilbaso, P. Belou, (La Plata), F. Bianchi, J. Bunge, H. Biasi, R. Becco, A. Cabanne, L. Carelli, Castro Escalada, C. Comolli, de la Cruz Correa, G. Chiodi, L. Delfino, S. DegievÁngelo, L. Echavarría, R. Enriquez, P. Errecart, J. Escutary, U. Fernández, L. Fuentes, E. Galiano, F. Goitia, J. Layera, A. Luene, A. Maidana, R. Bracht, E. Marengo, A. Martini, D. Massa, A. Newton, E. Obejero, F. Oscamou, J. Paz, Pietttini López (de Rosario), A. Quadri, J. Rellan, L. Samengo, R. Sánchez Díaz, L. Silvald, A. Tarasido, I. Torres, P. Tessone, D. Urquiza, D. Vagni, I. Viera, H. Walker, A. Zembrini.

Redactores uruguayos: C. Bellini Carzoglio, J. Brito del Pino, C. Castells, J. Coppola, J. Giannetto, H. Laguardia, M. Lúgaro, A. di Lorenzo, Martínez Fuets, P. Martino, J. Munyo, F. Puig, E. Quintela, E. Regules (hijo), G. Regules, Pascual Vero.

REDACCIÓN

Córdoba 372 - Buenos Aires

Colonia 1139 - Montevideo

MONTEVIDEO
TALLERES GRÁFICOS A. BARREIRO Y RAMOS
Barreiro & C.ª, Sucesores
Calle Bartolomé Mitre número 1467
1920

Portada del primer número de la *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología*, editada conjuntamente en Buenos Aires y Montevideo.

ringología. Estas se efectuaron del 4 al 9 de agosto de 1922[5].

Solo dos años habían pasado desde los primeras Jornadas y los otorrinolaringólogos uruguayos seguían siendo solamente aquellos dieciocho que las habían organizado en 1920[11]. Gran parte de este esfuerzo se debió sin duda al poder de convocatoria de Manuel Quintela, eterno presidente de todas estas reuniones, hasta su fallecimiento el 17 de diciembre de 1928. En una recordada tarde de enero de 1922, se festejó el reencuentro de los colegas argentinos y uruguayos en un asado-show en el haras de Pando propiedad de Manuel Quintela. El espectáculo central de esta fiesta de confraternidad estuvo constituído por el apareamiento de un semental propiedad de Quintela con una yegua de raza. El auditorio de otorrinolaringólogos, totalmente masculino, aplaudió a rabiar.

Cuarta Reunión Rioplatense de ORL

La cuarta Reunión Rioplatense tuvo lugar, muy probablemente, del 8 al 18 de julio de 1926 en Buenos Aires, en forma conjunta con el Tercer Congreso Médico Nacional Argentino. Detalles de esta reunión podrán consultarse en la próxima publicación del autor: "Crónica de la búsqueda de la Rioplantese perdida".

El Dr. Pedro Errecart, actuó como secretario del Comité Organizador Argentino de estas jornadas.

Quinta Reunión Rioplatense de ORL

La quinta Reunión Rioplatense tuvo lugar en Montevideo los días 5 a 12 de octubre de 1930 en ocasión del Congreso Médico del Centenario, evento que celebró justamente, los cien años de la Constitución del Estado Uruguayo.

Este maxi-congreso conjuntó médicos de toda América y Europa, fue una gran reunión científica y brindó la oportunidad de una nutrida y distinguida participación otorrinolaringológica argentina.

Algunos de los integrantes de la delegación argentina, se fotografiaron junto a colegas uruguayos en el frente del Parque Hotel, donde tuvo lugar este Congreso.

Sexta Reunión Rioplatense de ORL

Las sextas Reuniones Rioplatenses tuvieron lugar los días 28 y 29 de julio de 1932 en la sede de la Asociación Médica Argentina, ubicada en la Avenida Santa Fe de la ciudad de Buenos Aires.

El comité Uruguayo estuvo integrado por el Dr. Justo M. Alonso como Presidente, el Dr. Juan Carlos Munyo (Padre) como Vicepresidente y el Dr. Pedro Regules como Secretario. El Comité Argentino que propició esta reunión estuvo constituído por el Dr. Pedro Errecart como Presidente y el Dr. Eduardo R. Casterán como Secretario..

Esta reunión aprobó los estatutos que rigen la Sociedad Rioplatense de

Otorrinolaringología, y jurídica y administrativamente procedió a la fundación de la entidad[12].

A continuación reproducimos el Acta Fundacional de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología (Página 1 del Libro de Actas, muy probablemente manuscrita por el propio Secretario argentino, Dr. Eduardo Casterán. Buenos Aires, 29 de julio de 1932):

1

De acuerdo con las resoluciones de las Sociedades Uruguaya y Argentina de Otorrinolaringología, los que suscribe declaran el siguiente articulado, Reglamento Oficial para las reuniones de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología:

La Sociedad Rio-Platense de Oto-Rino-Laringología estará compuesta por elementos que constituyan las sociedades argentina y uruguaya de la especialidad y tendrá por objeto, a la vez que vincular los especialistas de ambos países, el hacer conocer los adelantos de esta rama de la ciencia médica en una y otra República y propender a su perfeccionamiento.

Para lograr sus fines, efectuará reuniones periódicas en Buenos Aires y Montevideo en fechas que se fijarán oportunamente, y nombrarán de su seno una Comisión especial que será la encargada de dirigir y organizar dichas reuniones.-

Como colofón de este trabajo me compete realizar un homenaje a los próceres fundadacionales de las Reuniones Rioplatenses de Otorrinolaringología, los doctores Manuel Quintela, Justo M. Alonso, Eliseo Segura y Joao Marinho, entusiasta participante de las reuniones Rioplatenses por más de treinta años, y de quién reproduzco un epigrama escrito en 1951:

> "Un Congreso es una gran feria de vanidades, pero es también un acto de amor al trabajo, de sentimiento hacia los pacientes y de respeto para con los colegas".

Deseo completar esta exposición con un fragmento de la poesía escrita por el Dr. Elías Regules (h.) en ocasión de celebrarse los primeros cincuenta años de las Reuniones Rioplatenses de Otorrinolaringología:

> "Pues, aunque caprichosa geografía y también caprichoso fuera el día que dividiera en dos nuestro destino, no habrá fuerza capaz, que en su porfía, pueda destruir la paz y la armonía, entre el pueblo uruguayo y el argentino".

Bibliografía

1. PIZZORNO SCARONE, L. (1917) "Reuniones extraordinarias de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires", *Anales de la Facultad de Medicina. Suplemento 2,* Montevideo, pp. 39-40.

2. PIZZORNO SCARONE, L. (1918) "Intercambio de profesores. Convenio Baztarrica-Ricaldoni – Facultades de Medicina de Buenos Aires y de Montevideo", *Anales de la Facultad de Medicina. Suplemento 3,* Montevideo, pp 125-129.

3. RIZZI, M. (1988) "Hace dos tercios de siglo", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 54,* pp. 5-9.

4. RIZZI, M. (1998) "Proceso fundacional de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología", *ORL. Revista de la Federación Argentina de Ontorrinolaringología, 4,* pp. 50-69.

5. RIZZI, M. (1989) "75 aniversario de las Primeras Reuniones Rioplatenses de Otorrinolaringología", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 61,* pp. 32-57.

6. RIZZI, M. (1989) "70 años de la Sociedad de Otorrinolaringología del Uruguay (1918-1988)", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 55,* pp. 51-52.

7. RIZZI, M. (1987) "Historia de la Otorrinolaringología en el Uruguay", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 53,* pp. 39-44.

8. MADERO, L.; ALONSO, J. M. (Secretarios de Redacción) (1920) *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, (1):* 1-110, Buenos Aires.

9. MADERO, L.; ALONSO, J. M. (Secretarios de Redacción) (1921) *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 1* (2): 111-271, Buenos Aires.

10. BASAVILBASO, F.; ALONSO, J. M. (Secretarios de Redacción) (1922) *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2 (1):* 272-342, Buenos Aires.

11. RIZZI, M. (1991) "Nacimiento de la Otorrinolaringología en el Uruguay",

Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 57, pp. 24-60.

12. RIZZI, M (1991). "Crónica de la 54 Reunión de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología. Montevideo julio 18-19 de 1991", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 57,* pp. 3-20.

- oOo -

Segundas Sesiones de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología. Buenos Aires, agosto de 1920.

Milton Rizzi

Resumen

Los días 21 a 24 de agosto de 1920 se celebraron, en la ciudad de Buenos Aires, las Segundas reuniones rioplatenses de O.R.L. Los asistentes fueron cinco uruguayos, tres profesores brasileños y un gran contingente de especialistas de Buenos Aires, Córdoba y Rosario, totalizando una presencia cercana a los cincuenta participantes, comunicándose sesenta trabajos científicos.

La delegación brasileña y la adhesión telegráfica de los especialistas de Chile, Bolivia, Paraguay y Perú, hicieron de esta reunión un verdadero Primer Congreso Sudamericano de O.R.L.

Summary

In Buenos Aires, Argentina, August 21-24th, 1920 took place the II River Plate ORL Meeting. Three distinguished Brazilian doctors were invited and joined the congress with almost fifty uruguayan and argentinian assistants. Sixty papers were discussed. ORL professors from Chile, Bolivia, Paraguay and Peru telegraphed their simpathy with the event.

Historically, this might be considered the First ORL South American Congress.

Introducción

Los días 3 al 5 de enero de 1920 tuvieron lugar en Montevideo la primera Reunión Rioplatense de Otorrinolaringología (véase artículo anterior).

El éxito de esa iniciativa promovió la idea de continuar estos eventos científicos entre los especialistas del Río de la Plata, y si fuese posible extenderlos a otros países sudamericanos.

Invitaciones para asistir a la próxima reunión fueron enviadas a Chile, Perú, Bolivia, Paraguay y Brasil.

Este último, en forma entusiasta, comunicó que asistiría con su cúpula profesoral en pleno: Joao Marinho y Francisco de Castilho Marcondes, de Río de Janeiro, y Henrique Lindemberg, de

Sao Paulo. Cartas y telegramas de colegas de Bolivia, Chile, Paraguay y Perú, adhiriendo fervorosamente a la reunión, pero anunciando su imposibilidad de concurrir hicieron de este evento "un verdadero congreso sudamericano de otorrinolaringo-logía"[3,4] .

La primera reunión Rioplatense de O.R.L., realizada en Montevideo había decidido la aparición de la primera Revista Rioplatense de O.R.L.[4], editada en dos fascículos totalizando 271 páginas.

La segunda reunión Rioplatense, fue realizada en Buenos Aires del 21 al 24 de agosto de 1920. La fecha citada fue motivo de una cuidadosa investigación histórica, dado que la publicación de la revista[3], en su carátula, dice 1921 (año de la impresión), pero el error en realidad está en la página 277, donde dice textualmente: "Segunda Reunión Rioplatense de Otorrinolaringología. Celebrada en Buenos Aires del 21 al 24 de agosto de 1922".

Para mayor confusión, el trabajo presentado por Manuel Quintela, "Laringectomía en el Uruguay", y publicado en *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay* del año 1933[5] dice, en la introducción: "comunicado a la segunda reunión rioplatense de ORL efectuada en Buenos Aires en 1922".

Por tanto, doble confusión de fechas. Afortunadamente, el telegrama a "los maestros de Viena", que analizaremos al final de esta comunicación, y la publicación del Dr. José Jorge "Sinusitis en la Primera Infancia" en los Archivos Latinoamericanos de Pediatría[6], fijan la fecha con precisión: Agosto 21 al 24 de 1920.

Reunión inaugural

Se realizó en el Salón de Grados de la Facultad de Medicina el 21 de agosto a las 09:30 horas, y fue presidida por el Decano de la Facultad, Doctor Alfredo Lanari[7].

Asistieron: Aliaga José M. (Córdoba), Alonso Justo M. (Montevideo), Arauz Santiago (Buenos Aires), Algañaraz Raúl (Buenos Aires), Basavilbaso Felipe, Basavilbaso Jorge, Belou Pedro, Bisi Humberto, Becco Raúl, Bracht Ricardo, Cabanne Alejandro (Buenos Aires), Castilho Marcondes Francisco de (Río de Janeiro), Castro Escalada Martín (Buenos Aires), Correa Juan de la Cruz, Del Piano Jorge, Errecart Pedro L, Echevarría Luis M., Escutary Juan F., Fernández Urbano A., Franchini Yago, Galiano Enrique L., García Lucio (Buenos Aires, Giannetto Jaime (Montevideo), José Jorge M. (Buenos Aires), Layera Juan, Lindenberg Henrique (San Pablo), Marenco Ergasto (Buenos Aires), Munyo Juan Carlos (Montevideo), Pérez Valderiote V. (Rosario), Podestá Roberto (Buenos Aires), Puig Felipe (Montevideo), Quadri Ambrosio (Buenos Aires), Quintela Manuel (Montevideo), Rellán Juan (Buenos Aires), Riccitelli Emilio, Samengo Luis, Segura Eliseo V., Sibbald Douglas W., Tarasido Heriberto

(Córdoba), Zambrini Antonio (Buenos Aires).

Las autoridades de la Reunión fueron: Profesores Manuel Quintela y Justo M. Alonso, de Montevideo, Profesor Eliseo V. Segura y Profesor Suplente Felipe Basavilbaso, de Buenos Aires.

Abrió el acto el Decano Dr. Lanari, que agradeció la presencia de los colegas y expresó que esta reunión estaba enmarcada "en las nuevas orientaciones universitarias", y que "en breve término han de reunirse a Vds. los amigos de Chile, Bolivia y Paraguay. Quedan Vds. en casa".

Hicieron uso de la palabra, a continuación, los Dres. Felipe Basavilbaso, Manuel Quintela, Joao Marinho y Eliseo Segura.

La mesa quedó constituída con una triple presidencia: Segura, Quintela y Marinho.

El desarrollo de las comunicaciones a esta reunión puede consultarse en la *Revista Rioplatense de O.R.L.* (Año II) aunque desafortunadamente aparecen en ésta sólo siete de los sesenta trabajos comunicados.

Joao Marinho inició este segundo año de la Revista Rioplatense con su "Tratamiento del Ocena con Inyecciones de Emético"[8].

El ocena, una enfermedad hoy en franco retroceso, era tema recurrente en los primeros años de este siglo en nuestra especialidad, y la terapia propuesta por Marinho se suma a esta inquietud, al igual que la vacunoterapia propuesta por los argentinos Antonio Zambrini y Emilio Troise[9]. Joao Marinho fue un asiduo concurrente a las siguientes reuniones Rioplatenses y verdadero propulsor de la realización del Primer Congreso Sudamericano de O.R.L., que tuvo lugar en Buenos Aires en 1940.

Marinho presentó en esta Reunión Rioplatense una segunda comunciación que se refirió a la "Anestesia del Epifarinx por Transfixión del Velo del Paladar"[10].

El Profesor Enrique Lindemberg de Sao Paulo presentó un extenso y muy documentado trabajo sobre "Leishmaniosis Nasal". En síntesis publica: Una plancha a color sobre las lesiones nasales de la enfermedad; Veintisiete fotografías de pacientes y un listado de 140 enfermos diagnosticados y tratados, sobre un total "de 6317 doentes registrados na Clínica otorhinolaryngológica do Hospital Santa Casa da Missericórdia de Sao Paulo, de meiados de 1917 até Junho do corrente ano"[11].

Comenta este trabajo el Profesor Heriberto Walker de Córdoba.

El Dr. Errecart, discípulo de Eduardo Obejero, Felipe Basavilbaso y Eliseo Segura, propone el tratamiento local con neosalvarsan de las lesiones fusoespirilares de boca[12]. Esta terapia persistió hasta comienzos de los años '60, y recuerdo haberla utilizado.

El Profesor Suplente Juan Layera, de Buenos Aires, refirió un caso clínico de persistencia del canal tirigloso de Bochdaleck[13]. Introdujo un catéter detrás de la papila situda en el vértice de la "v" lingual, y llegó con él hasta el

hueso hioides, obteniendo la primera radiografía de esta patología en el Río de la Plata. Finalmente, operó al enfermo por la vía suprahioidea, haciendo amplia extirpación de la tumoración y del trayecto.

El Dr. Luis Samengo presentó a esta Segunda Reunión Rioplatense el primero de sus trabajos sobre electrocirugía en el tratamiento de los tumores del nasofarinx. Allí refiere haber asistido dos enfermos jóvenes con nasofibromas y dos pacientes de edad con carcinomas del epifarinx. La técnica utilizada fue la fulguración con dos electrodos. Uno vía nasal y otro vía bucofaríngea, o los dos por vía bucofaríngea y luego el curetaje y "morcellement" quirúrgico para extraer el tumor ya fulgurado con menor riesgo de hemorragia[14].

Samengo denota ya en este trabajo su genio de inventor, al diseñar y hacer fabricar por Lutz Ferrando diferentes formas terminales de electrodos, que figuran ilustrados en el texto.

El Dr. José M. Jorge, distinguido cirujano, presentó en este "Congreso de Otorrinolaringologistas de Buenos Aires, Agosto de 1920", como él mismo escribe, el trabajo "Sinusitis maxilar aguda en la primera infancia", donde refiere su experiencia sobre casos tratados desde el año 1912[6]. Las conclusiones que presentó en el mismo fueron: El seno maxilar tiene dimensiones apreciables en el recién nacido. (Publica las medidas del seno tomadas del estudio de 56 necropsias efectuadas en niños expósitos); La infección del seno maxilar es frecuente en la primer infancia y tiene origen nasal, transformándose en empiema (osteomielitis, fenómenos perisinusales) cuando se exterioriza; La vía operatoria más correcta es la endonasal.

La última comunicación que analizaremos es el único trabajo O.R.L. importante que escribió Manuel Quintela en su extensa vida profesional[5].

Quintela fue fundador de la O.R.L. académica en el Uruguay, y primer profesor universitario con veintiocho años de actuación. Su referido trabajo la "Laringectomía en el Uruguay" analiza todo el espectro de los tumores malignos de laringe asistidos en su Policlínica del Hospital Maciel; sobre 28.800 enfermos encontró 154 casos de los cuales se operaron menos de treinta; la mayoría, 18, por él mismo. Como diría Alonso, años después: "Comenzó una cirugía sin haberla visto hacer, tomada de libros y no sólo eso, sino que también debió improvisar y aprender sobre como conducir los postoperatorios, que son tan o más difíciles que la operación misma".

Detalles de la técnica empleada, las recidivas, la mortalidad y las historias clínicas resumidas de 26 pacientes completan este trabajo fundamental en el estudio de la laringología en el Río de la Plata.

Los maestros de Viena

A propuesta del Dr. Joao Marinho, la primera sesión de la II

Año II Buenos Aires, 1921 Núm. 1

REVISTA RIOPLATENSE

DE OTORINOLARINGOLOGÍA

DIRECTORES:

Profesor: Manuel Quintela
DE MONTEVIDEO

Profesor: Elíseo V. Segura
DE BUENOS AIRES

SECRETARIOS DE REDACCION:

Prof. Agr. Justo M. Alonso
DE MONTEVIDEO

Prof. Supl. Felipe Basavilbaso
DE BUENOS AIRES

REDACTORES URUGUAYOS:

C. Bellini Carzoglio, J. Brito del Pino, C. Castells, J. Cóppola, Jaime Giannetto, M. Laguardia, M. Lagaro, A. di Lorenzo, Martínez Purón, Pedro Martino, Juan C. Munyo, Felipe Puig, Prof. Ernesto Quintela, Elías Regules (hijo), Gilberto Regules, Pascual Vero.

REDACTORES ARGENTINOS:

Elías J. Araoz, Antonio R. Arias, Toribio Ayerza, Prof. Supl. Felipe Basavilbaso, Jorge Basavilbaso, Prof. Pedro Belou, Francisco Bianchi, Juan A. Buasso, Humberto Bisi, Raúl Becco, Ricardo Brachi, Prof. Alejandro Cabanne, Leopoldo Carelli, Prof. Supl. Martín Castro Escalada, Carlos Comolli, Prof. Supl. Juan de la Cruz Correa, Gabriel Chiodi, Luis Delfino, Santiago Degioranángelo, Luis M. Echarrarría, Rodolfo Enriquez, Pedro Errecart, Juan Escutary, Urbano Fernandez, Prof. Supl. Enrique Ferreyra, Luis Fuentes, Enrique Galiano, Filomeno Goitia, Prof. Supl. Juan Lejera, Alberto Lerena, Alberto Maldana, Ergasto Marenco, Adolfo Martini, Prof. Supl. Diógenes Masna, Alvaro Nonton, Prof. Eduardo Obejero, Federico Oscamou, Julio Paz, José Piattini López, (Rosario), Ambrosio Quadri, Juan Reilán, Luis Samengo, Raúl Sánchez Díaz, Douglas Sibbald, Alberto Taraslido, Ignacio Torres, Pedro Tessone, Diógenes de Urquiza, Dante Vagni, Justo P. Viera, Prof. Erlberto Walker (Córdoba), Prof. Supl. Antonio R. Zambrini.

REDACCIÓN:

Colonia 1139, Montevideo — Santa Fé 1171, Bs. Aires

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

845, JUNIN, 845 - BUENOS AIRES

1922

Portada y carátula de la *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología* (ampliada), que documenta la II Reunión Rioplatense de la especialidad, llevada a cabo en la ciudad de Buenos Aires entre el 21 y el 24 de agosto de 19290; y la casi totalidad de especialistas que trabajaban el Uruguay y Argentina, donde figuran como redactores, aunque quizás algunos jamás publicaron un trabajo.

Reunión Rioplatense de O.R.L., concluyó con la redacción de un telegrama alemán[15], cuya traducción realizada por el Prof. Roberto Puig y revisada por el Dr. Enrique Schneeberger, a quienes agradezco particularmente, es como sigue:

> "Buenos Aires, 21 de agosto de 1920.
> Al Sr. Prof. Dr. Adam Politzer,
> Viena.
>
> Los especialistas uruguayos, argentinos y brasileños en la Primera Convención Sudamericana de Otorrinolaringología, en su sesión inaurgural, emocionados por la precaria situación en que se encuentran los profesores, resolvieron, por sugerencia del Dr. Joao Marinho (Río de Janeiro), enviarle a Vd. un telegrama para manifestarle sus sentimientos reconfortantes y amistosos. Y siguiendo con fervor la invitación del Dr. Eliseo V. Segura (Buenos Aires), improvisaron una colecta, cuyo monto, por modesto que sea, le ofrecen a Vd. como una ayuda provisional da los profesores en su apretada situación. Muy estimado maestro, tendría Vd. la bondad de encargarse de la distribución de este dinero y reciba Vd. el homenaje de nuestra mayor estima..."[15]

En relación a este magnánimo gesto Eliseo Segura manifestó: "Este óbolo será enviado a nuestro Ministro Pérez, para que él se lo entregue a los viejos maestros"[3]. El Señor Presidente informó poco después que la suma reunida alcanzó casi a los mil pesos (algo más de 100 libras esterlinas de oro, cuyo poder adquisitivo era unas 50 veces mayor que el actual).

Colofón

Han pasado algo más de 75 años, nuestros profesores, aquellos que nos enseñaron, o que enseñaron a quienes nos enseñaron en O.R.L., argentinos, brasileños y uruguayos llamados hoy por algunos colegas europeos "sudacas", "sauvages sudamericaines" o "trashtalkers", rendían emocionado homenaje moral y material a los viejos maestros de Viena, haciendo honor al precepto hipocrático de "Honrarás a tus maestros y les proveerás, si lo necesitan, de hogar y sustento, en la enfermedad y en la vejez".

Bibliografía

1. RIZZI, M. (1988) "Hace dos tercios de siglo". *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 54,* pp. 5-10.

2. RIZZI, M. (1996) "75 aniversario de las primeras Reuniones Rioplatenses de Otorrinolaringología", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 61,* pp. 32-58.

3. *Revista Rioplatense deOtorrinolaringología,* ALONSO, J.M.; BASAVILBASO, F. (Secretarios de Redacción), *2* (1), pp. 272-341, Buenos Aires.

4. ALONSO, J. M. (1921). "Crónica". *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, (2):* p. 115, Buenos Aires.

5. QUINTELA, M. (1933) "Laringectomía en el Uruguay", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 3,* pp. 95-108.

6. JORGE, J. M. (1921) "Sinusitis maxilar aguda en la primera infancia", *Archivos Latinoamericanos de Pediatria, 15,* Buenos Aires, pp. 1-11.

7. SEGURA, E.; BASAVILBASO, F. (1921). "Reunión inaugural de la II Reunión Rioplatense de O.R.L.". *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2* (1): 277, Buenos Aires.

8. MARINHO, J. (1921) "Tratamiento da ozena por injecçoes de emetico". *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología,* (1):*2,* 279-280, Buenos Aires.

9. ZAMBRINI, A.; TROISE, E. (1921) "Vacunoterapia de la ocena", *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología,* (1):*2,* 282-288, Buenos Aires.

10. MARINHO, J. (1921) "Anestesia del epifarinx por transfixion del velo del paladar". *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología,* (1):*2,*312, Buenos Aires.

11. LINDENBERG, E. (1921) "Contribuçao ao estudo clinico e anatomico da Leishmaniose nasal", *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2* (1): 289-311, Buenos Aires.

12. ERRECART, P. 1921) "Manifestaciones bucales de la simbiosis tuso-espirilar. Su tratamiento" *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2* (1): 329-339. Buenos Aires.

13. LAYERA, J. (1921) "Persistencia del canal de Bochdaleck", *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2* (1) 324-328, Buenos Aires.

14. SAMENGO, L. (1921) "La fulguración en el tratamiento de los tumores del nasofarinx", *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2* (1): 313-323, Buenos Aires.

15. MARINHO, J. (1921) "Los maestros de Viena". *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología 2* (1): 340, Buenos Aires.

- oOo -

Crónica sobre la búsqueda de la Rioplatense perdida. A propósito de la Cuarta Reunión Rioplatense de Otorrinolaringología. Buenos Aires, 1926.

Milton Rizzi

Resumen

Las reuniones Rioplatenses de O.R.L. se celebran desde enero de 1920. La primera reunión, efectuada en Montevideo, motivó la publicación de la *Revista Rioplatense de O.R.L.*, en dos fascículos y con 271 páginas de edición. Las sextas jornadas tuvieron lugar en Buenos Aires en julio de 1932, y detalles de su realización, así como la publicación de los estatutos que rigen la Sociedad Rioplatense de O.R.L., se pueden consultar en los *Anales* de la Sociedad de O.R.L. del Uruguay, y en la *Revista Argentina de O.R.L.*

La elusiva cuarta Rioplatense parece haber tenido una fallida realización, en conjunto con el Tercer Congreso Médico Nacional Argentino efectuado en Buenos Aires del 8 al 18 de julio de 1926.

Summary

Early history of the oldest binational joint meeting in South America, the River Plate Othorinolaringological Society is analized. The fourth meeting of date and place not yet known, probably took place in Buenos Aires, 8th-18th July, 1926, joining the 3rd. Argentinian National Medical Congress. This paper tells the history of this detective research.

Introducción

Hace diez años comenzamos a escribir la historia de las Reuniones Rioplatenses de Otorinolaringología[1].

Allí contábamos que el origen de estas reuniones estuvo muy probablemente vinculado al Convenio Baztarrica-Ricaldoni de intercambio de profesores entre la Facultad de Medicina de Montevideo y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Este acuerdo motivó la visita de Eliseo Segura a Montevideo. Segura había sido nombrado recientemente profesor de O.R.L. en Buenos Aires y era un hombre de gran capacidad y excelente organizador. A su influjo, y

con el entusiasta apoyo de su par en Uruguay, el Profesor Manuel Quintela (que llegó a ser decano de la Facultad por cuatro períodos reglamentarios de tres años), se organizaron las primeras Reuniones Rioplatenses de O.R.L., que tuvieron lugar en Montevideo los días 3 al 5 de enero de 1920[2].

Prácticamente todos los trabajos leídos ¡sí eran leídos! en esa primera reunión fueron motivo de la publicación de la excelente *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología*, en dos fascículos: Año I, N° 1 de 1920, y Año I, N° 2 de 1920-1921, con un total de treinta comunicaciones[3,4].

Dado que el segundo número de la Revista Rioplatense[4] tiene una Crónica en la cual se menciona la segunda Reunión Rioplatense, "ya efectuada en Buenos Aires", teníamos la duda si alguno de los trabajos publicados con el año de edición 1920-1921 hubiesen sido comunicados en esa segunda Rioplatense.

El descubrimiento en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, de un segúndo año, con un tercer número de la Revista Rioplatense de O.R.L., alejó las dudas[5].Esta revista, perdida en Montevideo, tiene el mismo formato y tipo de edición de las dos anteriores.

En resumen, la segunda Reunión Rioplatense tuvo lugar en Buenos Aires los días 21 a 24 de agosto de 1920, con un record absoluto de asistencia, que incluyó a tres profesores brasileños "cuya grata presencia en Buenos Aires imprimió a nuestra modesta reunión los caracteres anhelados de un verdadero congreso sudamericano"[5] (véase el trabajo anterior).

La tercera Reunión Rioplatense tuvo lugar en Montevideo del 4 al 9 de enero de 1922.

Afortunadamente, los *Anales de la Facultad de Medicina* de Montevideo, que se publicaron desde 1916 hasta más allá de 1970, documentaron el programa completo de esa reunión[6].

La idea de los colegas reunidos en esa ocasión para llevar a cabo la siguiente reunión en Buenos Aires, ese mismo año 1922, en los meses de invierno.

Aquí comienza pues la investigación histórica, en el año 1922...

Lo primero que hicimos fue ir a lo conocido, es decir la llamada quinta Rioplatense, desarrollada en el marco del congreso Médico del Centenario (por el centenario de la Jura de la Constitución de la República Oriental del Uruguay, el 18 de julio de 1830). Este evento tuvo lugar en Montevideo del 5 al 12 de octubre de 1930.

Este Congreso fue una realización monumental de la Ciencia Médica Uruguaya; basta decir que la publicación de las comunicaciones se hizo en nueve tomos que alcanzaron miles de páginas de edición. Sin embargo, la lectura cuidadosa de todo el aspecto protocolar, apertura de las sesiones, designación de presidentes y secretarios, necrológicas, discursos de cierre, etc., etc., no hacían referencia

alguna a "sesiones rioplatenses", a pesar del importantísimo aporte argentino a estas reuniones.

La clave fue encontrada no en la transcripción íntegra de todos los trabajos presentados, sino en la crónica del evento publicada en la *Revista Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica* de Buenos Aires, llamada después de 1931 *Revista Otoneuroftalmológica y de Cirugía Neurológica Sudamericana*. Allí, el Dr. Casterán, secretario de sesiones dice textualmente, al cierre de éstas:"Al mismo tiempo este es el momento de hacer moción en el sentido que la Sociedad Rioplatense de Laringología renazca como ave Fénix de sus cenizas, para reafirmar nuevamente los vínculos de amistad de los pueblos del Plata"[8].

Repetimos, en ningún otro documento de este Congreso Médico del Centenario, hemos encontrado referencia alguna sobre la Reunión Rioplatense de O.R.L., y nada tampoco sobre el hecho de que ésta fuese la quinta. ¿Cómo se contaron entonces las Rioplatenses?

La numeración que seguramente hicieron nuestros antecesores figura en el Libro de Actas de la Sociedad Rioplatense, que afortunadamente se conserva[9]. Las primeras hojas de este libro documentan la creación de la Sociedad Rioplatense, con la transcripción de los estatutos aprobados en julio de 1932 en Buenos Aires (véase el trabajo anterior a éste "Proceso fundacional de la Sociedad Rioplatense de ORL") . En la página 11 de este libro de actas, el secretario actuante, Dr. Pedro Regules, en la reunión efectuada en Montevideo los días 4 y 5 de enero de 1933, numera la sesión como "7ª Reunión anual[12]. De allí en adelante, hasta la 19ª se siguen llamando anuales. A partir de la XX se transcriben como reuniones Rioplatenses, anteponiéndoles el número ordinal (v.gr. XXI Reunión Rioplatense).

Por tanto: enero de 1933, séptima reunión; julio de 1932, sexta; Congreso Médico del Centenario, quinta... ¿y la cuarta?

Con la inquietud de encontrar esta cuarta y elusiva Reunión Rioplatense de O.R.L., investigamos todo lo posible en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Montevideo, revisamos la *Revista Médica del Uruguay, Anales de la Facultad de Medicina* de Montevideo, *Anales del Instituto de Neurología de Montevideo, Archivos Latinoamericanos de Pediatría* y las primeras revistas de la Sociedad de Pediatría del Uruguay, *Boletín del Sindicato Médico del Uruguay*, etc. Sin resultado.

Concurrimos entonces a Buenos Aires, y entrevistamos al Profesor de Historia de la Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, Dr. Alfredo Kohn Loncarica, que nos sugirió tratar de obtener una beca de la Industria Farmacéutica para investigar Revistas Médicas Argentinas con esa finalidad, dado que la cátedra no tenía personal disponible para efectuar dicho estudio.

Autobecado y con entusiasmo, iniciamos la búsqueda en la Biblioteca de la Facultad, donde fuimos bien recibidos, en nuestra condición de

extranjeros, y con la bendición del Dr. Isaac Kaminsczcik, que había tenido la gentileza de recomendarnos.

Finalmente, una tarde del mes de abril de 1998, encontramos en *La Semana Médica* del 3 de junio de 1926, la siguiente información que transcribimos íntegramente:

> "Cuarta reunión rioplatense de Otorrinolaringología": El Dr. Errecart manifiesta, en su carácter de secretario de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología, que la cuarta reunión rioplatense, de acuerdo a lo convenido con el Dr. Quintela, decano y profesor de la especialidad de la Facultad de Montevideo, tendrá lugar concomitantemente con el próximo Congreso Nacional de Medicina, y que, por lo tanto, ruega a los señores colegas tengan a bien comunicarle a la brevedad posible antes de fin del mes que transcurre, los temas de los trabajos a presentar, a objeto de poder confeccionar las órdenes del día. Al mismo tiempo, recuerda las palabras del distinguido profesor de la Facultad vecina, quien dijo que han resuelto los ilustrados colegas que nos visitarán, sacrificar el número de comunicaciones en beneficio de su calidad, lo que quiere decir que nosotros deberemos hacer una verdadera selección de las colaboraciones para que no quedemos a la retaguardia al hacer el balance de los resultados que se obtengan de la cuarta reunión científica de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología"[10].

Los congresos médicos sirviendo como ambientes naturales para la realización de reuniones conjuntas binacionales era política común de la época científica que estamos considerando.

En Uruguay, el primer congreso O.R.L. de importancia tuvo lugar como Sección O.R.L. del 1er. Congreso Médico Nacional de 1916[11].

En Argentina, el Segundo Congreso Nacional de Medicina tuvo lugar del 1° al 8 de octubre de 1922, y en la Subsección Otorrinolaringología fueron consideradas 18 comunicaciones, cuya publicación se hizo en el Tomo IV de *Actas y Trabajos del Segundo Congreso Nacional de Medicina,* con un total de 215 páginas de edición[12].

El Tercer Congreso Nacional de Medicina fue un evento muy importante en la Medicina Argentina, tuvo lugar en Buenos Aires del 8 al 18 de julio de 1926, y se hizo simultáneamente con la Cuarta Conferencia Sudamericana de Dermatología y Sifilografía, y la segunda reunión de Pedagogía Médica[13].

La sesión inaugural fue en el Teatro Cervantes, con la presencia del presidente de la República, varios Ministros, representantes de países extranjeros, autoridades provinciales, y un verdadero mundo médico, con invitados especiales: Vittorio Ascoli, Gustavo Pittaluga, Giulio Alessandri, George Strode, y el gran cirujano ginecotocólogo de renombre que también hizo uso de la palabra en la interminable sucesión de discursos,

propios de la etiqueta y ceremonial de la época.

En el Salón de grados de la Facultad de Ciencias Médicas se llevaron a cabo las cuatro sesiones plenarias de la Subsección Otorrinolaringología, donde un total de veintisiete trabajos fueron comunicados.

El relato de estas sesiones fue el tema desarrollado por el Dr. Luis Samengo: *Diatermia en Otorrinolaringología.* Esta publicación es un hito fundamental en la electrocirugía de la especialidad, y un motivo de orgullo para toda la otorrinolaringología argentina[14].

Transcribimos a continuación el índice de todo lo publicado por la subsección O.R.L. del Tercer Congreso Nacional de Medicina:

PRIMERA SESIÓN

Página

Diafanolaringoscopía (Nuevo dispositivo), por el Dr. Luis Samengo 7
Alteraciones de la motilidad laríngea en la tuberculosis pulmonar no complicada de tuberculosis laríngea, por los Dres. Emilio Riccitelli y Yago Franchini..... 12
Tratamiento del cáncer laríngeo por el Radium, por el Dr. Eduardo Jonquieres 17
Analgesia sinergética en otorrinolaringología, por los Dres. Adolfo Martini y Raúl Becco 21

SEGUNDA SESIÓN

Página

Osteomielitis del seno frontal, por los Dres. Layera y Marenco 33
Mucoceles frontoetmoidales y paralagrimales sobre la vía endonasal en su tratamiento quirúrgico, por el Dr. Humberto Bisi 47
Consideraciones sobre la cirugía de la hipófisis, por el Dr. E. V. Segura 56
Ensayo operatorio sobre los senos frontales grandes, por los Dres. Raúl y Carlos Bergara 68
Sobre 22 casos de trepanaciones de las células etmoidales posteriores y del seno esfenoidal en probables neuritis rinógenas, por los Dres. Roberto Dellepiane Rawson y Esteban Adrogué 80
Anatomía del seno esfenoidal, por el Dr. Enrique J. Roncoroni 87
Tratamiento de la sinusitis maxilar por el meato inferior con instrumentos del autor, por el Dr. Mosés A. Torres 139
Estudio radiológico de los senos de la cara, por los Dres. Adolfo Martini y Raúl Becco 167
Nuevas curetas para el raspaje de los senos de la cara (maxilares y frontales), por el Dr. Juan de la Cruz Correa 176

TERCERA SESIÓN

Valor clínico del nistagmus vestibular (Relato), por el Dr. Pedro L. Errecart ... 181
Nistagmus vestibular de origen otolítico, por el Dr. H. Zubizarreta 201
Contribución al tratamiento de los procesos supurativos óticos y de las cavidades paranasales, por los Dres. Tesone y Viggiore 210
La fresa, el lavado y la hemato-aspiración en las intervenciones sobre la mastoides, por los Dres. Raúl y Carlos Bergara 218

Página

Contribución al estudio de las cefaleas por desviaciones altas del tabique y anomalías o infecciones del

Qui.
24.250
-74.971-

República Argentina

TERCER CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

BUENOS AIRES (8 AL 18 DE JULIO DE 1926)

ACTAS Y TRABAJOS

TOMO VI

Fascículo II

MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA — FARMACIA Y QUIMICA — ODONTOLOGIA — MEDICINA MILITAR

B. F. C. M.
MESA de ENTRADAS
No 19.232

"LAS CIENCIAS"
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. RUBIO BUFFARINI
AVENIDA 916 - BUENOS AIRES
— 1927 —

Carátula de la publicación de *Actas y Trabajos*, en este caso del tomo VI del *Tercer Congreso Nacional de Medicina*. Buenos Aires 8 al 18 de julio de 1926. En este congreso, por ahora identificado como Cuarta Rioplatense, con participación argentina exclusiva, se comunicaron 27 trabajos de la especialidad.

cornete medio, por el doctor Francisco Javier Pérez 223
La buena y la mala cirugía del tabique nasal, por el Dr. E. V. Segura ... 229
Tratamiento de las otitis medias supuradas por el método de la "cavidad cerrada" de Méndez, por el Dr. Luis G. Gret 235

CUARTA SESIÓN

Diatermia en Otorrinolaringología, por el Dr. Luis Samengo 241
La electrolisis en otorrinolaringología, por el Dr. Ricardo Bracht 318
Dispositivo para el estudio de los capilares en la cavidad bucal y en las alteraciones de la mucosa, por los Dres. Carlos Bergara y Raúl Bergara 331
La curieterapia en la ocena, por el Dr. E. Casterán 339
Anatomía oatológica de la amigdalitis críptica, por el Dr. Hernán Zubizarretz 343
La amigdalectomía en los niños, por el Dr. Santiago Luis Aráuz 355
Consideraciones sobre algunas complicaciones poco frecuentes de las amígdalas sépticas, por el Dr. Pedro L. Errecart 377

Es decir, habíamos encontrado la cuarta Rioplatense en la comunicación que el Dr. Pedro Errecart había hecho a la Sociedad Argentina de O.R.L. el 30 de abril de 1926, pero dos meses y medio después cuando se realizó el Tercer Congreso Médico Nacional, ningún otorrinolaringólogo uruguayo del cual haya quedado constancia, asistió al Congreso, o presentó un trabajo. Tampoco las crónicas del evento mencionan en algún momento, ni en los actos ceremoniales de apertura, ni en el cierre, ni en la conclusiones del evento, la presencia de ciudadanos de la costa oriental del Río de la Plata.

Dado que la *Semana Médica* siempre informó a sus lectores sobre las Reuniones Rioplatenses de O.R.L. revisamos sus números hasta el año 1930, fecha del Congreso Médico del Centenario en Uruguay, es decir, la quinta Reunión, sin encontrar referencia alguna. Naturalmente que otras publicaciones argentinas médicas, como *Anales del Círculo Médico Argentino, Argentina Médica, La Prensa Médica Argentina, Revista de Especialidades de la Asociación Médica Argentina, El Día Médico, Revista Médica del Rosario,* etc., pueden haber documentado alguna reunión de este tipo, aunque por el estudio de números anteriores de estas revistas nos parece poco probable. Revisarlas, al igual que la prensa argentina diaria que en esa época informaba de los eventos científicos, sobre todo los internacionales, es una asignatura pendiente.

Colofón

Esta investigación histórica concluye, pues, que al día de hoy, la cuarta Reunión Rioplatense, tuvo lugar en conjunto con el tercer Congreso Médico Nacional, celebrado del 8 al 18 de julio de 1926, en Buenos Aires.

Pero... lo que hace emocionante la búsqueda histórica es el hecho de que rara vez es definitiva, y que seguir

investigando es la esencia fascinante de esta disciplina.

Bibliografía

1. RIZZI, M. (1988) "Hace dos tercios de siglo", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 54,* pp. 5-10.

2. RIZZI, M. (1996) "75 aniversario de las primeras Reuniones Rioplatenses de Otorrinolaringología", *Anales de Otorrinolaringología del Uruguay, 61,* pp. 32-57.

3. *Cf.* SEGURA, E.; QUINTELA, M. (Directores) (1920). *Revista Rioplatense deOtorrinolaringología,* (1): 1-111, Buenos Aires.

4. SEGURA, E.; QUINTELA, M. (Directores) (1921) *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 1* /2):112-271, Buenos Aires.

5. SEGURA, E.; QUINTELA, M. (Directores) (1922) *Revista Rioplatense de Otorrinolaringología, 2* (1):272-342, Buenos Aires.

6. *Cf.* "Tercer Congreso Rioplatense de Otorrinolaringología", en *Anales de la Facultad de Medicina, 6,* Montevideo, 1921, pp. 1156-1158.

7. *Cf.* Congreso Médico del Centenario (1930) *Actas y Trabajos 1,* pp. 493-598, *5,* pp. 131-248, Montevideo, 1930.

8. *Cf. Revista Oto-neuro-oftalmológica y de Cirugía Neurológica, 4,* Buenos Aires, 1930, p. 601.

9. *Libro de Actas de la Sociedad Rioplatense de Otorrinolaringología,* 1932-1969, *1,* pp. 1-195.

10. *Cf. La Semana Médica, 33* (1): Buenos Aires, 1926.

11. *Cf. Primer Congreso Médico Nacional,* (Montevideo, Abril de 1916), 9-16, Tomo III, pp 591-728.

12. *Cf. Segundo Congreso Nacional de Medicina. Actas y Trabajos* (Buenos Aires 1 al 8 de Octubre de 1922), Tomo 4. Otorrinolaringología, Oftalmología, Genito-urinaria y Fisiología. Buenos Aires, Ed. Las Ciencias, 1925.

13. *Cf.* "Tercer Congreso Nacional de Medicina", en *La Semana Médica, 33,* pp. 177-179 y 237-239. Buenos Aires, 1926.

14. SAMENGO, L. (1926) *Diatermia en Otorrinolaringología..* Buenos Aires, Ed. La Semana Médica. 220 pp.

- oOo -

Discurso pronunciado en el acto de ingreso a la Academia Nacional de Medicina el 11 de marzo de 1999*

Fernando Mañé Garzón

I

Debo ante todo agradecer la distinción de haber sido elegido, para integrar la Academia Nacional de Medicina, institución que ya ha cumplido sus primeros veinte años de existencia y de promisora eficacia en el ámbito médico de nuestro país.

Agradezco también y muy especialmente, las palabras con que me ha presentado ante ella, mi dilecto amigo de tantos años, el académico Héctor Mazzella, con quien he compartido tantas horas fermentales de reflexión y estudio, por sus generosas palabras, así como a todos aquellos que nos acompañan en esta noche.

No cabe duda que entrar a integrar la Academia Nacional de Medicina implica una gran responsabilidad que sobrepasa el honor que ello confiere.

II

La Medicina nacional cuenta con foros ejecutivos de ya larga tradición: la Facultad de Medicina, formación, docencia, investigación con más de un siglo de sostenido y brillante esfuerzo; el Ministerio de Salud Pública, órgano rector, asistencial, preventivo y normativo, cuyos antecedentes asistenciales y de control sanitario bajo diferentes estructuras administrativas y designaciones, se remontan a nuestra primera vida institucional; el Sindicato Médico del Uruguay en el seno del cual se creó y se desarrolló la conciencia y responsabilidad gremial, institución con ya varias décadas de cumplida existencia, siempre actualizada y renovada, tribuna permanentemente abierta a la integración de opiniones.

III

Ninguna de estas instituciones fundacionales y fundamentales le cabe la representación global de todas las vertienes de la actuación médica tanto en lo asistencial, científico, docente, social y profesional. Esa gestión holística, de integración, jerarquiza-

* Nota de los editores. La elaboración de este discurso, tal y como puede leerse a continuación, está extremadamente ligado a la labor del Prof. Em. Dr. Fernando Mañé Garzón como Director Encargado del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina. Algunas de las citas bibliográfica aludidas durante el dicurso pueden verse al final del mismo. (J.I.G.)

ción, difusión, armonización, le corresponde, y en ello está justamente la necesidad y razón de su creación, a la Academia Nacional de Medicina, que debe representar con solvencia, diligencia y ecuanimidad a todo el cuerpo médico nacional.

Acertar vertientes imperiosamente solicitadas por requerimientos inmediatos tanto docentes como asistenciales, de investigación como de proyección cultural y presencia social. Es pues sin lugar a duda, la gestión académica un ámbito integrativo de promoción, apoyo, prospección de toda la actividad médica en sus más amplios destinos.

Es en el desarrollo de dicha misión, para la que me siento primeramente instigado al integrar la Academia Nacional de Medicina. Esta actitud y convicción bien cultivada en las dos décadas de trayectoria que ya cuenta la academia, merece ser permanentemente estimulada y renovada con aquellas nuevas ideas y contribuciones que puedan integrarse a ella en la que participen todos sus integrantes.

IV

Considero primordial que la Academia Nacional de Medicina siga, y en forma progresiva, propicie e incremente su desarrollo creciente y actúe en forma enérgica, en coordinación con las ya muy eficaces instituciones que la incrementan y estimulan. Desarrollo de la investigación tanto en las disciplinas básicas como en las clínicas médicosociales y epidemiológicas. Sin investigación científica no hay posibilidad de excelencia en medicina. Sin ella una colectividad médica no puede esperar a ser respetada y por tanto está presente en el compromiso político.

Bien presente tenemos los éxitos alcanzados mediante esfuerzos bien orientados en algunas disciplinas básicas. Entre ellas debemos destacar las ciencias fisiológicas que han desarrollado una labor valiosa y original que hemos plasmado en una obra en colaboración con el académico Héctor Mazzella, de ya inminente aparición: *Historia de la Fisiología en el Uruguay*, en la que se pone de manifiesto la presencia real, destacada y persistente de la ciencia uruguaya en el ámbito universal. Son testimonio de ello la labor de formación fisiológica que trajo al Uruguay Diamante Bennati y los esfuerzos originales que creó en su ámbito Clemente Estable que legó la inquietud que dejara junto a Ramón y Cajal; la exitosa dedicación a la investigación de Héctor J. Rossello, y en especial los originales trabajos de José L. Duomarco sobre presión abdominal y presión sanguínea; la dedicación de Hermógenes Alvarez a la Obstetricia moderna y la consiguiente promoción de la neonatología por Caldeyro Barcia.

También en la investigación clínica y patológica nuestro país cuenta con conquistas ya clásicas en el ámbito internacional que nos sería muy largo enumerar, que han dado lugar a fértiles escuelas que se perpetúan en varias generaciones. Basta recordar las que crearon Américo Ricaldoni, Alfonso Lamas, Alfredo Navarro, Luis Morquio y Enrique Pouey, a la que continuaron los que se concretan en Juan Carlos

Dighiero, Julio César Mussio Fournier, Julio García Otero, Juan Carlos Pla y Raúl Piaggio Blanco. Hacen en estos días, justamente dos años que conmemoramos el Centenario del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina, institución que ha cumplido entre nosotros una trayectoria brillante en el desarrollo de la patología en especial en bacteriología clínica, sentando conceptos nuevos en la etiología de las infecciones internas en el surgimiento de la micrología tanto experimental como clínica. La medicina preventiva, ha concretado contribuciones significativas en investigación original y continúa honrando al país. Surgida conjuntamente por el prioritario interés de la prevención de epidemia tanto en el ámbito del Poder Ejecutivo como en el de la Facultad de Medicina, nuestra medicina preventiva fue la primera en ambas Américas que llamó a una conferencia Internacional para el control de las enfermedades epidemiológicas en 1873. Desde esa fecha nuestra medicina no ha dejado de computar resultados que han hecho llegar a ser de los primeros países en Latinoamérica en el control de las enfermedades trasmisibles.

V

Es el ámbito de la Academia Nacional de Medicina que tienen que promoverse y difundirse la labor original hecha y creada en nuestro medio, labor que tantas veces es poco conocida en el país al ser editada en publicaciones de nivel internacional pero de escasa difusión en el ámbito nacional. Es obligación de la Academia difundirlos más allá de los fueros especializados, a fin de que la ciencia uruguaya sea un real patrimonio nacional.

VI

Tomar conciencia de la impostergable integración de la medicina latinoamericana, que a través del cultivo creativo de cada país, logre la difusión recíproca de sus esfuerzos, de manera a no ser imitativos y sujetos a determinantes foráneos, y ser ciencia creativa independiente. Tradición creativa original ya la tiene en numerosas contribuciones originales tanto a la nosología como a la etiología y a la terapéutica. Una concreta orientación en este sentido se ha visto en el éxito obtenido en los encuentros de las Academias Nacionales de Medicina Latinoamericana e Iberoamericana.

VII

Dijo Clemente Estable: "sin investigación científica una nación no puede llamarse independiente". Afirmación que hoy completamos teniendo en cuenta la evolución histórica de la ciencia: sin investigación científica independiente, una nación no puede llamarse independiente.

Es una de las misiones más relevantes de la Academia Nacional de Medicina lograr el acceso a estos ámbitos que al par que afirman la regencia beneficiosa de la institución,

prestigian la originalidad de la ciencia nacional que al ser sólida e independiente, será sin duda, universal.

VIII

Hoy se nos confiere un honor. Un honor se otorga y se acepta por dos razones: como reconocimiento a una obra, a un esfuerzo, emprendido con amor, vocación, tenacidad, y la capacidad que se le pudiera infundir; o como un crédito, al suponer que aquel a quien se le otorga sabrá devolver a la sociedad esa confianza en una denodada labor. Solo acepto y aspiro a cumplir con esta última razón.

¡Muchas gracias!

Notas de los editores

ESTABLE, Clemente (1944) *Discurso pronunciado con motivo de la colocación de la piedra fundamental para el futuro edificio del Instituto de Ciencias Biológicas (6-X.1944).* Montevideo, Imp. L.I.G.U. 18 pp., aquí pp. 3-4. *Cf. Homenaje al Profesor Clemente Estable. Acto especial celebrado* [en la cámara de Representantes] *el día 3 de octubre de 1960. Discursos del señor Representante Luis Hierro Gambardella y del Profesor Clemente Estable.* Montevideo, Ed. Florensa y Lafon, 1960, p. 39.

MAÑÉ GARZÓN, Fernando (1991) Ciencia colonial y ciencia independiente, *Cuadernos de Marcha, 63* (setiembre): 45-47, Montevideo; reproducido en *Ses. Soc. Uru.. Hist. Med.., 14,* pp. 126-131. *Cf.* del mismo autor, "Vilardebó (1803-1857) primer médico uruguayo", in *Primer curso de fisiología experimental dictado por Claude Bernard, apuntes tomados por Teodoro M. Vilardebó. Seguido de Vilardebó....,* Montevideo, Fundación Beisso-Fleurquin, pp. 189-191; e *Historia de la Ciencia en el Uruguay.* Montevideo, Universidad de la República, vol. I, y *El glorioso montevideano. Vida y obra de José Manuel Pérez Castellano (1742-1815).* Montevideo, Archivo General de la Nación, 1998. Tomo 1, pp. 13-16.

MAÑÉ GARZÓN, Fernando (1996-1997). "El Instituto de Higiene Experimental en su centenario, 1896-1996. Nacimiento, Pasión, Vigencia", *Cuadernos de Marcha, 114* (Abril): 26-34 (primera parte); *115* (Mayo): 29-35 (segunda parte); Montevideo (1996); reproducido en, *Revista Médica del Uruguay, 12* (3), pp.59-68 (primera parte); *13* (1), pp. 163-184 (segunda parte). Existe separata realizada en la Imprenta Rosgal, 31 pp; en *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, 17,* Montevideo, 1997, pp. 168-196.

MAÑÉ GARZÓN, Fernando; MAZZELLA, Héctor (1999) *Historia de la Fisiología en el Uruguay.* Montevideo, Oficina del Libro – AEM [Asociación de los Estudiantes de Medicina]

Historia de la escuelas auxiliares del médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (1877-1955)*

Dante Petruccelli

Introducción

Las Escuelas que funcionan actualmente vinculadas a la Facultad de Medicina me han hecho el honor de designarme su portavoz en esta magna ocasión, para que informe sobre aspectos históricos, el quehacer actual y las aspiraciones.

La mayor parte de lo que voy a exponer, es material que me ha sido suministrado por las autoridades de dichas Escuelas.

Comienzo agradeciendo esta distinción, que dichas autoridades me han hecho.

La presencia de estas Escuelas parece hoy una cosa natural y lógica pero su creación y posterior desarrollo demandaron esfuerzos y tienen particularidades destacables. La primera, la Escuela de Parteras, nació junto con la Facultad de Medicina, las demás en los alrededores del año 1950, particularmente en los decanatos del Dr. Mario A. Cassinoni (1949-1953); esta diferencia de 70 años, tiene su explicación: La creación de la Escuela de Parteras al mismo tiempo que la Facultad de Medicina, revela la poderosa influencia de la escuela francesa en nuestro país en el origen de nuestra medicina.

Las otras Escuelas tienen su proceso de creación en la década 1945 – 1955; entre ellas debo citar la Escuela de Enfermería[1], cuya importancia es innecesaria destacar, pero a la cual no me voy a referir por ser, desde 1994, un Instituto. Este grupo de Escuelas creadas en los primeros años de la década de 1950 está marcando la influencia de la medicina norteamericana y señalando, sin dudas, la necesidad sentida del desarrollo de estas disciplinas, en virtud del impacto del progreso científico-tecnológico ocurrido durante la Segunda Guerra Mundial y en los años siguientes. Así fueron creándose las actuales Escuela de Enfermería, Escuela de Nutrición, Escuela de Tecnología Médica y la Escuela de Graduados.

Este presente tan satisfactorio y destacable, justifica nuestro homenaje a

* El texto que aquí publicamos es una versión corregida y profusamente anotada del discurso titulado "Las Escuelas de la Facultad de Medicina", que el Profesor Emérito Dr. Dante Petruccelli leyera en el "acto académico de la Facultad de Medicina en conmemoración de los 150 años de instalación de la Universidad de la República celebrado el 28 de Julio de 1999", y que ulteriormente presentara en la sesión de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina del mes de noviembre de 1999.

todas las personas y grupos de personas cuya visión y empuje renovador condujeron a esta realidad.

Escuela de Parteras

La reglamentación de los cursos de Parteras data del 15 de mayo de 1877 y duraban tres años y se registraron ese año cuatro solicitudes de ingreso[2]. Las aspirantes eran inmigrantes en su mayoría italianas, que habían realizado estudios en Europa o en la Universidad Nacional de Buenos Aires.

El 26 de febrero de 1881 Adela Peretti aprobó su examen final, convirtiéndose en la primera egresada de la novel Facultad; ulteriormente y debido a razones al parecer económicas recibió su título de partera, casi al mismo tiempo que lo recibió el primer médico egresado de la Facultad el sevillano José María Muñoz y Romarate (1858-1941).

A partir del 31 de julio de 1915, el título de Partera debió ajustarse a la misma normativa legal que regía para el título de Médico[4].

En los 122 años de existencia, la Escuela ha tenido cinco planes de estudio; la duración actual de los cursos es de cuatro años[5].

El registro de impresos y egresos desde 1877 hasta mayo de 1999, revela 2566 solicitudes y 2013 títulos.

En este último quinquenio, han egresado 75 parteras.

Un logro muy destacable se alcanzó en 1992, con la creación de la "Carrera Binacional de Obstetricia", surgida de un proyecto de integación de nuestra Universidad, con la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Los respectivos cursos se dictan en forma alternada en nuestro Hospital Escuela del Litoral de Paysandú y en la Facultad de Ciencias de la Salud de Concepción del Uruguay. A diciembre de 1998 han egresado 132 parteras.

El ejercicio de la profesión no ha sido fácil desde los comienzos hasta ahora; las parteras han debido luchar con firmeza para ocupar su lugar en el equipo de salud, captando embarazadas y acompañando su parto en clínicas o en domicilio[6].

La realidad del interior es distinta a la de Montevideo, ya que si bien hay puestos de trabajo a nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) o en ámbito privado, en algunos departamentos hay carencia de la profesional partera.

La partera está preparada para atender el binomio madre-hijo, la gestación, el parto, el puerperio y al recién nacido, haciendo asistencia y educación a todas las embarazadas.

Es aspiración de las parteras el estar en todos los lugares, ya sean públicos o privados, donde se atiendan pacientes embarazadas y a estar en las cuatro áreas específicas como son: la asistencial, la docente, la de investigación y la administrativa.

Ha sido un logro muy importante para la Escuela de Parteras el hecho de que hoy, al frente de la dirección de la misma se encuentre una partera, de acuerdo a la nueva Ordenanza[7], ya que

durante cien años estuvo dirigida por médicos.

Escuela de Nutrición

La "Escuela de Dietistas" comenzó a gestarse hace poco más de 50 años, cuando el 20 de marzo de 1945, el Dr. Alberto Munilla Arboleya (1907-1979), luego su primer director y ulteriormente Jefe del Departamento de Alimentación del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". presentó su propuesta de dictar cursos para Dietistas, los que comenzaron en agosto de ese año en la Clínica de Gastroenterología y Nutrición creada y dirigida por el Prof. Benigno Varela Fuentes (1884-1965). Entre los años 1950 y 1952 se formaron 35 "dietistas". El decano Cassinoni apoyó francamente la propuesta del profesor Varela Fuentes y de Eugenio Fulquet de crear la "Escuela de Dietistas en 1953 (*Cf.* CASSINONI, Memoria del Decanato... p. 107).

En 1956 a raíz de las iniciativas del decanato de Mario Cassinoni (1907-1965) y bajo el decanato de Julio C. García Otero (1895-1966) se aprobó la creación de la Escuela de Dietistas y se comezó a otorgar títulos Univesitarios de esta carrera.

En 1973 se aprobó el título de Nutricionista-Dietista por la aprobación de cursos de cuatro años de duración; y en 1999, ya como Escuela de Nutrición se inicia una carrera de Licenciado. Así, la Escuela ha ido acompañando los cambios sociales, económicos y culturales de estas décadas, ampliando su espectro de acción profesional, perfeccionando la formación de sus alumnos para dar una adecuada respuesta al medio.

El objetivo de la formación académica es lograr técnicos capaces de atender las necesidades alimentario-nutricionales de la población, a través de la gestión de calidad y desde una visión universal e interdisciplinaria de la atención individual, institucional y comunitaria.

La demanda de profesionales ha ido en aumento; la inserción laboral es casi total (el 50% ingresa al mercado laboral antes del primer mes de su graduación) incorporándose también en áreas no tradicionales de trabajo por ejemplo empresas de elaboración de alimentos, laboratorios, etc.

Han egresado ya 885 nutricionistas y el número total de estudiantes se aproxima a 1500, con un aumento de matrícula creciente y masivo.

La Escuela trabaja por la integración regional en temas de currícula, ética, legislación, etc.

Es de destacar el creciente nivel académico de los cursos de pregrado, el esfuerzo en educación contínua de egresados y el desarrollo del área de investigación, dirigida al conocimiento del estado nutricional de la población, la realidad del consumo alimentario, así como el constante relacionamiento con el medio (organizaciones gubernamentales y no gubernamentales).

La Escuela de Nutrición aspira a continuar este proceso de crecimiento, extender su trabajo al Interior del país y

a consolidar sus conexiones con la región y contribuir a promover el derecho a una correcta alimentación, respondiendo a la creciente importancia que el tema adquiere en la actualidad.

Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM)

Es la única institución pública de educación superior, destinada a la formación de personal técnico para el área de la salud.

Durante el segundo decanato del Profesor Mario Cassinoni (1950-1953) se concretó el proyecto de creación de una "Sección de Auxiliares del Médico", integrándose cursos hasta entonces dispersos. El Dr. Eugenio Fulquet (1897 - 1977) fue el primer director[8]. Su posterior crecimiento y desarrollo, incorporando nuevas disciplinas y creando en 1979 la Escuela en la subregional norte de la Universidad de la República, en Paysandú, con seis disciplinas; culmina en 1994, luego de aprobada la ley 16.614 de profesionales tecnólogos, llamándose desde entonces Escuela Universitaria de Tecnología Médica e instalando su Asamblea del Claustro.

Hasta 1972 dictó cursos de Auxiliares de Enfermería y hasta 1980 de Psicología. Actualmente se dictan en Montevideo, dieciseis disciplinas y seis en Paysandú; los cursos conducen a títulos de técnólogo (tres años) o licenciado (cuatro años).

El número total de docentes es de 191 y la población estudiantil (todas las carreras) es de 3.182. El total de egresados durante el período 1951-1998, fue de 9.284.

En 1995, el primer "Taller de Reestructura" de la EUTM buscó, entre otros temas, definir el perfil del egresado y concluyó:

> "Un profesional universitario integrante del equipo de salud, con una formación integral científico-humanista, que le permite comprender el proceso salud-enfermedad en su dimensión psicosocial; a través de procedimientos específicos de cada especialidad, realiza tareas diagnósticas, terapéuticas, de prevención, recuperación, rehabilitación y reeducación, en lo individual, familiar y comunitario; dichos procedimientos requieren una sólida formación en las bases científicas y tecnológicas de su práctica".

Hoy, la Escuela vive un proceso de expansión en vista de la incorporación de estos profesionales a ámbitos de trabajo no exclusivos del sector salud, vinculados al sistema productivo y de servicios, entre otros Ministerio de Industria y Energía de Ganadería Agricultura y Pesca, Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), Organización Sanitaria del Estado (OSE), Intendencias, Enseñanza Primaria y Secundaria, Comunicaciones Sociales y otros.

Desde 1994 se realizan curso de Educación Médica Contínua (EMC) y los docentes participan en número

creciente de actividades de formación docente del Departamento de Educación Médica (DEM) de la Facultad de Medicina y también de la Facultad de Odontología y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Está en pleno desarrollo el Taller de Reestructura "Proyecto Académico" (junio-agosto 1999).

La Escuela aspira a la mayor autonomía posible y destacar que algunas disciplinas se han independizado en Brasil y Argentina.

Escuela de Graduados

En la sesión del 10 de mayo de 1951, el Decano Cassinoni presentó al Consejo Directivo de la Facultad el proyecto de creación de una Escuela de Graduados[9]. En su fundamentación señala que, en 1936 el Prof. Víctor Armand Ugon presentó un proyecto de creación de una Escuela de Especialidades y se ocupó del tema la Asamblea del Claustro de 1946[10].

Su primer director fue el Profesor de Clínica Quirúrgica Juan C. Del Campo y luego el propio Profesor Mario A. Cassinoni (1954-1957).

Desde sus comienzos en 1952 la Escuela se ha encargado de organizar y controlar la enseñanza del graduado en Medicina; en la actualidad son 47 los cursos dictados en 62 cátedras. El espacio docente ha comenzado a abrirse hacia otras instituciones asistenciales públicas y privadas, entendiendo que todo lugar donde se desarrolle una correcta asistencia puede (y debería) ser utilizado como lugar de docencia, así como las Cátedras contribuyen al perfeccionamiento de las instituciones asistenciales.

En los últimos años, se han hecho convenios con los hospitales Militar y Policial y con el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

Actualmente la Escuela se encuentra en un período fermental buscando ajustar los distintos programas con el objetivo de que se formen especialistas de la más alta calidad, comprometidos socialmente, capaces de mantener su conocimiento en el área y profundizarlo, y vincularse al médico generalista, que trabaja en el área de Atención Primaria de la Salud (APS), en suma, formar especialistas con una visión integradora del ser humano.

En los últimos cuatro años, la Escuela ha desarrollado propuestas en materia de EMC; esta es una enorme y compleja tarea, en la cual la Escuela de Graduados no puede estar sola. La Escuela, en este esfuerzo, ha buscado desde el inicio, la colaboración de otras Instituciones claves, en particular el MSP y también las Sociedades Científicas, las privadas y los Gremios médicos; actualmente lidera un "Grupo de Trabajo Permanente" integrado por dichas organizaciones, buscando caminos comunes que permitan avanzar hacia una EMC sistematizada, evaluada y acreditada, como base y marco para la recertificación periódica, dentro del marco de los RRHH para la salud.

Para terminar, algunas opiniones personales: la importancia actual de estas Escuelas es muy grande; las he visto jerarquizarse al correr de estas décadas, que han coincidido con mi vida académica y profesional; hoy debemos rendir homenaje a las personas y grupos que las crearon y las fueron haciendo progresar y es esta expresión de reconocimientos que hago llegar a las actuales autoridades, como representantes de todos los que trabajaron desde el inicio y como impulsoras de importantes cambios actuales en todas ellas.

Todo este esfuerzo de décadas (en el caso de la Escuela de Parteras más de un siglo), que vemos con satisfacción y orgullo como universitarios, compromete a las generaciones actuales y les marca rumbos, pero el verdadero desafío no es a mi entender, seguir profundizando una vía que, no digo que sea fácil, pero sí que está trazada; el desafío mayor es evitar que estas distintas disciplinas aparezcan unidas en el papel, pero desunidas en la práctica, evitar que se transformen en un fin en sí mismo, olvidando que todas se perfeccionan para servir mejor a las personas y a la comunidad.

Su desunión, proyectándose sobre las personas (y sobre la comunidad), provocan su fragmentación, un abordaje multidisciplinario pero no interdisciplinario; esto no es de fácil solución. Los que ya somos viejos sabemos que el deseado equipo de salud, el trabajo interdisciplinario con enriquecimiento mutuo de los actores, es difícil de lograr y que, al menos en la medicina asistencial, los pacientes se fragmentan y los técnicos que los asisten, aún siendo cada uno muy experto en su disciplina, a menudo no se comunican y no trabajan en equipo. Afortunadamente, una firme corriente trata hoy, en nuestra Universidad, de corregir este grave defecto, pero, así como las leyes, no solucionan por sí solas los problemas, tampoco las decisiones que tome la Universidad serán suficientes, si no existe una clara conciencia en los actores de que es necesario corregir esto; habrá que trabajar muy duro, desde los primeros años, en la formación de los alumnos, para que cada integrante del equipo valore adecuadamente el aporte de cada uno de los demás integrantes, (no en forma acrítica por supuesto, pero sí respetuosa) y que no se pierda de vista que el objetivo es el bienestar del individuo y de la comunidad; esta formación desde el inicio, para atender y aceptar como natural y necesario el abordaje interdisciplinario, debe tener como componente esencial, una coherente actuación de los docentes, en especial los de grado superior; el ejemplo de un modo de trabajo interdisciplinario, más alla de las palabras, será el mayor estímulo formativo, para corregir este mal, que es mundial, de la hiperespecialización, que junto con sus beneficios, trae estos graves males, que socavan las buenas intenciones de trabajar en equipo. El desarrollo de las disciplinas, para que los especialistas profundicen sus conocimientos, no debe conducir al aislamiento con los consi-

guientes graves perjuicios ya mencionados. Hago votos para que así ocurra.

*Notas de los Editores**

1. El promotor de la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería en el año 1947 fue el profesor de Clínica Quirúrgica y por ese entonces decano Dr. Abel Chifflet (1904-1969). *Cf.* CASSINONI, Mario A. (1954) *Memoria del Decanato correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953,* Montevideo, Imprenta Rosgal, p. 101. Cassinoni, reprodujo en su *Memoria* los nombres y la fotografía de las primeras enfermeras universitarias graduadas (publicada primeramente en el boletín informativo de la Facultad de Medicina, *Síntesis 25,* Montevideo, Octubre de 1953, p. 25), así como también el "Reglamento General de la Escuela Universitaria de Enfermería" véase *Memoria del Decanato...,* pp. 103-107 y 116-124. (Reproducido con algunas modificaciones en *Recopilación de reglamentos de la Facultad de Medicina.* Montevideo, Facultad de Medicina, 1956, pp. 95-103).

2. Véase "Reglamento de la Facultad Médica de Montevideo (Conclusión): De las Parteras. Art. 94: Las señoras que aspiren al título de parteras, además de tener 20 años de edad, deberán sujetarse a las siguientes pruebas:
1° Un examen de Anatomía y de Fisiología, que versará especialmente sobre la pélvis de la mujer, los órganos de la generación y sus anexos.
2° Otro exámen sobre la gestación y el parto natural, sobre los accidentes que pueden acompañarlo y complicarlo, y los medios de prevenirlos y correjirlos. El primero de estos exámenes durará media hora, y una hora el segundo. Art. 95. El conocimiento de estas materias podrán adquirirlo en la Facultad siguiendo los cursos de los profesores de Anatomía, Fisiología y Partos, ó por el procedimiento que más les conviniere, pero sujetándose siempre á los exámenes marcados en el artículo anterior. Las que hiciesen sus estudios en la Facultad podrán asistir todos los días á la Clínica de Obstetricia.
Art. 96. Las parteras abonarán 60 pesos por su diploma y 4 pesos por derecho de Secretaría [Montevideo. Mayo 15 de 1877. Martín Berinduague, José M. Perelló, Secretario]", in *La Gaceta Médica. Periódico bi-mensual. Órgano de los intereses médicos de la República, 2* (8): 111-112; Montevideo, 1878 *Cf.* MAÑÉ GARZÓN, F.; BURGUES ROCA, S. (1996) *Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX,* Montevideo Oficina del Libro – AEM, [Asociación de los Estudiantes de Medicina] p. 73.

3. *Cf.* QUINTELA, Manuel (1915) *La Facultad de Medicina de Montevideo 1875-1915. Memoria presentada por el decano doctor.* Montevideo, Tipografía Moderna, pp. 58-59. Véase también, MAGALLANES, Nelson (1998) "El primer médico graduado en nuestra Facultad de Medicina, José M. Muñoz Romarate y su padre, el veterinario Miguel F. Muñoz Dana", *Ses. Soc. Uru. Hist. Med., 17,* pp. 73-79.
En el recientemente editado repertorio de documentos del Archivo de la Universidad de la República se encuentra cita de la nota por medio de la cual Adela Pereti (sic) solicitó pagar los derechos de su título de graduación en cuotas; *Cf.* BÁEZ, Mónica; CASAS DE BARRÁN, Alicia; PARIS DE ODDONE, María Blanca (2000) *Catálogo del Archivo de la Universidad de la República (1827-1885).* Montevideo, Universidad de la República, p. 169.

4. El "título provisorio" de Partera otorgado por la Facultad de Medicina en 1915 en forma de "Certificado de capacidad para ejercer la profesión de Partera" quedó equiparado al título de Médico en el sentido de que aquél también debería presentarse y o inscribirse en el Registro del Consejo

* La originalidad de este trabajo del Dr. Petruccelli y el abundante material bibliográfico y documental que al respecto hemos archivado en el Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina, a cargo de uno de nosotros (F.M.G.) ameritan la exposición en forma de notas que hemos agregado al texto, con la finalidad ineludible de ofrecer al menos parte de las abundantes fuentes bibliográficas existentes en relación a las "escuelas auxiliares del médico".

Nacional de Higiene como condición previa al ejercicio liberal de la profesión. Léase la parte del texto elaborado por la "Sección Médico Legal y Profesional del Consejo Nacional de Higiene: "Si la inscripción del título de médico en el registro del Consejo Nacional de Higiene es exigida como medida previa al ejercicio de la profesión, es al solo objeto de garantir a la sociedad de quien ejerce la medicina es un diplomado por la autoridad competente Nacional, vale decir, la Facultad de Medicina: y esa garantía existe igualmente con el certificado de terminación de carrera, por cuanto éste, como el título definitivo, son expedidos por la misma autoridad técnica, sin más diferencia que la clase del documento que en un caso es el título y en otro una certificación". Téngase presente que la resolución de dicho Consejo fue emitida a raíz de una gestión al respecto iniciado por la Universidad de la República, que partía del hecho "de las frecuentes solicitudes presentadas por el Consejo Universitario, sobre exoneración de los derechos correspondientes al título de partera, y (...) de las dificultades que presenta en la práctica, la averiguación de las dificultades de pobreza en que se fundan esas solicitudes [por lo que] dicha Corporación creyó conveniente dirigirse al Ministerio respectivo [el Consejo Nacional de Higiene], manifestando que, (...) podrían subsanarse los inconvenientes apuntados, con la expedición de un certificado por la Universidad, a favor de las peticionarias, que las habilitaría para ejercer la profesión de partera durante un año, dentro de cuyo término deberían abonarse los derechos correspondientes. Véase el informe del Presidente de la Sección Médico Legal y Profesional y a su vez Secretario de dicho Ministerio José Mainginou, publicado en el *Boletín del Consejo Nacional de Higiene, 107,* Montevideo, Imprenta Artística de Dornaleche Hermanos, 1927, pp. 221-222; editado por Manuel Quintela (1865-1928) al finalizar su segundo decanato (1921-1927). Téngase en cuenta también lo que había acontecido con el primer médico graduado en nuestra Facultad de Medicina, que en 1881 sufrió unas horas de cárcel por denuncia y arresto promovidas por el Consejo de Higiene Pública al no haber acordado previamente ambas instituciones una disposición que obligara a un registro del título ante la autoridad sanitaria nacional, circunstancia relatada por Mañé Garzón en su conferencia (véase artículo anterior): *Cf.* MAÑÉ GARZÓN, F. (1983) *Pedro Visca fundador de la Clínica Médica en el Uruguay.* Montevideo, Talleres Gráficos Barreiro. 2 tomos; aquí, tomo 1, p. 176; y el artículo de N. Magallanes citado en la nota 3.

5. Uno de los primeros programas de enseñanza de la Obstetricia en tres años, los exámenes reglamentarios y algunas consideraciones tan interesantes como el hecho de que "las alumnas de Obstetricia en su mayoría apenas han frecuentado la escuela primaria" puede verse la memoria de Manuel Quintela, *La Facultad de Medicina de Montevideo 1875-1915,* pp. 20 y 313; e incluida en la misma véase "Curso de Obstetricia para parteras. Anatomía y fisiología tocológicas y patología del embarazo y post-partum a cargo del profesor doctor Eugenio Bruel", pp. 527-530. Así mismo, en marzo de 1915 el Ministerio de Instrucción Pública aprobó un nuevo Reglamento de la Escuela de Parteras con 28 artículos, entre los que se destacan: los límites para ingresar en la carrera de Partera, entre 18 y 35 años; así como "presentar al Decano de la Facultad de Medicina un certificado de vida y costumbres honestas, a satisfacción de dicho funcionario" (y repetir la presentación de dicho certificado previamente a rendir el "examen general final"); la obligatoriedad de rendir un examen de ingreso en la "Sección de Enseñanza Secundaria escrito y oral; la "adscripción" a cada una de las Clínicas Obstétricas de una "partera interna y una o más monitora, con el objeto de que colaboren en la enseñanza"; las infracciones

[por parte de los estudiantes] a la moral serán castigadas con la prohibición de continuar los estudios"; "la Facultad entregará, al final de cada año, por intermedio del decano una medalla de [Ignazius Philipp] Semel Weiss [1818-1865], el famoso y despreciado cirujano y obstetra húngaro que descubrió que el origen de la fiebre puerperal estaba en la falta de higiene de las manos de los profesores y los estudiantes de la Clínica Universitaria de Viena], acuñada en plata a la partera diplomada que haya obtenido el más alto grado de calificaciones; "toda alumna que asista a grávidas, parturientas o puerperas fuera de las Clínicas Obstétricas será amonestada (...) y o eliminada de la carrera"; las parteras internas deberán prestar asistencia a las enfermas que se encuentren en los servicios clínicos, siendo además de su cargo, en ausencia de los profesores de Clínica y de acuerdo con las indicaciones de éstas, la vigilancia de los trabajos clínicos de las alumnas, y la enseñanza elemental téorico-práctica de éstas". Todas estas consideraciones surgieron del estudio y el análisis de una Comisión nombrada por el Decano Manuel Quintela en octubre de 1914, "a fin de que estudie y proyecte la reorganización de los estudios de Obstetricia para parteras", presidida por el cirujano y ginecólogo Luis Pedro Bottaro e integrada por algunos de los más eminentes ginecoobstetras de Montevideo (Turenne, Pou Orfila, Infantozzi y Bruel). Véase *Escuela de Parteras. Facultad de Medicina, Universidad de la República.* Montevideo, 1914. 23 pp. *Cf. Leyes y Reglamentos de la Facultad de Medicina,* 1927, pp. 212-218. Cabe destacar que en octubre de 1927 el Consejo directivo de la Facultad de Medicina aprobó un nuevo *Reglamento de la Escuela de Parteras* en el que se incluyó tres cambios sustanciales: la incorporación del estudio teórico y práctico de la puericultura, disciplina desarrollada en nuestro ámbito universitario por la escuela de Luis Morquio (1867-1935); la obligación para las alumnas de tercer año de hacer un "internado en la Clínica de la Escuela durante todo el año escolar, desarrollando un programa de ejercicios durante todo el año escolar, desarrollando un programa de ejercicios prácticos relativos a la asistencia, especialmente del estado puerperal fisiológico. Deberán además, efectuar los trabajos prácticos de puericultura"; y por último, la puntualización de los "Programas y textos para el examen de ingreso de la Parteras", que incluye seis capítulos sumamente detallados con todos los temas, incluidos en los siguientes items: "I. Gramática; II. Aritmética; III. Geometría; IV. Física; V. Química; y VI. Nociones de Anatomía, Fisiología e Higiene". *Cf. Escuela de Parteras. Reglamentación de los Estudios, Programas del examen de ingreso.* Montevideo, Imprenta Artística, de Dornaleche Hermanos, 1927. 18 pp.

6. El 14 de abril de 1958 el Consejo Directivo de la Universidad (expediente nº 1189) aprobó el reglamento titulado "Profesional partera", referente a la provisión mediante concurso de méritos y de pruebas para ejercer los cargos de "Profesional Adjunto Partera en la Escuela de Parteras", de cuatro años de duración. En este reglamento se puede apreciar la pérdida por lo menos en parte de la formación en puericultura de la partera profesional. *Cf. Profesional partera. Reglamento.* Montevideo, Facultad de Medicina – Sección Concursos (documento 599/58, mimeografiado) 2 pp.

7. *Cf. Ordenanza de la Escuela de Parteras* [aprobada por el Consejo de la Facultad de Medicina (3-I-1996 y 31-VII-1996) y por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República (15-X-1996)]. Montevideo, Facultad de Medicina, (mecanografiado). 6 pp.

8. Al respecto Cassinoni refiere lo siguiente en el capítulo V de su ya citada *Memoria*, titulado: "La Sección Auxiliares del Médico: Durante mi decanato la Facultad de Medicina ha incorporado a su vida docente,

una Sección importante que comprende una escuela [de Enfermería] ya prestigiosa y varios cursos, capacitando técnicamente a un numeroso alumnado". En la exposición de motivos y fundamentos que acompañaron el proyecto de reglamentación de dicha "Sección", presentada al Consejo de la Facultad, Cassinoni expresó "que el establecimiento de cursos y escuelas para la formación de los colaboradores o auxiliares del médico, ha sido para mí una permanente preocupación -podría decir una obsesión-, desde que visitando otros países comprendí su importancia. Acaso el hecho de regir la cátedra de Física Médica, especialidad en la que el colaborador ocupa un lugar destacado, explique en cierta manera mi posición en este asunto. Cuando en 1947 regresé de E.E.U.U., presenté a las autoridades un proyecto de creación de la Escuela de Auxiliares de Fisioterapia, conjuntamente con el Prof. [Pedro A.] Barcia, quien proyectaba una similar para la formación de Auxiliares de Radiología. (...) Apenas llegado al decanato fui llamado al seno de la Comisión de Presupuesto del Senado, con el fin de discutir en su seno los rubros asignados a la Facultad en el proyecto [presupuestal] ya aprobado por [la Cámara de] Diputados. Al ser interogado sobre si creía conveniente alguna modificación e incorporación, hablé de la importancia de los colaboradores del médico, de la necesidad de hacer su eseñanza. Pese a lo que en el seno de la comisión se manifestara, tuve éxito y fue sorpresa y alegría para mí comprobar en el texto definitivo de la ley presupuestal, que para tal fin se nos asignaba una partida de $ 40.000.00 denominada: "Para el pago del personal de las Escuelas Técnicas de colaboradores del médico". El año 1950 marca una etapa decisiva en la organzación y desarrollo de la Sección que se reglamenta". *Cf. Escuelas de Técnicos en Radiología Médica y Fisioterapia* [del Instituto de Radiología y Ciencias Físicas] *(Proyectos presentados al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en Febrero de 1948)* [por los catedráticos respectivos: Dres. Pedro A. Barcia y Mario A. Cassinoni]. Montevideo, Talleres Gráficos C.I.S.A. [Compañía Impresora S.A.] 18 pp., véase también, CASSINONI, *Memoria del Decanato correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953,* pp. 101-102. El referido capítulo de esta *Memoria* incluye la descripción somera de los nuevos cursos de auxiliares del médico creados: "Auxiliares Transfusionistas" (1950); "Psicología aplicada a la Infancia" (1950); [curso para el] "Personal de Servicio en el Hospital de Clínicas" (1951); "Curso de Especialización para Enfermeras" (1951); "Curso de Auxiliar de Archivo" (1951); "Auxiliares de Fisioterapia" (1953). Así mismo incluye el "Reglamento de la Sección Auxiliares del Médico, expuesto en 18 artículos repartidos en cuatro capítulos: I: De las Escuelas; II: De los Cursos; III: De la Dirección y IV: Del personal Docente y Disposiciones Generales (pp. 112-115). *Cf.* "Reglamento de la Sección Auxiliares del Médico, in *Recopilación de Reglamentos de la Facultad de Medicina.* Montevideo, Facultad de Medicina, 1956, pp. 187-190.

Cabe agregar por último que a principios del año 1965 y ya con una nueva Ley Orgánica de la Universidad de la República (1958) como marco legal del "cogobierno universitario" el Consejo Directivo Central aprobó la Nueva "Ordenanza de la Escuela de Colaboradores del Médico", derogando el referido "Reglamento". En el "artículo 12", correspondiente al capítulo "De los Cursos, títulos, certificados", dice: "La Escuela realizará la enseñanza para la formación de Técnicos en Radiología. Técnicos en Fisioterapia, Técnicos Transfusionistas, Técnicos de Laboratorio Clínico, Técnicos en Oftalmología y Técnicos en Neurocardiología, y se expedirán los títulos correspondientes a dichos cursos. También se realizará cursos de Psicología Infantil, cursos para Instrumentistas y cursos para Auxiliares de Enfermería, expidiendo sus egresados los certificados correspondientes. *Cf. Ordenanza de la Escuela de Colaboradores del Médico. Aprobada por el Consejo Directivo Central el 22 de febrero*

de 1965. Montevideo, Unviersidad de la República [1965]. 7 pp.
Cassinoni también aclaró en su *Memoria* "que toda esta actividad organizativa de la Sección de Auxiliares del Médico contó como factor de éxito indudable con la extraordinaria labor del Dr. Eugenio Fulquet, cuya designación para el cargo de coordinador y supervisor constituyó un verdadero acierto del Consejo Directivo. (...) En la primera etapa colaboraron con el Dr. Fulquet, el Profesor Hermógenes Alvárez y el Br. Enrique Castro". Véase *Memoria del Decanato...* p. 109.

9. *Cf. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.* Montevideo, Imprenta del Hospital de Clínicas, 1952, 20 pp. Incluye nómina de la "Primera Comisión de la Escuela"; proyecto del Decano Cassinoni para crearla; informe de la Comisión designada por el Consejo Directivo de la Facultad en mayo de 1951 para instrumentar el proyecto del decano Cassinoni, cuyos principales artífices fueron el Profesor de Ginecología y Obstetricia Dr. Juan José Crottogini y el "malogrado" Profesor de Clínica Médica Dr. Raúl Piaggio Blanco (1905-1952) quien puso sus mejores empeños para llevar adelante esta iniciativa"; y por último el "texto del Reglamento General" de la Escuela, aprobado en setiembre de 1952 (reproducido en *Recopiliación de reglamentos de la Facultad de Medicina*, 1956, pp. 92-95).
En el año 1965, siendo Decano el histofisiólogo Washington Buño se publicó un "Catálogo y Reglamento de la Escuela (actualizado al 31 de julio de 1965)" que incluye una serie de datos muy valiosos de la Facultad y en particular de la Escuela de Graduados en ese entonces, que se resumen en el siguiente índice que es lo único que le falta al estupendo impreso que citamos: "Breve historia de la Facultad de Medicina; [y nómina de los] Decanos de la Facultad de Medicina"; "[Integrantes] del Consejo y Personal Docente de la Facultad de Medicina"; "Integración de las Comisiones Directivas de la Escuela"; "Fines de la Escuela de Graduados y Equipos del Interior" [se refiere a la extraordinaria experiencia de visitas clinicas y "Mesas Redondas" organizadas por la Escuela mediante la visita de Profesores Adjuntos de Medicina (1), Cirugía (1) y de Especialidades (2 o 3) a los Centros Departamentales y Hospitales del Interior para discutir casos clínicos y problemas diagnósticos; entre 1958 y 1965 se realizaron 22 visitas de dos días casi todas a 14 capitales del "Interior"]; "Condiciones de ingreso y becas"; "Síntesis de los programas para optar al certificado de especialista y disposiciones generales"; y por último el Reglamento vigente al 31-VII-1965. *Cf. Escuela de Graduados. Catálogo y Reglamento de la Escuela.* Montevideo, Compañía Impresora S.A., 54 pp. Por último cabe citar el "Informe" del director de la Escuela de Graduados entre 1985 y 1993", que reproduce el Reglamento de la Escuela publicado por Cassinoni, así como un artículo publicado por Washington Buño titulado "Historia de la Facultad de Medicina de Montevideo" publicado en la revista bonaerense *Medicina, 39*, pp. 267-273; 1979. *Cf.* MARELLA, Muzio *et al* (1994) *Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Informe de actividades 1985-1993.* Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, Editorial Nordan-Comunidad, 159 pp.

10. El antecedente más inmediato de la creación de la Escuela de Graduados serían los proyectos de "enseñanza para graduados" y la "Escuela de Especialidades" que se desarrollaron entre los decanatos de Julio C. García Otero (1939-1946) y de Abel Chifflet (1946-1949). Cabe destacar que en el proceso de discusión de los mismos participó Mario Cassinoni como integrante de la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina. En dichos proyectos se contempló la implementación de "Cursos de aplicación, de revisión y de actualización", tomándose particularmente en cuenta las posibilidades de los médicos del "Interior" del país. Los debates de las comisiones designadas por la

Asamblea del Claustro se centraron en la organización de dichos cursos por una comisión que debía integrar tanto a las autoridades y docentes de la Facultad, como a representantes de los profesionales en ejercicio en el interior, en la capital y los recién graduados; o por personal docente de la Facultad, exclusivamente. *Cf. Informe de la Comisión* [de la Sala del Personal Docente Auxiliar de la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina] *para el estudio de la Enseñanza para Graduados. Agosto de 1946.* Montevideo, Imprenta Rosgal, 8 pp.; e *Informe de la Comisión* [de la Asamblea del Claustro] *para el estudio de la Enseñanza para Graduados. Mayo de 1947.* Montevideo, Imprenta Rosgal, 6 pp.

Histoplasmosis pulmonar como diagnóstico de paciente curado luego de invocación al Beato Marcelino Champagnat, canonizado en 1999 por Juan Pablo II

Ismael A. Conti Díaz

Resumen

El 18 de abril de 1999 el Papa Juan Pablo II canonizó en el Vaticano al Beato Marcelino José Benito Champagnat, luego de atribuírsele la curación milagrosa del Hermano Marista Heriberto Weber, sucedida en Uruguay en 1976.

Este trabajo refiere detalles de la enfermedad del Hermano Heriberto, los diagnósticos clínicos planteados y su curación rápida total y duradera.

Se comunica la participación del autor como consultante en Micología Médica relatando lo esencial de los informes elevados a la Junta Médica Vaticana con el diagnóstico presuntivo de histoplasmosis aguda pulmonar a focos múltiples con calcificaciones miliares secuelares.

Tanto la Junta Médica Vaticana como dos profesores en Enfermedades Infecciosas en sus respectivos informes aceptaron dicho diagnóstico pero consideraron inexplicable la curación espontánea del paciente.

Summary

On April 18th 1999, Pope John Paul II canonized Blessed Marcellin Champagnat in the Vatican City after having assumed the miracolous cure of the Marista Brother Heriberto Weber occurred in Uruguay in 1976.

This paper refers details of the Brother Heriberto's disease, the clinical diagnosis stated and his rapid, definite, spontaneous and durable recovery.

Moreover, the author communicates his participations as a Medical Mycology consultant, reviewing essential aspects of the scientific reports sent to the Vatican Medical Council. Such reports support a presuntive diagnosis of primary acute pulmonary histoplasmosis with multiple infiltrates, spontaneous recovery and consequent miliary calcifications.

Both, the Vatican Medical Council in its final decision and two professors in infectious Diseases, accepted that diagnosis but considering inexplicable the spontaneous cure.

Introducción

La Congregación de los Hermanos Maristas fue fundada el 2 de enero de 1817 por el sacerdote francés Marcelino Champagnat (1789-1840) y reconocida oficialmente por el Papado 20 años después[1]. El Padre Champagnat sería luego beatificado por Pío XII, el 29 de mayo de 1955.

En Uruguay y en 1976, un Hermano Marista de nacionalidad alemana llamado Heriberto Weber, cayó rápida y gravemente enfermo siendo deshauciado por los facultativos tratantes en virtud del diagnóstico planteado de metástasis pulmonares múltiples de carcinoma primario ignorado. Sin embargo, en un lapso de pocos días el paciente obtuvo la curación clínica total y duradera hasta su fallecimiento acaecido 12 años después por accidente automovilístico.

Tal curación atribuída al Beato Champagnat llevó a la postulación de éste ante la Sagrada Congregación para las Causas de los Santos del Vaticano a los efectos de su canonización.

La Junta Médica Vaticana designada para estudiar el llamado "Milagro Uruguay" e integrada por reconocidos profesionales, se reunió en abril de 1993 considerando necesario recabar opinión de diferentes profesionales y especialistas en el extranjero, a los efectos de perfeccionar al máximo su informe.

El principal objetivo de esta comunicación es referir nuestra participación como consultante planteando la histoplasmosis aguda pulmonar a focos múltiples como el diagnóstico más probable en el caso en cuestión.

Principales etapas del proceso

1. *Julio de 1976.* Enfermedad del Hno. Heriberto y evolución de la misma.

El Hno. Heriberto Weber, de 71 años de edad, estando en perfecto estado de salud, comienza en forma repentina con un cuadro febril, tos seca e importante repercusión general por lo que es internado en el Sanatorio del Círculo Católico de Obreros de Montevideo.

Allí es asistido por un equipo médico presidido por el médico internista Dr. Oscar Facello, solicitándose radiografía de tórax y exámenes de laboratorio.

En la radiografía de tórax aparecen múltiples infiltrados nodulares intersticiales afectando ambos pulmones y predominando en tercios inferiores (fig. 1).

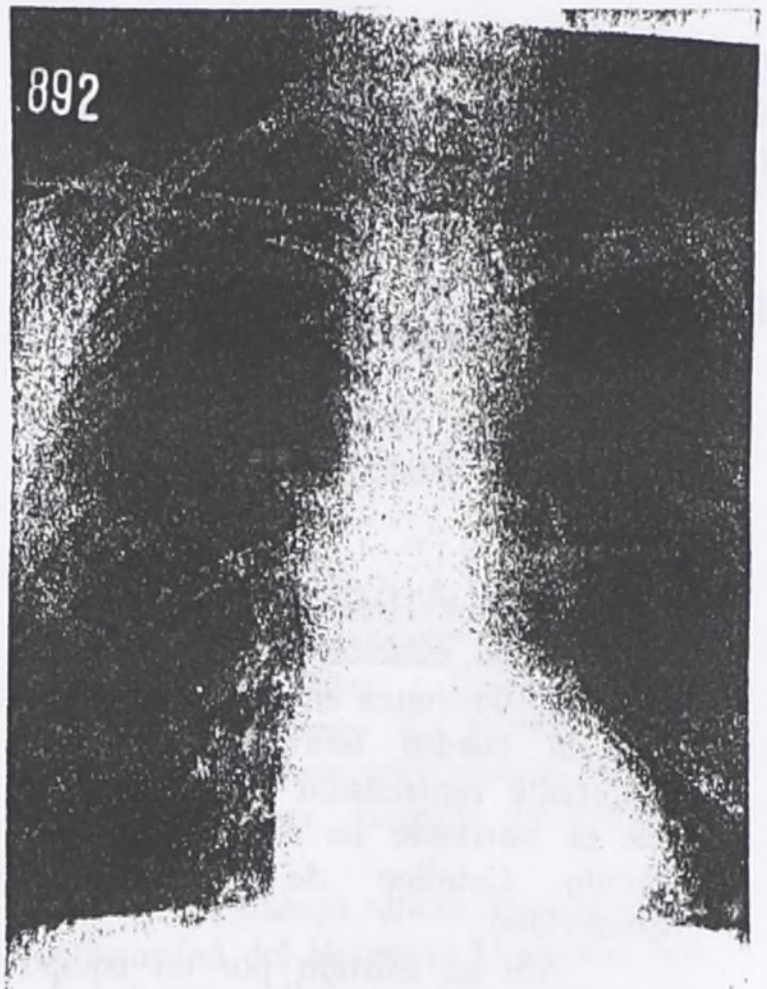


Figura 1
Radiografía de tórax del Hermano Heriberto Weber tomada en Julio de 1976. Se observan múltiple infiltraciones de carácter nodular, distirbuídas en ambos campos pulmonares aunque predominando en tercios inferiores.

Los exámenes de laboratorio revelan anemia, leucocitosis, hipoalbuminemia, hiperalfa 2 globulinemia, eosinofilia discreta y aumento de la velocidad de eritrosedimentación.

Los médicos tratantes plantean entonces el diagnóstico presuntivo de metástasis pulmonares múltiples de carcinoma primario ignorado y establecen un pronóstico muy probablemente fatal a corto plazo. Dada la gravedad del caso no se solicitan otros exámenes complementarios y se indican antitermo-analgésicos, penicilina y corticoides[2].

En virtud del diagnóstico y pronóstico formulados, la Congregación Marista del Uruguay invoca en novena al Beato Champagnat por la salud del Hno. Heriberto. El propio Hno. Heriberto invocó asimismo a Champagnat al entregársele una estampa con reliquia[(3)].

Pocos días después comienza una rápida mejoría del enfermo lográndose luego una curación aparentemente total y duradera. Según el propio Hno Heriberto: "a los 10 días del diagnóstico de los médicos, ya me encontraba en casa donde había preparado todo en relación a mis funerales"[3].

2. *Junio de 1984*. Presentación ante el Postulador General de los Maristas en Roma de documento sobre el proceso de curación atribuída al Beato Champagnat.

El Hno. Marista Salvador Martínez nacido en España y nacionalizado uruguayo quien siguiera diariamente en sus visitas sanatoriales la evolución del paciente, se encarga de llevar a cabo una prolongada y minuciosa investigación del caso; tal investiación se ve plasmada en un documento de más de cien páginas conteniendo entre otras cosas:

a) testimonio de julio de 1982 firmado ante escribano público por el propio Hno. Heriberto y referido a su proceso de curación que atribuye al beato Marcelino Champagnat a quien invocara personalmente "una vez los médicos diagnosticaran mi mal".
b) Testimonios de siete médicos uruguayos incluído el médico de cabecera Dr. Oscar Facello y de cinco testigos miembros del personal de enfermería de la Institución (Círculo Católico de obreros).
c) Aseveraciones de testigos de *Visu et Audito* pertenecientes a seis familias, dos de Montevideo y cuatro de Pando ciudad en la que vivía el Hno. Heriberto.

Este documento es entregado en la fecha indicada al Postulador General en Roma, Hno. Marista Agustín Carazo, para su elevación a la Sagrada Congregación para las Causas de los Santos del Vaticano[3].

3. *1988*. Muere el Hno Heriberto en Montevideo en accidente automovilístico, a los 83 años de edad.

4. *Principios de 1993*. Constitución de la Junta Médica Vaticana.

En esta fecha se constituye en Roma la Junta Médica Vaticana convocada por la Sagrada Congregación para las Causas de los Santos, para estudiar el llamado "Milagro Uruguay".

En su primera reunión el 1° de abril de 1993, dos de los integrantes al menos, admiten el diagnóstico clínico-radiológico de neoplasia pulmonar metastásica planteado por los médicos tratantes de Montevideo encabezados por el Dr. Oscar Facello y sostienen la dificultad de la evolución del caso. La Junta considera entonces necesario recabar opiniones por escrito de los médicos tratantes y otros especialistas.

5. *Mayo de 1993.*

Recibimos una consulta médica de la Postulación de las Causas de los Santos del Vaticano, a través de los oficios del Hno. Marista Eugenio Magdaleno de nacionalidad argentina, recabando nuestro parecer sobre la enfermedad del Hno. Heriberto y su proceso de curación.

Planteamos en nuestro informe como diagnóstico más probable el de histoplasmosis pulmonar aguda, primaria, a focos múltiples, señalando expresamente el hecho de tratarse de una forma clínica de la enfermedad pasible de retroceder y curar espontáneamente sin tratamiento alguno, aún en sus casos más graves. Descartamos también en el informe otros diagnósticos planteados asimismo en la primera reunión de la Junta como por ejemplo la paragonimiasis pulmonar[4].

6. Noviembre 25 de 1993. Resolución final de la Junta Médica Vaticana.

En la palabra del Profesor Bredda la Junta da su parecer definitivo con estas palabras: "histoplasmosis pulmonar diseminada a ambos pulmones, en forma a tal punto grave que hace imposible la

curación del paciente. Curas inadecuadas. Curación dentro del lapso de dos días de un modo irreversible y sin explicación posible. Éxitus después de algunos años con calcificaciones pulmonares diseminadas"[5].

7. *Marzo 14 de 1994.* Informe escrito elevado a la Sagrada Congregación por el Profesor Luigi Robert, Docente en Enfermedades Infecciosas e Higiene de la Universidad de Génova [6].

En las conclusiones de su extenso informe al Profesor Robert dice: "dado el alto porcentaje de probabilidad de histoplasmosis pulmonar diseminada, la extrema gravedad de las condiciones clínicas, remarcada por un pronóstico negativo a corto plazo, todo seguido de un rápido, repentino e inesperado viraje hacia una curación, son elementos que inducen a considerar que se trata de un caso tan excepcional, como inexplicable".

8. *Mayo 18 de 1994.* Informe escrito del Profesor Franco De Rosa, Presidente de la Sociedad Mediterránea de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias [7].

En otro también extenso informe el Profesor De Rosa cree que el diagnóstico de histoplasmosis explica tanto el cuadro clínico "como la resolución en calcificaciones a distancia". Agrega que si bien es cierto que no se realizaron los estudios de laboratorio confirmatorios el planteo clínico tiene gran valor. Dice luego: "sólo posteriormente se dio una hipótesis clínica atendible, resultando evidente que el pronóstico fue infausto, que las terapias no fueron idóneas y que la rapidez de la curación no encuentra explicaciones racionales, por el modo en que fue verificada".

De este modo pues, los dos profesores consultados por la Sagrada Congregación en 1994 luego del dictamen de la Junta Médica, coinciden en la inexplicabilidad de la curación.

9. *Agosto 6 de 1994.* Segundo informe nuestro.

En esta fecha y también a través del Hno. Eugenio Magdaleno, recibimos nueva consulta médica de la Junta médica Vaticana. En esta oportunidad se nos adjuntan las radiografías de tórax del Hno. Heriberto obtenidas la primera de ellas durante su internación en el Sanatorio del Círculo Católico de Obreros de Montevideo y la segunda nueve años después de su enfermedad, año 1985.

En nuestro informe escrito afirmamos que las radiografías aportadas confirman, a nuestro criterio, el diagnóstico previo de histoplasmosis primaria pulmonar a focos múltiples sobre todo por la presencia de calcificaciones pequeñas múltiples de carácter residual en la radiografía de control[8] (fig. 2).

10. *Abril 18 de 1999.* Canonización del Beato Champagnat.

El Papa Juan Pablo II canoniza en Roma al Beato Benito Champagnat "con

presencia en la Plaza de San Pedro de banderas de México, Argentina y Uruguay llevadas por miles de peregrinos que asistieron a la proclamación" [1].

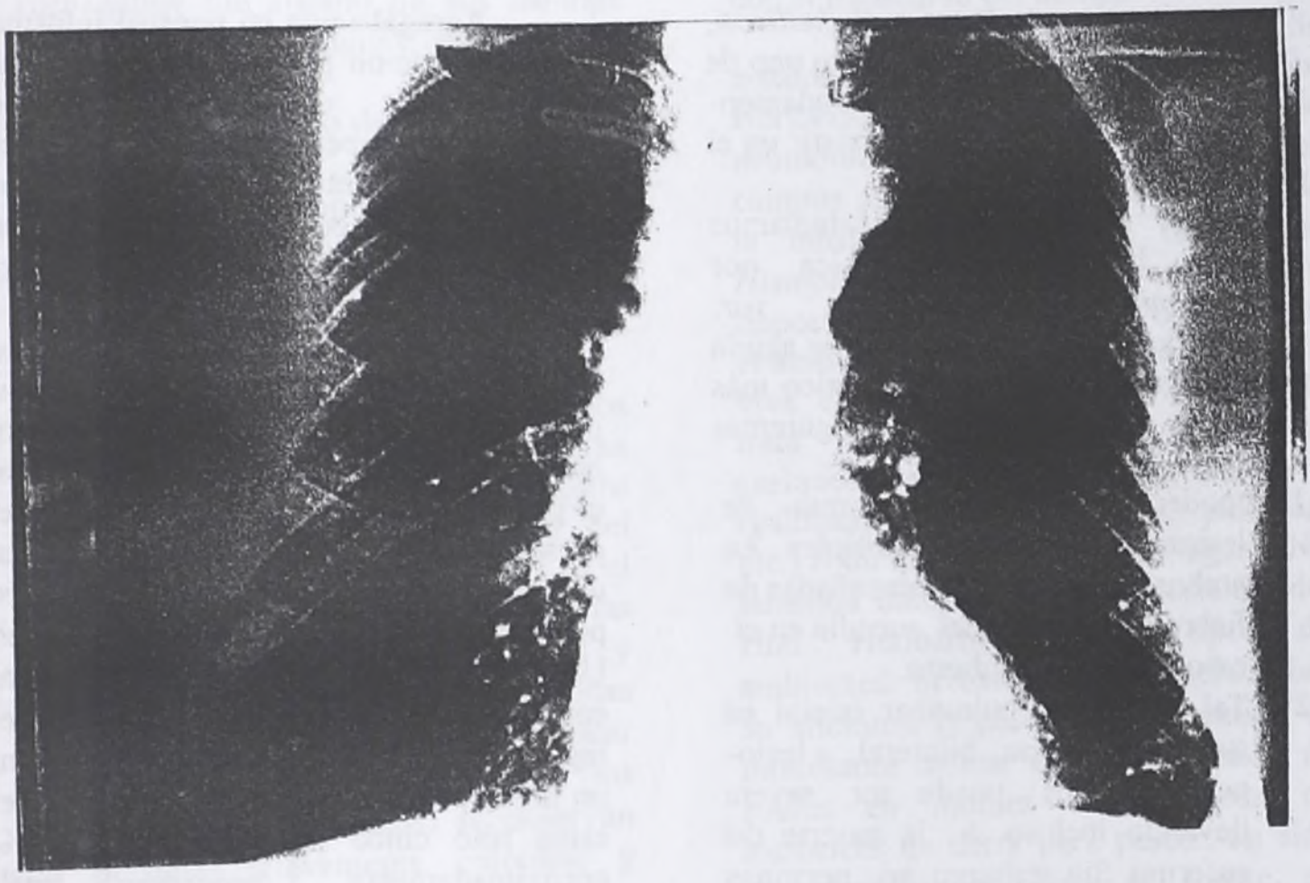


Figura 2
Radiografía del mismo paciente tomada en 1985. Se aprecian múltiples pequeñas calcificaciones diseminadas en ambos pulmones pero predominando en tercios inferiores y en regiones hiliares.

Comentarios

En nuestra respuesta a la primera consulta de la Junta Médica Vaticana, fechada el 14 de mayo de 1993[4] descartábamos en primer término la paragonimiasis pulmonar por *Paragonimus westermani* o *P. kellicoti*, planteada a nivel de aquella como uno de los posibles diagnósticos, fundamentalmente por el hecho de no existir en el Uruguay.

En segundo lugar sosteníamos que la histoplasmosis clásica por *Histoplasma capsulatum var. Capsulatum* en su forma pulmonar aguda primaria, nos parecía el diagnóstico más probable en virtud de las siguientes razones:

1°) poder presentarse bajo forma de lesiones nodulares múltiples en ambos pulmones acompañadas de fiebre y tos tal cual sucedía en el caso del Hno. Heriberto.

2°) Tal afectación pulmonar inicial en su orma difusa, bilateral, a lesiones múltiples puede ser severa llevando incluso a la muerte del enfermo. Sin embargo, en personas inmunocompetentes como sin duda resultó ser nuestro paciente, tales lesiones pueden evolucionar sin tratamiento alguno hacia la curación espontánea [9], con calcificación de las mismas al cabo de algunos años [10].

3°) Del punto de vista laboratorial la histoplasmosis aguda puede manifestarse con todas las alteraciones halladas en el caso del Hno. Heriberto, a saber: anemia, leucocitosis hipoalbuminemia, hiperalfa 2 globulinemia, discreta eosinofilia y elevación de la velocidad de eritrosedimentación [11].

Agregábamos en nuestro informe la no realización por motivos especiales de estudios complementarios de laboratorio específicos durante el período de internación del Hno. Heriberto los cuales podrían haber confirmado el diagnóstico presuntivo planteado.

Terminábamos aquel en los siguientes términos: "Estas formas pulmonares agudas nodulares graves no han sido observadas en el Uruguay hasta el presente. Sí se encontró un 19,5% de personas con calcificaciones pulmonares únicas o múltiples en reactores cutáneos positivos a la histoplasmina [12]. En el Uruguay la histoplasmosis es una enfermedad endémica habiéndose registrado 75 casos, todos, salvo uno en un niño que falleció, en adultos y entre estos sólo cinco en mujeres. El 50% aproximadamente proceden del Departamento de Montevideo. Corresponden a formas diseminadas crónicas con afectación predominante de las mucosas aero-digestivas superiores, a formas diseminadas progresivas con lesiones de varias vísceras como suprarrenales, hígado, bazo, etc.; y a la forma pulmonar crónica fibro-cavitaria confundida muchas veces con tuberculosis. Todas ellas requieren tratamiento con Anfotericina B, sulfas o

derivados imidazóicos [13, 14, 15]. El pronóstico es siempre reservado particularmente en las formas diseminadas progresivas que llevan muchas veces a la muerte a pesar del tratamiento específico. *Histoplasma capsulatum* fue aislado de sus habitats naturales en el Uruguay, en sólo dos oportunidades" [16, 17].

El 6 de agosto de 1994 recibimos nueva consulta de la Junta Médica Vaticana adjuntándonos como ya fuera establecido, las radiografías de tórax del Hno. Heriberto tomadas al inicio de la afección y nueve años después de la misma.

En nuestro informe decíamos puntualmente: Las radiografías de tórax que ahora se nos brindan para nuestro análisis, confirman la posibilidad del diagnóstico planteado por nosotros en el informe referido. Es bien sabido que las infiltraciones pulmonares bilaterales y diseminadas de las formas sintomáticas severas de la histoplasmosis pulmonar aguda primaria ("snow storm" de los investigadores americanos) se observan en personas gravemente enfermas y sumamente postrados por la afección requiriendo hospitalización. Felizmente, el pronóstico en pacientes inmunocompetentes (como seguramente lo era el Hno. Heriberto) es bueno ya que los síntomas desaparecen en la gran mayoría de los casos, en el curso de pocos días a dos semanas en forma espontánea [9]. De ahí pues que el caso del Hno. Heriberto no nos aparezca como inexplicable. Al contrario, lo vemos totalmente explicable especialmente luego de observar la radiografía de control tomada 9 años después (año 1985) mostrando las calcificaciones miliares características, testimonio conocido de la curación total de las lesiones blandas ("soft lesions") iniciales con el transcurso del tiempo [10]

La forma clínica de histoplasmosis presentada por el Hno. Heriberto es decir la forma grave de neumonitis diseminada de ambos campos pulmonares, es consecuencia de la inhalación de esporos del agente *Histoplasma capsulatum* en número importante, a partir de sitios o lugares en el ambiente exterior donde normalmente vive el hongo (reservorio natural). Se trata por regla general de suelos enriquecidos con excretas de aves (gallinas, pavos, estorninos, palomas, etc.) o de quirópteros (murciélagos). No tenemos datos sobre la exposición del Hno. Heriberto a tales tipos de ambientes. Sí tenemos referencia sobre su afición a la pesca. En tal sentido es interesante indicar que el escarbado de suelos en montes en búsqueda de lombrices de tierra para pescar, ha sido responsabilizado como la fuente de infección de epidemias de histoplasmosis [9].

Referencias

1. "Champagnat se convirtió en Santo". Diario *El Observador* de Montevideo, del lunes 19 de abril de 1999, p. 24.

2. FACELLO, Oscar. Comunicación personal.

3. "La confesión Weber". Diario *El País* de Montevideo; sábado 13 de junio de 1988, p. 10.

4. CONTI DÍAZ, I.A. Informe fechado el 14 de mayo de 1993 y entregado al Hno. Marista Eugenio Magdaleno para su elevación a la postulación de las Causas de los Santos del Vaticano.

5. Informe de la Consulta Médica Vaticana fechado el 25 de noviembre de 1993.

6. Informe elevado a la Sagrada Congregación por el Profesor Luigi Robert, fechado el 14 de marzo de 1994.

7. Informe elevado a la Sagrada Congregación por el Profesor Franco De Rosa, fechado el 18 de mayo de 1994.

8. CONTI DÍAZ, I.A. Informe fechado el 6 de agosto de 1994 y entregado al Hno. Marista Eugenio Magdaleno para su elevación a la Postulación de las Causas de los Santos del Vaticano.

9. SUTLIFF, W.D. (1960) "The diagnosis of histoplasmosis", in: H. C. Sweany, *Histoplasmosis.* Springfield, Charles C. Thomas Publisher.

10. FURCOLOW, M.L. (1960) "Clinical types of histoplasmosis" in: H.C.Sweany, *Histoplasmosis.* Springfield, Charles C. Thomas, publisher.

11. CONANT, N.F., SMITH, D.T., BAKER, R.D., CALLAWAY, J.L. (1972). *Manual de Micología Médica.* Tercera edición. Nueva Editorial Interamericana.

12. PURRIEL, P., NAVARRETE, E. (1964) "Epidemiología de la histoplasmosis en el Uruguay", *El Tórax, 13,* Montevideo, pp. 271-279.

13. YARZÁBAL, L., CONTI DÍAZ, I.A. (1964) Revisión de la casuística de histoplasmosis en el Uruguay, *El Tórax, 13,* Montevideo, pp. 280-289.

14. CONTI DÍAZ, I.A., DA LUZ, S. (1968) "Histoplasmosis en el Uruguay", *El Tórax, 17,* Montevideo, pp. 46-49.

15. CONTI DÍAZ, I.A. *et al.* (1997) *Contribución al conocimiento y progreso científico en Micología Médica.* Montevideo, Impresora Federal Nuevo Sur S.A.

16. CONTI DÍAZ, I.A. *et al.* (1965) "Aislamiento de Histoplasma capsulatum del suelo en el Uruguay", *Anales de la Facultad de Medicina, 50,* Montevideo, pp. 85-89.

17. CONTI DÍAZ I.A. *et al.* (1987) "A propósito del segundo aislamiento de Histoplasma capsulatum del suelo en el Uruguay", *Revista de la Sociedad Uruguaya de Parasitología, 1* (1): 41-50.

La Sanidad Militar y el Hospital Militar Central 1918 – 1935*

Augusto Soiza Larrosa

Homenaje al coronel Enrique Blas Dos Santos (1907-1992). Primer cronista del Hospital Militar. Salvó la dispersión de sus orígenes. Impulsó la creación de las bibliotecas cultural y biomédica.

Resumen

Se desarrolla la historia del Servicio de Sanidad y Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas uruguayas en el primer tercio del siglo XX. Es el período organizativo de la asistencia hospitalaria en tiempo de paz luego de finalizada la etapa de las guerras civiles donde los recursos médico - quirúrgicos fueron deficitarios. Y de instrumentación de un Cuerpo de Sanidad para unidades y para operaciones bélicas con mando médico centralizado.

Todo este período estuvo fuertemente influenciado por las doctrinas militares francesas. Francia fue también el país donde se especializaron los grandes médicos uruguayos de fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Summary

It is developed the history of the Health Care Service and the uruguayan Armed Forces Central Hospital during the first third of the 20th century, during the organising period of the hospital assistance in peace time, and after the period of civil wars when medico-surgical resources were scarce. And of instrumentation of a Health Care Corps for units and war operations with centralised medical commands.

All this period was strongly influenced by french military doctrines. France was also the country where the great uruguayan physicians of the end of the 19th century and the beginning of the 20th century studied in order to get their specialities.

Introducción

En el período 1905-1918 se inició la organización de un servicio prácticamente inexistente en los hechos: la Sanidad Militar promovida por el doctor Eduardo E. Martínez (1866-1932)

* Trabajo publicado originalmente en 2 partes en la revista *Salud Militar, 21* (1): 72-84; y *22* (1): 66-78. Montevideo, Publicación de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 1999 y 2000, respectivamente.

médico graduado en París, último Cirujano Mayor del Ejército y primer Jefe de la Sanidad Militar[1]. Su consolidación recién tendrá lugar en 1918 con la ley de creación del Servicio respectivo[2]. En el primer tercio del presente siglo se organizó la asistencia hospitalaria.

La Sanidad Militar y su primer Jefe se enfrentaron a tres problemas principales: la habilitación del Hospital Militar y Asilo de Inválidos; el cuerpo médico con destino a las unidades militares; y el equipamiento sanitario móvil. El doctor Martínez movilizado y responsable de la sanidad en campaña durante la guerra civil de 1904 sabía por propia experiencia como incidía en el éxito o fracaso de un ejército en operaciones, el apoyo médico y hospitalario.

El proyecto, edificación e inauguración del Hospital Militar ya ha sido tratado por el autor en trabajo anterior, al cual nos remitimos[3]. Aquí continuamos entonces con la historia que sigue a su habilitación.

Organización general de la Sanidad Militar

1. Sanidad Militar:

Tuvo sucesivas denominaciones y organizaciones:

1905-1918 – Consejo Honorario de Administración del Hospital Militar.

1918-1942 – Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada.

1942-1964 – Servicio de Sanidad Militar.

1992 – Dirección Nacional de Sanidad de las FF.AA.

2. Secciones Fijas:

- Hospital Miltar Central:
  Dirección
  Servicios Internos (salas de internación)
  Policlínicas
- Laboratorio químico-bacteriológico
- Laboratorio de anatomía y patológica
- Radiografías y anexos
- Farmacia y droguería
- Odontología.

3. Secciones Móviles:

- Parque sanitario y Farmacia:
  Hangar
  Conductores
  Material rodante y caballeriza
- Servicios sanitarios de unidades

Sanidad Militar

Durante toda la historia médico - militar uruguaya no existió un Servicio

Auxiliar Sanitario previsto para el ejército. Los médicos de las guarniciones eran contratados entre los médicos civiles; los enfermos y heridos eran internados en los hospitales públicos de los departamentos y de la capital (en Montevideo existían "salas militares" y "salas de presos" en el viejo Hospital de Caridad, hoy Maciel); cuando había necesidad de médicos y cirujanos (cuerpos expedicionarios, revoluciones, ejército en operaciones) se les reclutaba entre los civiles conformando un heterogéneo y poco eficiente "cuerpo de sanidad". Sólo el Cirujano Mayor del Ejército era más o menos permanente, designado por lealtades políticas más que por idoneidad para la materia médico-militar. No existía una táctica sanitaria ni plan de operaciones; todo se improvisaba. Tampoco había recursos materiales, echándose mano a lo existente en los pueblos durante las marchas de las tropas. Esta etapa podría ser calificada como prehistoria de la Sanidad Militar.

El 12 de setiembre de 1905 se estableció por Decreto el Consejo Honorario de Administración del Hospital Militar para finalizar las obras y habilitar el nosocomio, en reemplazo de la Primera Comisión Directiva del Hospital Militar y Asilo de Inválidos de 1888 que había trabajado por más de tres lustros. En 1905 por tanto, comienza la primera etapa de la historia de la Sanidad Militar y de sus directores generales o "científicos", como se gustaba nombrarlos[4].

El 23 de diciembre de 1918 dio lugar a la segunda etapa al promulgarse la Ley N° 6842 de creación y organización del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada como dependencia del Ministerio de Guerra y Marina, promulgada por el presidente Feliciano Viera. El beneficio de la asistencia médico - quirúrgica se limitaba todavía a los combatientes, sin extenderse a sus familias, policía y personal civil. La administración del Servicio fue confiada a un nuevo Consejo integrado por médicos y jefes de unidades militares, bajo presidencia de un médico director general[4a].

Esa ley estipuló un escalafón médico pero sin conceder estado militar, asimilando a las siguientes jerarquías: Director General científico, Médico Superior (general de brigada); Director de Hospital, Médico principal de 1ª. Clase (coronel); de 2ª. Clase (teniente coronel); médico o farmacéutico de la. Clase (mayor); de 2ª. Clase (capitán); médico ayudante, farmacéutico de 3ª. Clase y odontólogo de 1ª. Clase (teniente 1°); ayudante 1°. de sanidad (médico o estudiante de 4°. año), de farmacia y odontólogo de 2ª. Clase (teniente 2°); ayudante 2°. de sanidad, de farmacia y ayudante odontólogo (alférez); enfermeros, maestranza, ayudantes, peones y otro personal de sanidad (grado de tropa).

Creó además órganos, dependencias, inamovilidades, normas disciplinarias, controles administrativos, planificación técnica e instrucción del personal. Sucesivas Resoluciones del gobierno

reglamentaron la ley: uso obligatorio de uniforme para el cuerpo técnico en actos oficiales (15 de junio de 1921); kepis (3 de enero de 1923); espada, bastón o fusta (4 de abril de 1923). Para el servicio ordinario traje azul con distintivo en la solapa izquierda del saco o sobretodo consistente en estrella de 6 picos, de metal blanco, diámetro de 15 mm con disco central de 10 mm conteniendo una cruz esmaltada en rojo (azul para veterinarios). El uniforme para el personal de servicios se reglamentó el 24 de enero de 1928[4b].

La Ley Orgánica Militar N° 10.050 del 18 de setiembre de 1942 modificó aquel Servicio como Servicio de Sanidad Militar[4c].

El Consejo Nacional de Gobierno elevó a la Asamblea General Legislativa el 21 de febrero de 1957 un proyecto de ley, elaborado por una Comisión del Servicio de Sanidad Militar designada por el Ministerio de Defensa, para establecer el Servicio General de Sanidad de las FF.AA. ampliando la asistencia. El antecedente debe atribuirse al proyecto del doctor Humberto May, Jefe del Servicio de Cirugía de Mujeres y Niños, año 1926[4d].

Una nueva denominación, Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas tendrá lugar por decreto N° 462/964 del 24 de noviembre de 1964, hasta el año 1992 en que pasó a Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas por Ley N° 16.320 de Rendición de Cuentas y Ejecución Presupuestal.

El Hospital Militar en su primera época

El ya citado Decreto del Poder Ejecutivo del 12 de setiembre de 1905 inició la oficialización del Hospital Militar que fue traspasado del ámbito privado de los jefes, oficiales y personal del ejército nacional al supremo gobierno, que lo había solicitado "con urgencia y reiteradas veces"[3].

Los recursos para funcionamiento de la sanidad y hospital se establecieron así: a) el aporte de jefes y oficiales de ejército y marina destinados para hospital, Centro Militar y Naval y Centro de Guerreros del Paraguay, decreto del Presidente Claudio Williman (los 10 centésimos mensuales que vertían los clases y la tropa fueron suprimidos en el gobierno de Juan Lindolfo Cuestas); b) el aporte voluntario del Jockey Club desde abril de 1908 (10% del producido líquido de la venta de boletos); c) el 10% de las utilidades líquidas de los casinos municipales a partir de 1915 (leyes del 6 de enero y 20 de noviembre de 1915); d) el 3% de los contratos celebrados por los sastres militares por suministro de uniformes a jefes y oficiales (que generaron respectivamente 2000 y 2063 pesos); e) una subvención mensual de la Comisión Nacional de Caridad[5].

Al recibir el hospital el Consejo Honorario de Administración presidido por el general Adolfo B. Pérez el 2 de octubre de 1905, entregado por el general Salvador Tajes en nombre del Consejo Directivo el acta suscrita indica que:

"[el hospital estaba] terminado en su totalidad salvo algunos detalles de su construcción y la falta de celosías en 8 pabellones... Sus dependencias como ser capilla, alojamiento de oficiales, salas de enfermos, de autopsias, alojamiento de médicos, practicantes y enfermeros, personal docente, cuerpo de guardia, oficinas, despensas, depósito de cadáveres (morgue), cocinas, caballerizas, etc., en perfecto estado de conclusión y hábiles para el servicio. El establecimiento y las dependencias nombradas provistas de completos servicios de WW.CC., baños, agua corriente, cocina y luz eléctrica en perfecto y cómodo funcionamiento. El alojamiento destinado a depósito de ropa blanca con su estantería correspondiente"[6].

El hospital lucía prácticamente como hoy día en dos plantas y subsuelo con su fachada por 8 de Octubre extendiéndose por un largo pasillo central hasta la capilla (donde se sitúa el entronque con el hospital nuevo), sin las construcciones que luego fueron anexadas (ni laboratorio, ni policlínicas, ni farmacia). Respondía en su planeamiento al sistema hospitalario vigente en la época, llamado "pabellonario" antecesor del "monobloc" de los años previos a la Segunda Guerra Mundial.

Entre 1905 y 1907 se adquirió el equipamiento necesario para el hospital. En noviembre de 1905 el Jefe de la Sanidad Militar doctor Eduardo E. Martínez estableció las necesidades de "hotelería" (camas, mesas de noche, taburetes, ropería) gestionándolas a través de la Comisión Nacional de Caridad. La ropa de cama y blanca se adquirió en plaza, no así las colchas (con inscripción "Hospital Militar") que vinieron de Europa. Los colchones y almohadas se hicieron en los talleres de la Cárcel Penitenciaria. El lavado de la ropa para 250 enfermos se convino con el Manicomio Nacional. Con la Usina Eléctrica de Montevideo se contrató la energía para la iluminación instalada.

En diciembre de 1906 se anunció el envío desde Francia y Alemania de las partidas del siguiente material: 7 cajones con éter para anestesia y ácidos; 7 cajones con drogas y productos químicos; 3 cajones con éter y clorato de potasa para anestesia; 1 estufa de incubación y aparatos de cirugía (desde París); 25 cajones con agua oxigenada; 8 cajones con material de laboratorio y farmacia; 2 cajones con relojes de pared; 1 cajón con catgut y seda para sutura quirúrgica; 1 cajón con instrumental quirúrgico; 2 cajones con acumuladores para instalar un aparato de rayos X; 1 casco con porcelana Limoges para laboratorio; 3 cajones con aparataje odontológico; 1 mesa de operaciones; 8 cascos con material de vidrio belga; 1 aparato para esterilización; varios cajones con material de esterilización; 24 cajones con gasa, venda y mantas de algodón; drogas, productos químicos, 1 microscopio, 1 aparato Dethan (?) e instrumental quirúgico en el buque "Admiral Obry"; nuevamente un embarque con aparatos e instrumental quirúrgico; 2 cajones con balanzas; 8 cajones con menage de cocina; 11 cascos

con drogas y productos químicos; 1 cajón con instrumentos quirúrgicos; 1 cajón con frascos y botellas; 7 cajones con artículos diversos; 3 cajones con citrato de magnesia; 1 transformador y accesorios; alfileres de nodriza y artículos de vidrio.

En enero de 1907, merced a gestiones del Ministerio de RR.EE. se encargó a la legación uruguaya en Alemania la compra de 330 camas y 310 mesas de noche, a semejanza de las existentes en el "Hospital Virchow de Berlín", de generosas medias (1,95 m x 0.86 m). En mayo de 1907 los materiales enumerados estaban a la orden para ser retirados de la Aduana de Montevideo (169 cajones, 10 fardos de algodón, 20 cascos y 1 encomienda de material odontológico). En febrero de 1906 el sargento mayor Antonio S. Viana fue encargado de la policía del hospital; y como capellán el presbítero Celestino Cúneo.

Por Decreto del 16 de julio el Ministerio de Guerra y Marina designó el cuerpo médico, en parte procedente de unidades del ejército[3].

El hospital se inauguró oficialmente el 18 de julio de 1908 siendo presidente de su Consejo Honorario de Administración el coronel Zoilo Pereira. Pero la prensa anunció: "A la ceremonia de hoy en el Hospital Militar no concurrirán familiares, será un acto puramente oficial. En cuanto al público podrá visitar mañana el establecimiento. El acceso será completamente libre"[7].

El 23 de julio el Consejo de Administración recibió el nombramiento del pirmer director general del hospital, doctor Ricardo Vecino que de acuerdo al Código Militar fue asimilado al grado de teniente coronel (artículo 68° inciso 2°).

Los primeros enfermos 211, fueron trasladados en la mañana del 1° de agosto en dos ambulancias de la Dirección Municipal de Salubridad: 35 del Hospital de Caridad "Sala General Artigas"; 21 de la "Sala Lavalleja" y 21 de la "Sala de Presos"; 30 provenían de la Policía; 60 de enfermería de unidades; 3 de la Academia General Militar; 4 de la Fortaleza "General Artigas"; 3 de la Compañía de Enfermeros Camilleros; 5 de la Comandancia General de Marina; 10 del Regimiento de Artillería de Campaña; 5 del Parque Nacional; 4 de la Compañía de Ametralladoras; 10 del Regimiento de Caballería 1°. La apertura del hospital fue comunicada al Jefe Político y de la Policía de Montevideo y al Jefe del Estado Mayor del Ejército. Según los "apuntes" tomados por el coronel Enrique Blas Dos Santos de las actas de la Comisión, el 15 de abril de 1908 (antes de la inauguración) el encausado doctor Federico Díaz fue compulsivamente internado por disposición de la Alta Corte de Justicia.

El 3 de agosto la farmacia podía suministrar drogas, abastecidas por la Droguería Central de la Comisión Nacional de Caridad que en 3 meses habían costado 556 pesos.

Los salarios del personal inicial fueron: capellán 20 pesos (ps.); barbero 20 ps.; costurera 15 ps.; sirviente 15 ps.; Hermana de Caridad 15 ps.; enfermero de 1ª. Clase 8 ps.; de 2ª. Clase 5 ps. Un

practicante interno llegó a ganar 36 ps., lo mismo que una nurse.

Nomenclator hospitalario

El adjudicar nombres de personas a salas y servicios constituye un homenaje perpetuo hacia aquellos que quedaron ligados al hospital de forma más o menos relevante. El Hospital Militar no fue ajeno a esta recordación, que lamentablemente se ha ido diluyendo en el tiempo.

El primer nombre que aparece es el de Juan Gualberto Tigrimbú, Cirujano Mayor del Ejército muerto en combate el 12 de marzo de 1844. Recordado por una placa de bronce que lleva la inscripción "Hombre ilustre de la República muerto por la causa de la libertad" (sala 2, planta baja, con anexo en sala 1, entrepiso).

En 1921 llegó al Uruguay como enviado del gobierno francés el general Charles Mangin, héroe de guerra. En ocasión de su visita al hospital el día 3 de julio se designó a una de las salas con el nombre de su connacional "Dr. Víctor Martín de Moussy"[8].

En 1922 hubo un nuevo impulso al nomenclator con el Decreto del Poder ejecutivo del 22 de febrero, firmado por Baltasar Brum y el General Santiago Buquet, ministro del ramo; promotor fue el doctor Eduardo Blanco Acevedo, entonces director del Hospital. Por nota, Blanco Acevedo propuso recordar no sólo a los médicos y farmacéuticos de la Defensa de Montevideo durante la Guerra Grande sino también a los miembros del cuerpo médico militar que se hubieran distinguido por sus cualidades y servicios en campaña. Esos nombres eran:

a) para las salas del hospital: doctores Bartolomé Odicini, Adolfo Brunel, Fermín Ferreira, Henrique Muñoz, Tomás Lacueva y Chucarro, Pedro Olazábal (cuya sala tendría en el vestíbulo una placa con la siguiente inscripción "muerto en la batalla de Yatay", Juan Antonio Rodríguez y Luis Piñeyro Carve;
b) para la farmacia una placa con la inscripción "A la memoria de Isola, Parodi, Lenoble y Thiballier que prepararon el cloroformo durante el sitio de Montevideo en 1848";
c) para el anfiteatro de cursos y conferencias un "cuadro de honor", donde inicialmente se inscribirían los nombres de los doctores Juan Alberto Eirale, Manuel Ferraz, Eduardo E. Martínez, Juan A. Rodríguez y Luis Piñeyro Carve[9].

A pesar que escapa al período estricto de esta historia, para completar el nomenclator citamos los agregados con posterioridad a 1922:

a) en el Departamento de Medicina:

"El Hospital Central FF.AA. al enfermero de 1ª. (Oficial 4°) Marcial Rey y Rey – Por su abnegada labor 1.4.1909 al 1.5.1953" (sala 9 entrepiso).

"Sala Mayor (SM-Médico) Héctor H. Muiños - 30 años al servicio de las FF.AA." (ibidem).

b) en el Departamento de Cirugía:

"Al Coronel Médico Alberto D. Maisonnave - Cirujano distinguido -

brindó sus servicios de 1926 a 1963" (sala 3).

c) en el Departamento de Pediatría:

"Sala Equip. Mayor Prof. Dr. Alfredo U. Ramón Guerra – 1er. Jefe del Depto. de Pediatría – Gestor de la pediatría del H.C.FF.AA. 1940-1969" (sala 5 planta baja).

"Aula Prof. Mayor Médico Alfredo U. Ramón Guerra 1940-1969" (sala de ateneos).

"Equip. Mayor Prof. Dr. Carlos Escande - 2° Jefe del Depto. de Pediatría - Pionero de la pediatría del H.C.FF.AA. 1961-1973" (sala 9 subsuelo)[24].

"Servicio de Neonatología Coronel (SM-M) Bolívar Delgado Correa - 1er Jefe del Servicio de Pediatría - Iniciador de la consulta externa pediátrica 1925-1950"[25].

"Sala de niños General Carmelo M. Bentacur 2.8.1972" (sala 9 planta baja)[26].

d) otros servicios y salas:

"Servicio de Dermatología Equip. Mayor Prof. Dr. Luis Torres de la Llosa"[29].

"Sala Mayor (SM-M) Dr. Hernán Arturo Sasso Alegre"[28].

"Laboratorio de anatomía patológica Dr. José Verocay"[15].

Directores médicos del Hospital[30]

- Ricardo Vecino (1908-1912).
- Andrés J. Chiozza (¿ -1921) Médico Principal 1ª. Clase (coronel asimilado).
- Eduardo Blanco Acevedo (1921-1925) Médico Principal de 1ª clase (coronel asimilado).
- Roberto Rivas Costa (1925-1931) Médico Principal de 1ª clase (coronel asimilado).
- Eduardo B. Gómez (1931 - ?) Médico Principal de 1ª clase (coronel asimilado).
- Raúl Charlone (1932) Ayudante de Sanidad Adjunto Técnico a la Dirección.
- Alberto Mañé (Honorario) (1934 - ?)
- Mario Rossi Jefe Principal (1936 - ?)

Servicios hospitalarios.
Médicos, odontólogos y químicos-farmacéuticos

Los Servicios se fueron creando acorde a los requerimientos y extensión de beneficios a usuarios. Su desarrollo es de muy difícil cronología y surge de la compulsa de los *Boletines de Sanidad Militar* donde se transcribieron las Resoluciones emanadas del Poder Ejecutivo y el respectivo Ministerio[11]. Las fechas corresponden al año de inicio de la actividad que hemos encontrado, y no deben ser consideradas como definitivas.

a) Servicio de cirugía:

Jefes: Eduardo Blanco Acevedo (1919-1921) (Figura N° 1); Clivio Nario (1921-1923); Juan A. Romeu (1932); Alberto Mañé (1934).

Médicos Ayudantes: Evandro Toscano (1921-1926); Fernando Layerte (1924); Teodoro Pérez Perdomo (1927); Alberto Mañé (1927); Atilio Baez (1930).

Ayudantes: Br. Mario J. Genta (1925).

Policlínica de traumatología y recuperación funcional.
Creación: 1934.

Médico (Honorario): Armando Pochintesta.

b) Servicio de cirugía de mujeres y niños

Proyecto del Director General de Sanidad Militar doctor Augusto Turenne; establecido por Resolución del 30.11.1921. Disponía de sala de hospitalización ("Sala Odicini") y adjunta una para operaciones; con policlínica propia. Fue la primera extensión concreta de beneficios asistenciales para no combatientes; poco después el



Figura 1
Coronel (asimilado) Eduardo Blanco Acevedo (1884 - 1971). El gran cirujano uruguayo, jefe de hospitales militares en Francia durante la 1ª Guerra Mundial, impulsor de profunda renovación del Hospital Militar de Montevideo y su Servicio de Cirugía bajo su dirección (1921 - 1925).

beneficio se extendió al personal técnico (Resolución 12.12.1921).

Jefe Médico 1ª Clase (asimilado a mayor) Humberto May[12].

Médicos Ayudantes: Mario Rossi (1923); Miguel Fourcade (1925); Raúl Charlone (1926).

Practicantes: Antonio de Vega (1925); Carlos Suero.

c) Servicio de medicina:

Jefes: Hernán Artucio (1926); Justo Montes Pareja (1936); Héctor Homero Muiños (Jefe Servicio Personal de Tropa 1946-1952).

Médicos Ayudantes y de Policlínicas: Alejandro Ossimani (1921); Pedro Escuder Núñez (1922); Rafael Capurro (1924); César Bordoni Posse (1925), Enrique Figari Legrand (1925); José María Estapé (1925); Juan Carlos Mussio Fournier (1926); Justo Montes Pareja (1927); Miguel A. Trianón (1929); Héctor Homero Muiños (1930); Leopoldo Nieto (1932).

Policlínica de cardiología:
Creación 11/07/27.
Justo Montes Pareja.

Policlínicas vías digestivas e hígado
Creación: 1932
Medicina: Germán Rubio
Cirugía: Eduardo B. Gómez

Policlínica de gastroenterología y nutrición:
Creación 1922:
Médico Ayudante: César Bordoni Posse.

d) Servicio interno (salas)

Médicos Ayudantes: Eduardo B. Gómez (1922); Alberto Ponti (1925); Humberto May (cesó por retiro el 05/01/1934); Alberto D. Maisonnave (1925); Oscar Rodríguez Rocha (1925); Raúl Charlone (1929); Ricardo García Medici (1930); Carlos M. Bentancort (1934); Aníbal de los Santos (1934).

Ayudantes: Bres. Julio Morató, Isaías Ximénez; Julio C. Barani; René Julián Barú; Ricardo Yanicelli; Guillermo Terra.

e) Policlínicas de ginecología y obstetricia

Médicos Ayudantes: Mario Rossi (1923); José P. Alaggia (1923); Teodoro Pérez (1926).

Policlínica obstétrica:
Creación: 1927
Miguel Rago; Diego Martínez Olascoaga.

Policlínica de examen prenupcial:
Creación: 1933
Ruben Shepard.

f) Policlínica de niños:

Médico Ayudante: Antonio Bargo (1924); Víctor Zerbino (1927).

g) Laboratorio químico-bacteriológico central:

Inicialmente se organizó en dos Sub-secciones, químico-bacteriológica y anatomía patológica (Resolución del 13.7.1921); luego se hicieron independientes.

Jefe: Juan Torraza (1921)

Subjefes: Saúl Puppo (1924, Jefe desde 1930); Sebastián Buquet Geli (1925).

El Servicio de hemoterapia se independizó en 1940, a cargo de Alberto Freire Muñoz, con la colaboración del entonces jefe del Laboratorio Central Saúl Puppo. Los primeros sueros clasificadores los cedió Alberto Scaltritti. La sangre extraída de donantes se transfundía por gravedad; desde 1944 se inició su conservación por frío durante 8 días[14].

h) Laboratorio de anatomía patológica:

Creado en 1921 (Resolucón 13.7.1921) como Sub-sección anatomía patológica, citología, histología y autopsias, tuvo como primer jefe al doctor José Verocay (1876-1927), ingresando como Médico Ayudante el 1.3.1021. Fue luego Médico de 1ª Clase asimilado a mayor (13.7.1921), y Jefe de Subsección (1.11.1921). En 1922 se agregó José López Figurido como Ayudante preparador, el médico veterinario Máximo Carballo y el Br. Albérico Segovia (1925) como Preparadores.

Verocay, cargado de experiencia adquirida en Viena, trajo muchos adelantos a nuestro medio: autopsia sistemática, correlación anatomoclínica, biopsia intraoperatoria y diferida. Formó un pequeño museo con el material necrópsico que, desatendido luego por años, se malogró en la década del '80. Intentó dictar un curso libre de su especialidad para estudiantes de medicina gestionándose la autorización a la facultad; fue aprobado por ésta pero no llegó a dictarse. En 1927 obtuvo licencia y viajó a Europa ya enfermo del corazón, muriendo en Bohemia en la Navidad del mismo año[15].

Acéfalo el laboratorio quedó a cargo de:

- Doctor Humberto May (1927-1928).
- Doctor José Luis Bado (1928.1936)[16].

Subjefe preparador doctor Ruben Schepard

- Doctor Carlos María Domínguez (1936 - ?)
- Doctor José A. Mautone (1949-1988).

Como tarea complementaria los jefes del laboratorio fueron los encargados de las autopsias en casos de muertes violentas. La Resolución de la Dirección General de Sanidad Militar dice que la autopsia será aconsejada por los jefes de los servicios sanitarios, dispuesta por la autoridad militar, trasladado el cadáver a la morgue del hospital, y "practicada la autopsia por el jefe de anatomía patológica" quien expedirá el informe; *Cf. Boletín del Servicio de Sanidad Militar*, 140, Montevideo, 4 de febrero de 1931. Si la muerte era en el interior del país la autopsia quedaría a cargo del médico del servicio sanitario quien colaboraría con el servicio público (médico de policía). Recién en el año 1996 (Orden de Servicio del Hospital Militar Nº 7335 del 17/1/96) se creó el actual Departamento de Medicina Legal (que ya funcionaba desde 1995) a cargo del autor de este trabajo como jefe del

mismo y con el doctor Domingo Mederos Catalano como medicolegista adjunto.

i) Policlínica de oídos, nariz y garganta:

Creación: 10/5/1922

Jefe: Juan P. Cóppola (1922).

Médicos Ayudantes: Gilberto Regules (murió en 1923); Aquiles di Lorenzo (1923); Pedro Regules (1923); Luis d'Ottone (1930); Ulises Quintela (1930).

Policlínica de boncoscopía:

Creación: 17/12/1934

Pedro Regules.

j) Policlínica de ojos:

Médico Ayudante: Haroldo Paiva (1923; Héctor Barbot (1925); Miguel Fourcade (1925); Alvaro Buenafama Uriarte (1927); Carlos M. Marabotto (1927).

Laboratorio anexo de histología y bacteriología ocular:

Creación: 1932

Médico (Honorario): Domingo Chiazzaro.

k) Policlínica de vías urinarias:

Médicos ayudantes: Juan B. Bado (1921); Buenaventura Delger (1927); Humberto Bevilacqua (1927).

l) Policlínica de piel y sífilis:

Médicos ayudantes: Rafael Capurro (1927); Bartolomé Vignale (1927).

Centro de venerología del ejército y la armada: proyecto del Director General de Sanidad Militar doctor Augusto Turenne, establecido por Resolución del 25/4/1922 y formando parte del Instituto Profiláctico de la Sífilis (nivel nacional). Se integró con las Secciones "sífilis y chancro blando", "blenorragia hombres" y "blenorrgia mujeres".

Jefe: Guillermo Rodríguez Guerrero (1926); Germán Bocage (1934); Diego Trujillo (1934).

Médico sifilógrafo inspector de Sanidad Militar (Honorario): Víctor Castro Paullier (1932).

ll) Policlínica de neuropsiquiatría

Médicos ayudantes: José María Estapé (1923-1924); Antonio Sicco (1924)[17].

m) Rayos X, fisioterapia y masajes:

Jefe: Haroldo Mezzera (1926).

Médicos ayudantes: Radiólogo Adolfo Hermann, Pedro Hormaeche (1926); Fernando Layerte (1929); Santiago Grezzi (1932).

n) Farmacia y droguería

Jefes: Farmacéutico de 1ª clase Francisco Serra (1921-1922); Armando Pascual (1922).

2do. y 3er. Jefe Farmacéuticos de 2ª clase: Humberto E. Colistro (1923) y César Durante (1925).

Farmacéuticos de 3ª clase: Francisco A. Quintas (1923); Alberto Cassinelli (1923).

Farmacéutica: María Elene Cinquegrana (1930).

ñ) Odontología

En 1912 se compró el primer equipo completo odontológico "S.S. White" (Resolución de Sanidad Militar Nº 23/912).

Policlínica: Odontólogo 2ª clase Alberto Costa Podestá (1924); Luis Tajes (1925).

Odontólogos ayudantes: Juan Otatti y Alcides T. Carlevaro (1925).

Sección Odontología: Creación, Ley del 14/05/1930; Reglamentación 04/07/1933, proyecto del Odontólogo Isidoro Colombo): Jefe, Odontólogo 1ª clase Tristán Morales (1930); Isidoro Colombo (1934).

Odontólogos de 2ª clase: Isidoro Colombo, Juan Otatti (1930); Raúl López Inchusindague; Gustavo Zerbino; Roberto Quintana Moyano; Bernardo Trías; Eduardo Aguilar (1930).

Ayudante 1ª Odontólogo: Alejandro Ossimani (1930).

Ayudante Odontólogo: Arístides Ipata (1930).

Policlínica odontológica infantil:

Creación: febrero 1933.

Ficha dentaria para aviadores militares (Resolución 20/03/1933, proyecto del Odontólogo de la Escuela Militar de Aviación Alejandro Ossimani; Reglamentación 10/08/33).

o) Anestesiología

Como en los demás centros asistenciales la anestesiología estaba en manos de idóneos (practicantes, enfermeros, religiosas). La organización del Servicio de Anestesiología del Hospital Militar fue consecuencia de un hecho dramático: la muerte en la inducción anestésica de un joven marino militar que había ingresado para apendicectomía en frío, profiláctica, a fin de integrar la tripulación de un velero en vuelta al mundo. A instancias de los doctores Frank Hughes y Dante Cianciulli se convocó al Dr. Antonio Cañelas, para ofrecerle la jefatura del nuevo servicio a crearse. Habiendo aceptado el ofreciemiento, año 1960, comenzó la organización y enseñanza.[18].

Secciones móviles

Así llamada la Sanidad Militar en campaña tuvo un accidentado historial que ya hemos tratado anteriormente[19].

En 1909 se adquirió por asesoramiento del Jefe de Sanidad Militar doctor Eduardo E. Martínez un equipo sanitario de campaña con botiquines portables y carro-ambulancias[20]. Este equipamiento recibió críticas del doctor Juan Alberto Eirale, médico italiano de Sanidad Militar que había participado en la guerra civil de 1904 destacado en el Ejército del Sur, y en el alzamiento de 1910 en el ejército del general Galarza[21]. Eirale recordaba que en 1904 el material sanitario iba por tren y luego en carretas tiradas por bueyes; y en 1910 poco había cambiado el transporte que eran carros tirados por caballos o mulas. Material y medicinas

eran provistas por el Parque de Sanidad Militar, pero sin atender a las necesidades reales y muy mal acondicionadas. Por un informe del doctor Vicente Pérez Pallas de 1925, Eirale recuerda que en una maniobra en el Campo Militar de Cerrillos hubo que pedir en préstamo 2 caballos a un vecino para tirar del carro-ambulancia, pues los equinos militares se resistieron a la orden de marchar ... y llegaron al otro día.

El doctor Eirale fue comisionado en 1908 a Europa en misión oficial por la presidencia de la República para estudiar los progresos en la asistencia médica de los ejércitos en operaciones. Visitó Italia, Alemania, Francia, Inglaterra, Austria-Hungría. En su informe, año 1909 propuso: 1) crear la carrera de médico militar; 2) crear las secciones sanidad fija (hospital) y móvil (ambulancia-hospitales de campaña); 3) adoptar el modelo de ambulancia-hospital de la Cruz Roja Italiana 1906, ya probada en la guerra[22]. En 1912 por disposición del presidente José Batlle y Ordóñez se adquirió una unidad de ese modelo, comprada en Roma por el Encargado de Negocios Pedro Requena Bermúdez que llegó a Montevideo en el mismo año. El equipo podía ser transportado por 6 caballos o mulas, a cargo de 6 camilleros y 1 sargento. Tenía carpa para operaciones quirúrgicas, para heridos leves y para heridos graves; además de botiquines, parihuelas y mesa de operaciones con instrumental quirúrgico. Su movilidad resultó al parecer excelente en la demostración que se hizo ante las autoridades en el campo de la Escuela Militar en enero de 1913; y en una prolongada marcha hasta Aceguá en 1915, siempre a cargo del doctor Eirale. Podía atender 500 heridos leves y 150 graves. Su introducción orgánica no prosperó dispersándose el equipo en sucesivos años.

Sanidad Militar adoptó un modelo de carro-botiquín de Primera línea (figura Nº 2) según proyecto del doctor Alberto Anselmi. Por Resolución del gobierno del 24/04/1928 se encomendó su construcción en serie y se reglamentó su uso para Batallón o Regimiento por otra Resolución del 28/08/1929.

Posteriormente fue reglamentado el uso de ambulancias aéreas, año 1929 y el botiquín de enfermerías de cuerpo (Resolución del 06/02/1936)[23]. La aviación sanitaria fue una idea del doctor Eduardo Blanco Acevedo, impulsada en el año 1925. El primer avión-ambulancia que hizo adquirir fue un "Breguet" que prestó meritísimos servicios.

Paquetes de cura individual de origen italiano se adquirieron en 1912 en cantidad de 30.000. Su uso fue reglamentado (Resolución del 6.6.1923) y reformado (24.5.1933): obligatorio en campaña o represión de contrabando; en el bolsillo interior (y no cosido al forro de la chaqueta); preservado de la humedad. Su reposición correspondía a Sanidad Militar.

La farmacia del parque sanitario estuvo a cargo del farmacéutico de 2ª clase (2º jefe) Alberto Cassinelli (1925), de 3ª clase (3er. jefe) César Durante; y

del médico veterinario Mariano Carballo.

Una ficha de identificación para movilizados en guerra fue proyectada en 1927 (Resolución del 22/11); se entregaría al personal movilizado con numeración correlativa y se retiraría en caso de enfermedad, herida o muerte (la mitad inferior), entregándose al Estado Mayor con constancia del destino o lugar de inhumación. La ficha se llevaría pendiendo del cuello.

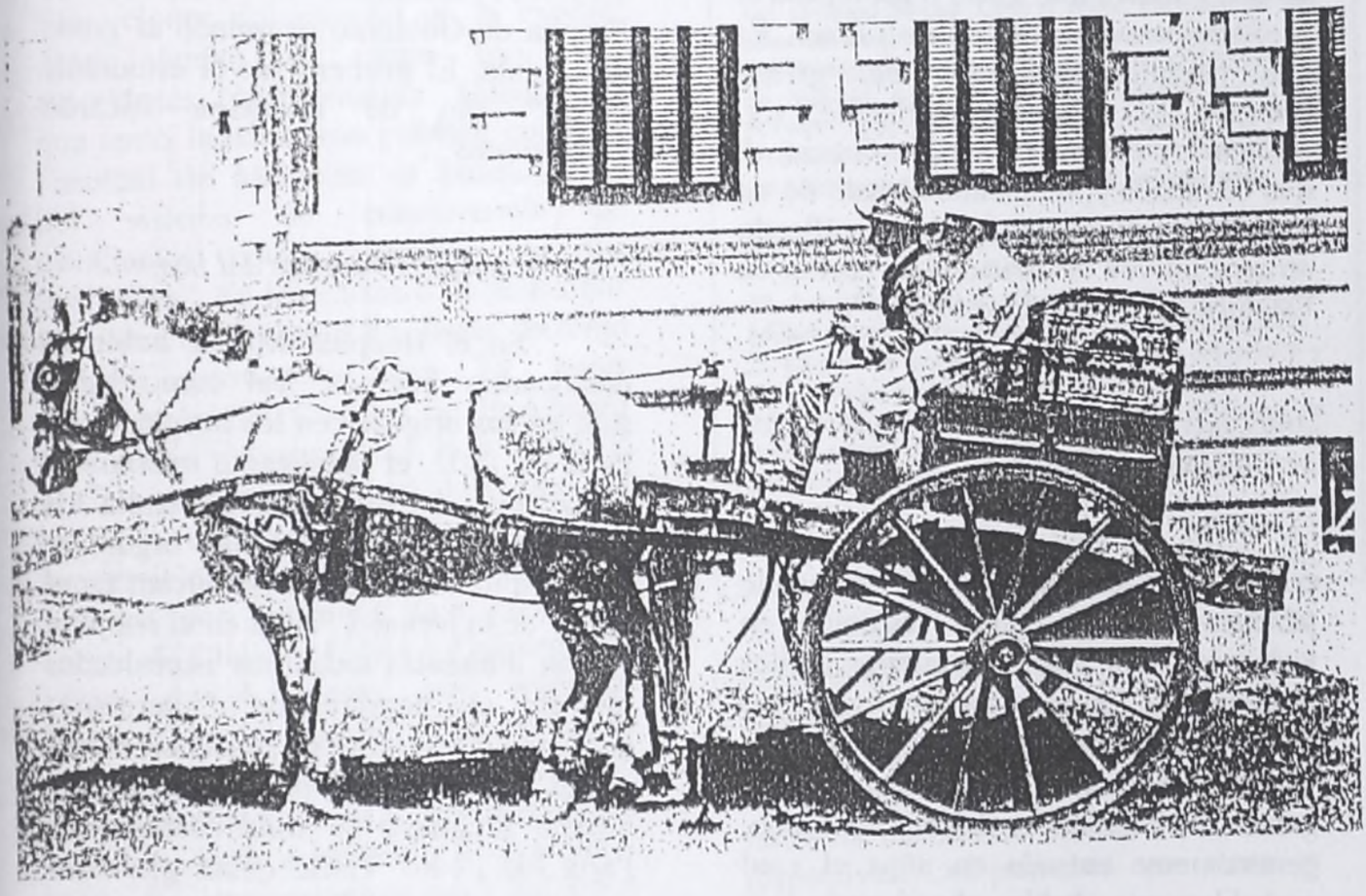


Figura 2
Carro botiquín de 1ª línea adoptado oficialmente en 1928

Los practicantes

Los practicantes conformaron un núcleo asistencial intermedio entre el cuerpo médico y los enfermeros. El vocablo "practicante" indica una situación transitoria de preparación. El diccionario lo define como "estudiante de una facultad que asiste o acompaña al profesor para terminar de instruirse". Es una pasantía (galicismo del griego *estagio*). El pasante (practivante, v.g. *estagiario*) era en la antigua Grecia el que caminaba aprendiendo al lado de un maestro (*estagirita*). El significado arranca tal vez de Aristóteles, nacido en Estagiria, ciudad de Macedonia[36].

Antecedentes históricos de los practicantes militares

La realidad sanitaria del ejército era a fines del siglo XIX realmente pésima como la hemos resumido en nuestro trabajo sobre las guerras civiles uruguayas[37]. En los cuerpos de ejército los médicos eran contados; existía un "practicante de medicina y cirugía" con grado de capitán o mayor asimilado, generalmente entrado en años el cual probablemente había abandonado los estudios médicos o no era asiduo concurrente.

El cargo de Practicante de cirugía asimilado al grado de capitán estaba ya previsto en la legislación militar de la época (Código Militar de 1884, artículo 68º), exigiéndose 3 años de estudio. Esa disposición legal se cumplía en los hechos como lo demuestra la presencia de practicantes en los Ejércitos del Sur y del Norte en las guerras civiles de 1897 y 1904.

En 1895 un decreto del presidente José Idiarte Borda del 15/2/1895 estableció un Practicante de Escolta de Gobierno asimilado al grado de capitán. El primero fue el estudiante de 4º año de medicina Ricardo Villadecants[38].

Los practicantes internos del hospital

En el Hospital Militar hubieron practicantes internos. Tal como había sido en sus orígenes en los hospitales de París en 1802, el practicante interno era un personal no médico que atendía los ingresos de enfermos y las urgencias intrahospitalarias que se producían en el curso de la jornada. Vivía en el hospital y eran atendidas todas sus necesidades (de ahí el nombre de "internos"), Incluyendo una modesta retribución para gastos personales. El primer practicante interno uruguayo (y sudamericano) en París fue Pedro Visca, quien ganó por concurso de oposición el cargo tan disputado en 1868. A su regreso al país logró la implantación en nuestros hospitales públicos del practicante interno por concurso. Esta institución es por tanto muy antigua en Uruguay habiéndose llamado a concurso anualmente desde 1900[31].

Los practicantes de la Asistencia Pública excepcionalmente eran estudiantes de medicina. Tampoco lo eran en el Hospital Militar, donde revistaban como Ayudantes de 1º o 2º de Sanidad con asimilación al grado de teniente y alférez respectivamente, y venían a cumplir la guardia de puerta desde las guarniciones del ejército de la capital, donde tenían su cargo fijo. Las autoridades universitarias entendieron que tanto la asistencia pública como la Facultad de Medicina se beneficiarían del sistema de concurrencia de estudiantes como "Internos de los hospitales". Se les exoneró de faltas por inasistencia a clases en tanto hicieran guardia permanente las 24 horas (Resolución del Consejo de Enseñanza Secundaria y Superior del 28/4/1902). Y al inaugurarse el Hospital Militar se extendió esa excepción computándoles los servicios prestados como practicantes internos por concurso para ganar los cursos de Clínica Médica y Quirúrgica a razón de 4 meses por semestre (Resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del 9/6/1913). Se exigió para lograr esa bonificación la certificación de asiduidad y dedicación y el seguimiento completo de 5 enfermos mensualmente[32].

Ejerciendo la Dirección General del hospital, Eduardo Blanco Acevedo propuso y logró del Ministerio de Guerra y Marina la reglamentación del servicio de practicantes internos, ya que la mayoría provenían como dijimos de las guarniciones de la capital donde revistaban como Ayudantes de Sanidad[33,34]. Esa reglamentación disponía en lo esencial:

Hospital Militar Central
Resolución. Servicio de practicantes internos
Ministerio de Guerra y Marina

Montevideo, Mayo 24 de 1921.

Vistas las medidas propuestas por el señor Director del Hospital Militar Central sobre internado de los practicantes que prestan servicios en este hospital.
Resultando que el señor Director General del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada acepta en principio el proyecto presentado pero propone algunas modificaciones tendientes a contemplar la situación de los practicantes que cursan estudios universitarios.

El Presidente de la República,
Resuelve:
1º. Los practicantes de servicio interno en el Hospital Militar Central serán alojados permanentemente en él.
2º. La guardia permanente estará a cargo del médico y de uno de los practicantes del servicio interno.
3º. Queda suprimido el servicio de practicantes de puerta actualmente desempeñado por los ayudantes de sanidad que prestan servicios en los cuerpos.

BRUM
General S. Buquet.

Una resolución ministerial complementaria del 3/8/1921 habilitó y estimuló la concurrencia al Hospital Militar de los estudiantes de medicina de los últimos 4 años, y de odontología y farmacia del último año en las carreras respectivas. Los primeros eran rentados y alojados en el hospital.

Desde 1922, se instituyeron becas de estudio en la Facultad de Medicina (3 por año) para hijos de militares que cursaran el nivel preparatorio de medicina, pudiendo ingresar luego como Subayudante de Sanidad al llegar al 2º año de Facultad (Resolución ministerial del 22/3/1922).

En 1938 se reglamentó el ingreso de estudiantes como Practicantes de Regimiento mediante concurso de oposición con las siguientes pruebas: 1ª: anatomía topográfica; 2ª: patología; 3ª: sanidad militar[35].

En 1943 (Decreto 3/6/1943) se aprobó el temario para concurso de oposición, para ingreso como "Practicantes del Servicio de Sanidad Militar" (Ayudantes de Sanidad), siendo condición necesaria la edad entre 20 y 30 años; tener aprobado tercer año de Facultad de Medicina obtener el puesto por concurso; aprobar los cursos programados. Se egresaría con grado de teniente 1°. En 1944 se decretó el Reglamento para el curso especializado por los Ayudantes de Sanidad o Practicantes del Servicio de Sanidad Militar[46].

El cuerpo de enfermeros y camilleros. Antecedentes.

El personal enfermero y camillero tuvo una larga historia.

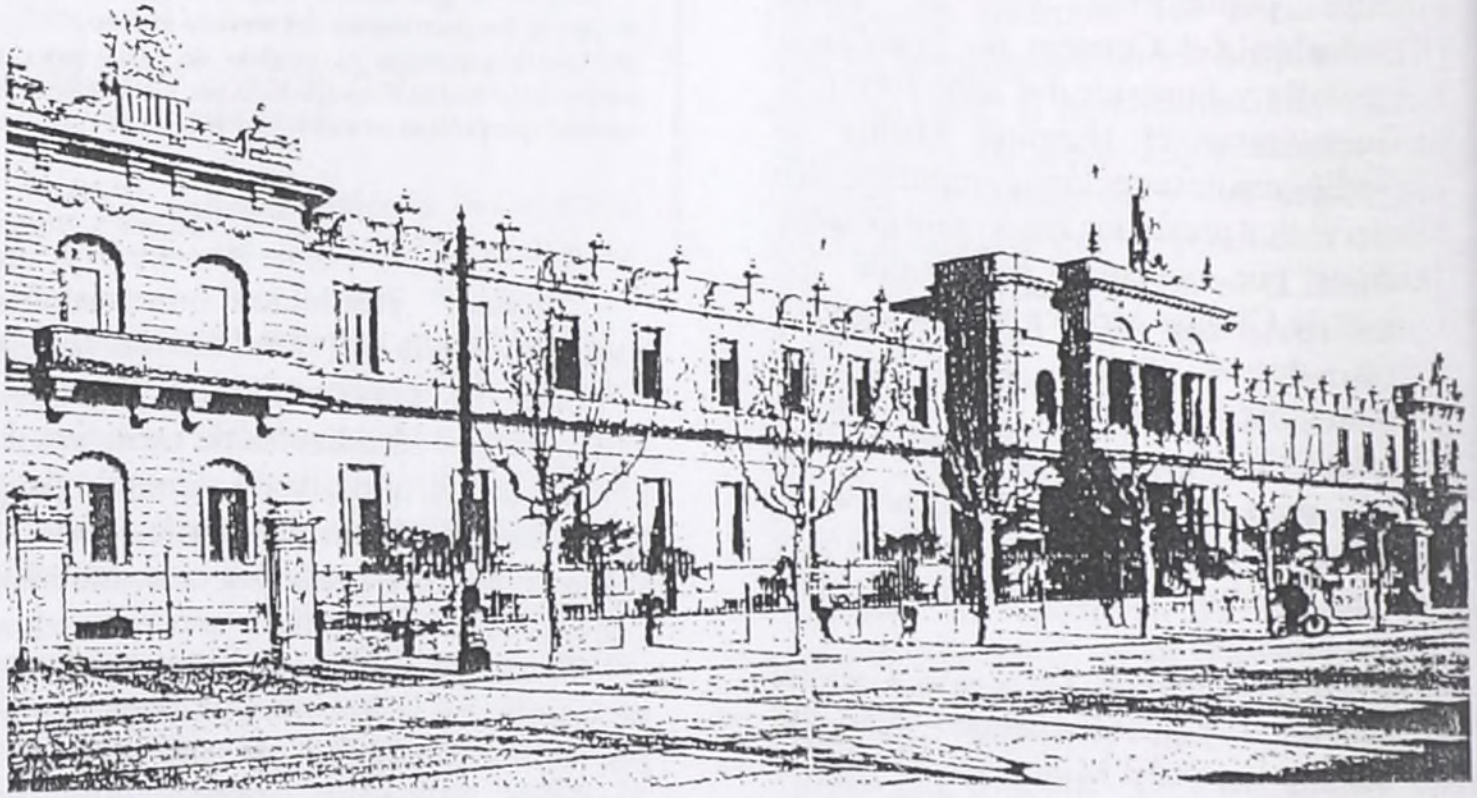


Figura 3
Hospital Militar

En 1881 el Cirujano Mayor del Ejército doctor Julio Rodríguez Berruezo, médico también del Hospital de Caridad, elevó al Gobierno un proyecto para organizar una "Escuela de Practicantes Militares" como se acostumbraba a llamar a los improvisados enfermeros. Se comprometía a dictar un curso de 3 meses al personal que fuera designado en su propia sala del hospital, y entregar un diploma luego de una prueba final de aptitud. Se les asimilaría al grado de subteniente y serían destinados a los cuerpos del ejército a razón de uno por compañía. El proyecto fue aprobado pero desconocemos las razones por las que no se concretó[39].

En 1899 en forma oficiosa el practicante del Batallón 1° de Cazadores, Antonio S. Viana inició un curso "Escuela de Camilleros" donde impartió una elemental instrucción sanitaria a grupos de soldados de cada cuerpo del ejército.

Los adiestró en armado de parihuelas con fusiles y capas, vendajes, torniquetes hemostáticos con el correaje y vaina de las bayonetas. Logró que al salir a campaña cada soldado llevara un par de vendas, gasas yodoformada y algún otro elemento para una cura primaria, lo que constituyó un sensible adelanto sanitario. El rudimentario botiquín personal era cosido al forro de la casaquilla. Para agilitar el transporte de heridos diseñó una parihuela plegable que pasó a llamarse "camilla Viana"[39]. El paquete de curación individual fue presentado al segundo Congreso Científico Latinoamericano, realizado en Montevideo en 1901[40].

Viana logró al siguiente año la aprobación del Gobierno para su curso (10/7/1900), oficializándose para los Batallones de Cazadores 1°, 2°, 3° y 4°; Regimiento de Artillería y Regimiento de Caballería 3°.

El antecedente más inmediato relativo a los enfermeros del Hospital Militar fue la Compañía de camilleros del Ejército (Decreto del 7/7/1900), natural derivación del curso de Viana. Esta compañía formó parte orgánicamente del ejército, con su propio jefe (Antonio S. Viana), oficiales de línea como ayudantes, y 80 plazas de camilleros con un pequeño parque sanitario en el Batallón 1° de Cazadores. Al comenzar a construirse el Hospital Militar, la compañía pasó a ocupar uno de sus pabellones. Finalmente fue disuelta ya que el Servicio de Sanidad organizó su Parque Sanitario Móvil[41].

Ya instalado el Hospital Militar hubo que esperar hasta 1921 para que una Resolución del Ministerio de Guerra y Marina (Decreto del 23/2/1921) aprobara la formación del "Cuerpo de Enfermeros de Sanidad Militar", según el texto que sigue (abreviado):

Enfermeros de Sanidad Militar
Resolución
Apruébase el proyecto de Enfermeros de Sanidad Militar
Ministerio de Guerra y Marina

Montevideo, febrero 23 de 1921
Visto el proyecto formulado por el Servicio de Sanidad Militar del Ejército y la Armada para dotar a la Sanidad Militar de un personal de enfermeros que a su preparación como tales reúnan igualmente conocimientos de algunas de las ramas auxiliares de la medicina y sean idóneos en farmacia.
El Presidente de la República,
Resuelve:
Aprobar el proyecto de Enfermeros de la Sanidad Militar que quedará redactado de la siguiente forma:

Proyecto de Enfermeros de la Sanidad Militar

1º. En cada Regimiento, Batallón, Escuadrón o Compañía que forme cuerpo, en los buques e institutos del Ejército y la Armada, habrá un enfermero. Este personal constituye el de enfermeros de los servicios sanitarios.

2º. Para ingreso al Cuerpo de Enfermeros se requiere: ser ciudadano, tener menos de 30 años, empeñarse a servir 4 años, aptitudes físicas necesarias e instrucción primaria y certificación de buena conducta. El reclutamiento estará a cargo del comando de la unidad y se hará entre ciudadanos voluntarios o soldados que tengan al menos 3 meses de servicio.

3º. Los admitidos como aspirantes serán sometidos a un curso práctico de instrucción militar antes de iniciar el de enfermero.

6º. Los aspirantes seguirán un curso de instrucción para enfermeros de acuerdo al reglamento y programa que establecerá la Dirección del Hospital Militar previa aprobación por la Dirección General del Servicio de Sanidad. El curso se realizará bajo dirección del Director del Hospital Militar quien podrá utilizar a ese fin el personal del establecimiento y el de las distinas secciones "Laboratorio Militar Central" y "Farmacia y Parque Sanitario".

7º. Los que resulten aprobados en el curso recibirán diploma y se les destinará al "Servicio Sanitario" del Cuerpo de procedencia.

8º. Los enfermeros diplomados perfeccionarán sus conocimientos bajo la dirección de los jefes de los "Servicios Sanitarios" quienes elevarán anualmente a la Dirección General del Servicio de Sanidad un informe relativo a los adelantos y aplicación al servicio de los enfermeros a sus órdenes.

9º. Los aspirantes a enfermeros revistarán como soldado o marinero en el cuerpo o buque respectivo, y desde que obtengan el título de enfermero percibirán una compensación que los equipare con la remuneración de los sargentos del ejército.

10º. Los enfermeros de Sanidad Militar con 6 años de antigüedad en el cargo podrán obtener el empleo de enfermeros de primera clase.

12º. Podrán ser destituidos por falta de espíritu militar, de acierto, de buena voluntad, o conducta inconveniente; serán entonces reintegrados al personal de tropa hasta que cumplan el período de servicio que corresponda según contrato, retirándose y anulándose el diploma.

13º. Tendrán a su cargo, bajo responsabilidad del médico o ayudante de sanidad, el detalle y contabilidad del Servicio Sanitario de la unidad.

15º. Los jefes de los Servicios Sanitarios de unidad tendrán sobre los enfermeros las facultades disciplinarias de un comandante de compañía.

BRUM
General S. Buquet

Esta Resolución sería el embrión de la actual Escuela de Sanidad de la Dirección Nacional de Sanidad de las FF.AA. La enseñanza teórico-práctica se desarrollaba en un período de 9 meses, con exámenes trimestrales y prueba final[43].

También en el año 1921 se instauró el Curso de Enfermeras (Nurses) Militares (Decreto del 6/7/1921), en régimen de internado por 2 años, en la Escuela de Enfermería de la Asistencia Pública Nacional[44].

En 1942 (Decreto del 7/5/1942) se reglamentó el funcionamiento del "Curso de Enfermeras Voluntarias de la Sanidad Militar", que venía funcionando en todo el país desde 1941 y como consecuencia de la guerra mundial. Tenía el fin de formar planteles de enfermeras que pudieran ser masivamente movilizadas por el Servicio de Sanidad y el Ministerio de Salud Pública. El curso se clausuró al finalizar la guerra.

En 1945 se confeccionó un completo programa para el "Curso de perfeccionamiento de las nurses y enfermeras del Servicio de Sanidad Militar", que venía funcionando en todo el país desde 1941 y como consecuencia de la guerra mundial. Tenía el fin de formar planteles de enfermeras que pudieran ser masivamente movilizadas por el Servicio de Sanidad y el Ministerio de Salud Pública. El curso se clausuró al finalizar la guerra.

En 1945 se confeccionó un completo programa para el "Curso de perfeccionamiento de las nurses y enfermeras del Servicio de Sanidad Militar" que incluía temas de fisiología,

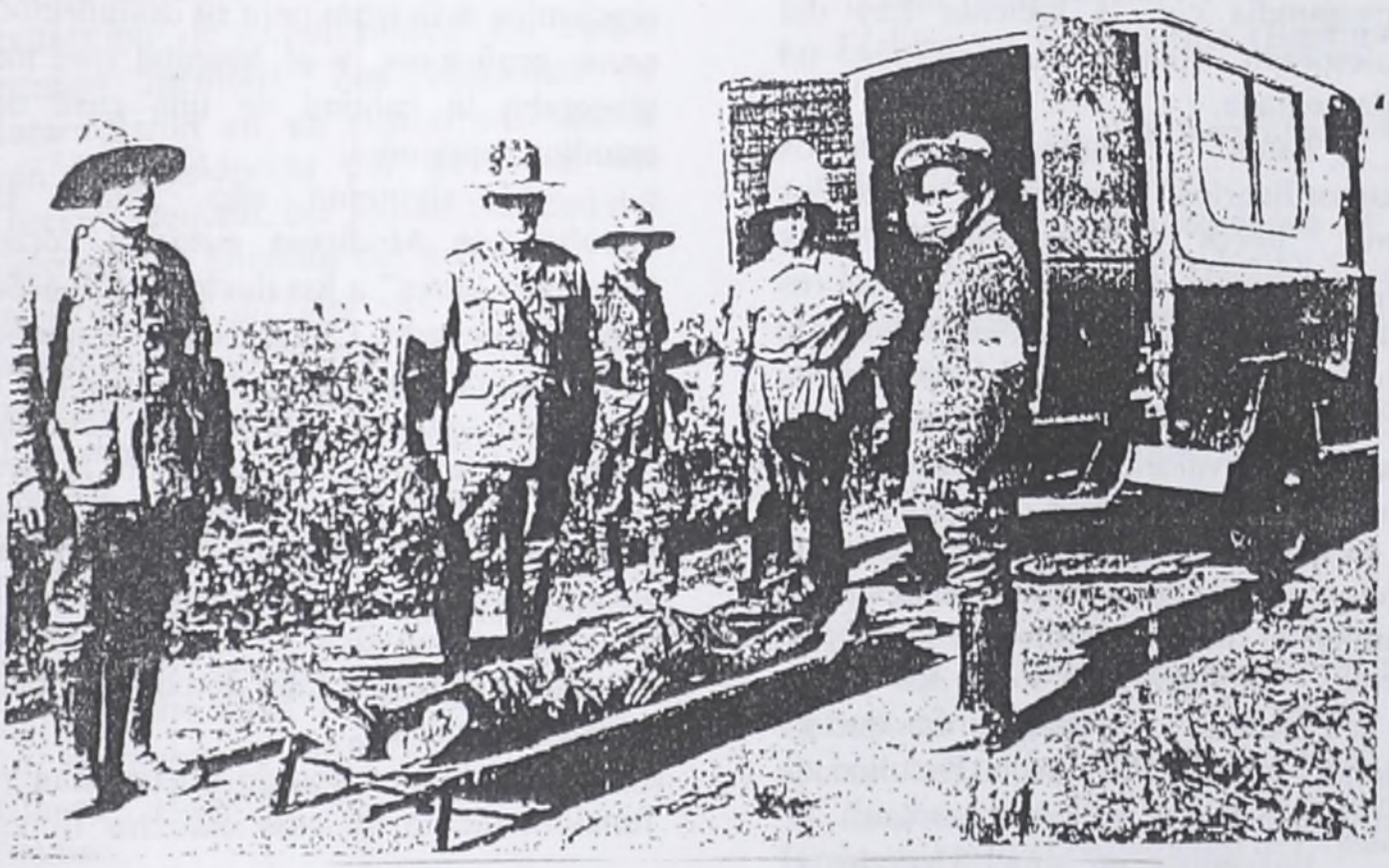


Figura 4
Efectivos del Servicio de Sanidad en Instrucción - 1925

higiene general, anatomía, odontología, clases prácticas y una serie de conocimientos sobre guerra química[45].

El escalafón de nurses (hoy licenciado en enfermería) se creó en 1964.

Docencia: las cátedras libres en el Hospital Militar.

Un Decreto del Poder Ejecutivo del 27/7/1920 firmado por el presidente Feliciano Viera y su ministro de Instrucción Pública Rodolfo Mezzera autorizó al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina a establecer "cursos libres completos" fuera de los cursos regulares. Esta autorización se correspondía con la reciente Ley del Profesorado votada, aunque aún no reglamentada.

Estos cursos llamados "extraordinarios" pero mejor conocidos como "libres" serían dictados por docentes ajenos al plantel de profesores estables de la Facultad, debidamente autorizados por el Consejo de aquella, incluso fuera del ámbito del local central. Equivaldrían en extensión a los programas de los cursos ordinarios, pues en esencia serían los mismos, y estarían sujetos en cuanto a la asistencia de los alumnos al mismo régimen de la "libreta escolar" adoptada para todos los cursos de la Facultad[47]. Es de recordar que ya entonces se advertía que la Facultad de Medicina era locativamente "escasa".

Basándose en aquel Decreto el Consejo de la Facultad autorizó el funcionamiento de las primeras 4 cátedras libres[48]:

- Clínica Quirúrgica: Prof. Dr. Eduardo Blanco Acevedo, en el Hospital Militar.
- Clínica Quirúrgica: Dr. Juan Francisco Canessa, en el Hospital Maciel.
- Patología Quirúrgica: (1er. curso) Prof. Dr. Manuel Albo, en la Facultad.
- Clínica Médica: Dr. Pedro Escuder Núñez, en el Hospital Militar.

El cuerpo técnico del Hospital Militar ingresaba así al plantel formador de los médicos nacionales reconociéndose en aquellos la jerarquía académica suficiente para su designación como profesores, y al hospital que los albergaba la calidad de una casa de estudios superiores.

Al siguiente año, 1921, la Facultad de Medicina autorizó como "docentes libres" a los doctores Eduardo Blanco Acevedo, Clivio Nario (cirujano de la Clínica Quirúrgica de la Facultad a cargo de Alfredo Navarro), Eduardo Vázquez Barriere, Pedro Escuder Núñez y Juan A. Rodríguez[49]. En esa nómina también figuraba nuestro gran patólogo José Verocay cuyo curso libre de anatomía patológica en el hospital no llegó a dictarse por falta de convocatoria a los estudiantes[50].

No hemos podido documentar el funcionamiento de esas cátedras libres;

es seguro que hubo informe al Consejo de la Facultad de Medicina.

Cursos y reuniones médico-militares.

El autor del proyecto de esas reuniones fue el doctor Augusto Turenne mientras desempeñaba la Dirección General del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada (1921-1924); el Poder Ejecutivo con la firma del presidente Baltasar Brum lo aprobó el 15/6/1921[51].

Se trataba de reuniones periódicas del cuerpo médico en el Hospital Militar para tratar asuntos científicos, informes emanados de la Dirección General y comunicaciones breves en un ambiente de discusión y extracción de conclusiones. En suma, ateneos médicos. Las reuniones se desarrollaron en un marco casi ritual, con la presidencia por su orden del Director General, del Jefe de Sanidad del Ejército, del Director del hospital, o del médico más antiguo en ausencia de aquellos. La asistencia era obligatoria para médicos y ayudantes residentes en la capital; voluntaria para los del Interior. Podían concurrir médicos ajenos al ámbito militar y estudiantes de medicina. Algunas comunicaciones fueron publicadas en la *Revista Militar y Naval*, en su sección "Hospital Militar".

Entre 1923 y 1924 se sucedieron 16 reuniones a impulso de Eduardo Blanco Acevedo; los temas tratados fueron:

- Método anatomo-clínico en neurología (José María Estapé).
- Las reacciones eléctricas de nervios y músculos (Pedro Hormaeche).
- Endocarditis infecciosa y prolongada (Hernán Artucio).
- Corazón de soldado (Justo Montes Pareja).
- Los problemas del tratamiento de la sífilis (Rafael Capurro).
- Tratamiento del carbunclo (Domingo Prat).
- Formas clínicas del cólico hepático (Pedro Escuder Núñez).
- El prostatismo en los prostáticos sin próstata (Buenaventura Delger).
- Radiumterapia y cirugía (Eduardo Blanco Acevedo).
- Tratamiento de la cirrosis ascítica (César Bordoni Posse).
- El bismuto en la sífilis (Bartolomé Vignale).
- Enfermedad de Von Recklinghausen (José Verocay).
- Importancia de los cuidados de la boca (Alberto Costa Podestá).
- Enfermedades venéreas (Rafael Capurro).
- Organización moderna del trabajo (Eduardo Blanco Acevedo).

El Curso de cirugía de guerra

En 1921 se aprobó por Decreto del Poder Ejecutivo el proyecto del Curso de cirugía de guerra elaborado por el doctor Eduardo Blanco Acevedo[52]. Transcribmos el reglamento del mismo:

Reglamento

1°. El curso de cirugía de guerra del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada tiene por objeto el perfeccionamiento técnico de su personal médico en lo que se refiere a la ciurgía de guerra y la traumatología.
2°. Para ser designado cirujano del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada será necesario poseer el dipoloma de cirujano militar que se expedirá.
3°. El diploma de cirujano militar se librará a los médicos que hayan cumplido con las exigencias del curso y presentado un trabajo no menor de 50 páginas, el cual será sometido a dictamen de una Comisión formada por el profesor y dos cirujanos.
4°. El curso funcionará en el Hospital Militar y será dirigido por un profesor de clínica quirúrgica y cirugía de guerra.
5°. El Director se designará dentro del personal del ejército y la armada, sea por competencia notoria, por concurso de méritos y títulos, o por oposición; durará en el cargo 3 años pudiendo ser reelecto por la Dirección General.
6°. Los cursos serán completos (2 semestres) comprendiendo el estudio teórico de la cirugía de guerra; diagnóstico y terapéutica clínica de los servicios hospitalarios; cirugía experimental; medicina operatoria en el cadáver y práctica de laboratorio. Los cursos de revisión durarán 12 días.
10°. El profesor de cirugía redactará un texto en la materia.
11°. Se creará un museo en el cual se reunirán los diferentes aparatos usados para la asistencia de los heridos.

El 30/11/1925 fue nombrado Eduardo Blanco Acevedo como profesor del curso.

A continuación se expone el "programa" del mismo, en el cual Blanco Acevedo volcó la enorme experiencia adquirida como cirujano en la "Gran Guerra" europea.

Programa

1. Generalidades sobre heridas de guerra. Los proyectiles, estudio especial de los proyectiles usados en Uruguay y países limítrofes.
2. Estudio biológico y clínico de heridas. Tratamiento. Método de Carrel. Método de Mecière. Método de Bouchon. Sutura primitiva y secundaria.
3. Las infecciones en cirugía de guerra. Linfangitis, erisipela, septicemia, infecciones purulentas, infecciones y gangrenas gaseosas.
4. Tétanos de guerra. Tétanos generalizado y parcial. Tétanos tardío. Operaciones secundarias y tétanos.
5. Localización y extracción de proyectiles. Métodos más usuales. Compás de Hirts. Compás de Narión Danión. Métodos radioscópicos. Control intermitente. Otros métodos menos usuales.
6. Heridas de los músculos, tendones, aponeurosis.

7. Lesiones vasculares. Síntomas clínicos. La "hemorragia de alarma" en los heridos. Aneurismas arteriales y arteriovenosos del cuello, de la mejilla, de los miembros.
Perturbaciones circulatorias consecutivas a las ligaduras de los grandes troncos arteriales. Estudio especial sobre la ligadura de la carótida primitiva.
Trazados esfigmográficos en los heridos.
La presión arterial en los heridos.
La contusión y el espasmo de los grandes vasos.
Estudio especial de la acción del simático sobre la circulación periferial. Fundamentos y resultados de la simpaticectomía periarterial.
La transfusión de sangre. Historia. Métodos actuales.
Métodos aplicables en Uruguay en caso de guerra.
Las suturas vasculares. Técnica general. La intubación arterial. Anastomosis vasculares.
8. Heridas de los nervios. Tratamiento. Los injertos de nervios muertos. Técnica. Resultados.
9. Las fracturas.
Fracturas por traumatismo de guerra.
Fracturas por proyectiles de guerra.
Tratamiento de las fracturas diafisarias del miembro superior.
Tratamiento de las fracturas diafisarias del miembro inferior.
Fracturas epifisarias y articulares. Su tratamiento. Aparatos para fracturas. Aparatos provisorios e improvisados. Aparatos de yeso con ansas. Aparatos de suspensión y tracción americanos. Métodos de Delbet. Osteosíntesis. Injertos.
10. Osteomielitis. Callos viciosos. Rigideces artromusculares. Anquilosis.
11. Articulaciones balantes.
12. Cicatrices viciosas. Quemaduras.
13. Seudoartrosis. Pérdida de sustancia ósea. Tratamiento.
14. Las amputaciones y las resecciones en cirugía de guerra.
15. Estudio especial de las lesiones por proyectiles de guerra de la mano y del pie.
16. Heridas del cráneo y del cerebro. Fracturas de la base del cráneo. Fracturas de la bóveda por armas de guerra. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento. Técnica operatoria.
17. Heridas de la cara y del cuello. Tratamiento.
18. Heridas del raquis y de la médula. Tratamiento.
19. Heridas del tórax. Heridas del pulmón y de la pleura. Estudio especial de las heridas del pulmón con proyectiles intrapulmonares. Tratamiento.
20. Pleuresías. Tratamiento. Estudio bacteriológico de las pleuresías.
21. Heridas del mediastino. Del pericardio. De los grandes vasos y del corazón.
22. Heridas del abdomen. Heridas del estómago y del intestino. Heridas del riñón, del hígado, del bazo, de los órganos genitourinarios y de los grandes vasos abdominales.
23. Heridas toraco-abdominales. Heridas del diafragma. Heridas del espacio de Traube.
24. Arrancamiento de miembros. Pies helados. Amputaciones. Muñones.
25. Cineplastias. Prótesis.

La parte clínica comprenderá el estudio del diagnóstico de la terapéutica quirúrgica de los enfermos que se asisten en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central, especialmente de los heridos y traumatizados.

Curso de cirugía experimental

Se repetirá en animales la técnica quirúrgica correspondiente insistiéndose en las suturas vasculares y nerviosas, en la osteosíntesis, en los injertos, en las suturas intestinales. Trepanación craneana.
Estudio del shock experimental.

Curso de medicina operatoria en el cadáver

Estos cursos se realizarán en la Facultad de Medicina, previa autorización de sus autoridades, y comprenderá:

1. Descubiertas quirúrgicas de los vasos principales (hemostasis de heridas).
2. Resecciones de drenaje y ortopédicas.
3. Amputaciones yuxta-articulares.
4. Estudio anatómico y quirúrgico del pie y la mano.

La práctica de laboratorio comprenderá:
1. El estudio bacteriológico de las heridas.
2. El estudio de la acidosis.
3. El estudio de los sueros y vacunas aplicadas en la práctica corriente.

Ampliación del hospital

Hasta 1918 la Comisión Administradora del Hospital Militar, farmacia, laboratorio clínico y policlínicas no disponían de locales propios y el edificio inaugurado en 1908 no satisfacía ya las necesidades asistenciales ni administrativas. No se correspondía con el desarrollo y la multiplicación de la labor médica.

En ese año se proyectaron las dependencias para la Dirección General del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada (hoy Dirección Nacional de Sanidad), farmacia, droguería y policlínicas centralizadas. También un local propio para instalar el laboratorio clínico.

En 1921, habiendo prosperado la iniciativa de extender la asistencia hospitalaria a mujeres e hijos del personal combatiente, surgió una nueva complicación locativa. En 1922 los arquitectos coronel Alfredo Baldomir y capitán Alfredo Campos elaboraron un "Anteproyecto de ampliación y sistematización del Hospital Militar, verdadero plan regulador pionero en nuestro medio como proyecto de arquitectura[53].

El 28/2/1923 y en acta firmada por el presidente de la República Baltasar Brum y el presidente electo José Serrato, por el ministro de Guerra y Marina general Sebastián Buquet, del interior Pablo Varzi y de RR.EE. Juan Antonio Buero, el Director General del Servicio de Sanidad doctor Augusto Turenne procedió a inaugurar los

edificios que pasarían a ocupar la Dirección General, la Sección Servicio de Sanidad del Ejército, Farmacia y Parque Sanitario, Laboratorio Central, y Policlínicas hospitalarias. El traslado hacia las nuevas dependencias permitió cierto alivio del hospital.

En 1929 la viuda e hijas del expresidente de la República Feliciano Viera (1872-1927) vendieron al Estado la fracción de terreno con frente a la calle 8 de Octubre, edificio vivienda y mejoras (proyecto del arquitecto francés Juan M. Aubriot), en total 5575 m^2, a un costo de 90.000 pesos.

Allí de instalarían policlínicas de mujeres y niños, pero ese proyecto no se concretó destinándose en cambio para Escuela de Enfermería de la Sanidad Militar, local en que funcionó hasta 1934. El destino desde entonces, hasta 1971, fue como "Escuela Superior de Guerra"[54].

En 1975 (21/8) la Resolución N° 1397/975 declaró monumento histórico al edificio sobre la calle 8 de Octubre N° 3050, Padrón N° 31.657, Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Extensión de asistencia, convenios.

1919 – Extensión de Servicios. Se extienden los servicios hospitalarios a las esposas, viudas e hijos de militares y cuerpo técnico excepto mayores de edad (Resoluciones del 15/10/1919; 12/12/1921; 8/8/1928 y 11/9/1928). Nuevas Resoluciones ampararon posteriormente a las madres viudas (27/6/1928); concubinas del personal de tropa y sus hijos (5/4/1933); y a la familia de los Maestros de gimnasia y esgrima (25/5/1937).

1920 – *Revista Militar y Naval.* Esta revista, órgano del Ministerio de Guerra y Marina comenzó su aparición en 1920 con 3 secciones (militar, naval y sanidad). La "sección sanidad" a su vez comprendía subsecciones (ejército, marina, hospitales, estadística, higiene militar). Estuvo a cargo de los Directores Generales del Servicio de Sanidad, siendo el primero el doctor Alberto Anselmi. Le continuaron Eduardo Biraben, Andrés J. Chiozza y Angel Colombo[54a].

1921 – Primer concurso para médicos. El concurso, cuya reglamentación se estableció por Resolución del 25/9/1921 comprendía: méritos, prueba escrita de higiene militar, prueba oral de medicina o cirugía de guerra, y prueba práctica (simulacro de guerra).

1921 – Bloc quirúrgico. Bajo la dirección técnica del doctor Eduardo Blanco Acevedo y del arquitecto capitán Alfredo R. Campos, se construyó un nuevo bloc quirúrgico que incluyó comunicación directa del centro de materiales con sala de operaciones, lo que se consideró como un notable adelanto técnico[55].

1922 – Libreta individual de salud. Se instauró esta libreta individual para el personal militar, proyectada por el doctor Alberto Anselmi (Resolución del 22/3/1922). A cada consulta correspondía una anotación hecha por el médico o el ayudante de sanidad del

Servicio sanitario correspondiente. En esa época no se disponía de la historia clínica tal como hoy la concebimos.

1925 – Congreso Médico-farmacéutico. En abril de 1925 viajaron a París como delegados oficiales los doctores Eduardo Blanco Acevedo y Alberto Anselmi al III Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares.

1927 – Asimilaciones. Se asimiló a empleo militar a los siguientes cargos técnicos:

- jefe de laboratorio, a mayor
- subjefe de laboratorio, a capitán
- ayudante de laboratorio, médico pediatra, médico ayudante del servicio interno, médico encargado de radiología, a teniente 1°
- ayudante odontólogo, preparador de laboratorio, a teniente 2°
- auxiliar de laboratorio, a alférez[56].

1932 – Visitadoras sociales. Así llamadas entonces (hoy asistentes sociales) iniciaron su actividad en el hospital. Las primeras visitadoras fueron Herminia Legarreta, Josefina Latrónica e Indalecia Pintos. En 1933 se agregó Violeta Ramírez, la primera diplomada en la Universidad.

1933 – Asistencia al funcionario policial. Se reglamentó por Resolución del Servicio de Sanidad del 10/8/1933 y se aprobó por el Poder Ejecutivo el 29/8/1933.

1933 – Consentimiento para actos médicos. Un singular antecedente del hoy conocido como "consentimiento previo del paciente" fue la reforma que a instancias del Poder Ejecutivo sufrió el texto del contrato que se hacía firmar al personal a su ingreso. Se leía que "las operaciones quirúrgicas necesarias para los soldados contratados se podrán practicar aún cuando el soldado se oponga siempre que no exista anestesia general u otras causas de riesgo de vida"." "A"todo el personal de tropa del Ejército y la Armada se le someterá a la punción lumbar (para diagnóstico de la neurosífilis) siempre que el paciente se someta a ella"."La Dirección General del Servicio de Sanidad discrepó con esta Resolución ya que sostenía que el texto debía decir "está obligado cuando el médico lo considere necesario" [57].

1935 – Hermanas de Caridad. Las Hermanas de la Congregación Terciaria (Capuchinas) habían colaborado en el primitivo hospital pero se habían retirado en 1919. Retornaron en 1935, siendo ellas:

- Sor María Adolfina de San Luis Capurro
- María Alfonza del Santísimo Rosario Cullasso
- María Nazarena de Cristo Rey Bruzzone
- María Benigna del Sagrado Corazón Gil

En 1936 fue nombrada Superiora Sor María Adolfina de San Pedro Lasala.

1936 – "Reglamento de asistencia de enfermos ingresados en el Hospital Militar Central"[58].

1937 – Convenio con el M.S.P. el Ministerio atenderá gratuitamente el personal de tropa del ejército y funcionarios policiales radicados fuera

de la capital del país; el Hospital Militar hará lo propio con el funcionario policial en Montevideo[59].

1938 – Servicios sanitarios en las Regiones Militares. Al dividirse el territorio nacional en 4 Regiones Militares, se designaron jefes sanitarios para cada una de ellas. Los dos primeros fueron los doctores Alfredo Tedesco y Alberto M. Penco, como Jefes de 2ª. para la 4ª. y 1ª. Región respectivamente[60].

1939 – Historia clínica. Se aprobó la llamada "ficha sanitaria" proyectada para oficiales del ejército, reglamentándose su uso. La ficha comenzó a ser usada desde 1940[61].

Por supuesto que el avance de las técnicas no fueron ajenas al Hospital Militar en los años siguientes, lo que escapa a los límites de esta historia. Hubieron altibajos según las épocas y las disponibilidades presupuestales, pero siempre se continuó en dirección ascendente. En el "anexo" damos algunas noticias sobre incorporaciones hasta fines de la década de 1980.

Los uniformes

Los uniformes y emblemas reglamentarios del cuerpo médico militar tiene una antigua tradición; la jerarquía castrense y la especialidad del servicio de auxilio médico imponían un rápido reconocimiento por los combatientes.

En 1881 se creó el "Cuerpo Médico Militar" y de esta época, bajo el ministerio del general Máximo Santos data el uniforme del Cirujano Mayor asimilado a coronel (Decreto del 27/9/1881). El uniforme de gala consistía en: frac cerrado de paño azul; bocamangas, collarín y solapas de terciopelo carmesí; pantalón blanco con franjas carmesí; sombrero bicornio; guantes de gamuza blancos; espadín[62].

De 1888 es el *Reglamento de uniformes, divisas e insignias de la Marina de Guerra, reparticiones y dependencias marítimas de la República Oriental del Uruguay*[63]. El capítulo VI se refiere a los "oficiales auxiliares", esto es los que estaban al servicio de la marina de guerra en el ejercicio de sus respectivas profesiones (médicos, farmacéuticos, practicantes). Los uniformes se clasificaron como "gala militar" (frac cerrado con sombrero bicornio); "gala social" (frac abierto); "media gala y comisión" (levita); y "diario" (blusa). Los galones correspondientes a la jerarquía serían circulares y sin martillo en las bocamangas; la divisa tendría el color identificatorio de la profesión; y distintivos apropiados a la misma se llevarían en el cuello de la chaqueta de diario, del frac o de la levita. Por el artículo 7° se determinó que los médicos tendrían uniforme similar al del Cuerpo General. Su emblema (distintivo) sería: "una cruz roja encerrada en un círculo bordado con hilo de oro en las solapas de la levita, en el cuello recto del frac de gala, y en la blusa (chaqueta) de diario, de 24 mm de diámetro, con cruz de igual medida y ancho de 7 mm".

Los médicos de 1ª. Clase llevarían "dos barras verticales bordadas

en oro a cada lado del distintivo", una sola barra para los de 2ª. Clase, y ninguna para los de 3ª. Clase. En las bocamangas las insignias (grados) serían "tres galones de alambrillo de oro de 6mm, circulares y sin martillo, sobre fondo rojo; dos galones y un galón" para las clases respectivas. Por el articulo 10°, los practicantes-cirujanos (sic) tendrían uniforme diario y de comisión. Los de 1ª. Clase llevarían la misma divisa que los médicos en las solapas de la levita y en la blusa de diario, con una barra. No llevarían en cambio insignia en las bocamangas de la levita.

Los farmacéuticos llevaban como emblema "una copa achatada con una culebra enroscada en actitud de beber en su interior.

Del mismo año es el *Reglamento para el uniforme, divisas e insignias del Ejército de la República Oriental del Uruguay*[64]. El capítulo XXXVIII y siguientes se refiere al "Cuerpo Médico Militar", tanto efectivos como asimilados (graduados). El Cirujano Mayor (asimilado a coronel) llevaba uniforme de gala o de diario. Este último consistía en levita con vivos de color carmesí; collarín y botonadura con el emblema de su institución (cruz roja esmaltada); hombreras; cinturón para espadín de dragona de cordón de seda negra y oro, bellota dorada y borla de canelones de oro; gorra de paño negro con emblema y Escarapela Nacional; pantalón negro con franjas de oro; capote común y de lluvia; botas; guantes de gamuza blanca. Aquellos con estado militar se diferenciarían de los asimilados en cuanto a las estrellas de oro en las hombreras, que no llevarían los segundos. También se reglamentó el uniforme de los "cirujanos primeros" (asimilados a teniente coronel); "cirujanos segundos" (sargento mayor); "practicantes y farmacéuticos" (capitán y teniente 1°); "encargados de equipaje de ambulancias" (teniente 2°); "veterinarios" (subteniente, alférez); y "conductores de ambulancias" (tropa). Estos últimos se elegirían "entre los clases de la tropa y los soldados de mejor conducta en razón de los sagrados intereses que se les tiene que confiar".

En 1904 hubo un nuevo *Reglamento de uniformes, divisas e insignias para el Ejército de la República Oriental del Uruguay*[67] que rigió desde junio de 1905. El uniforme de la Sanidad Militar llevó botonadura, galones y emblemas dorados; y penacho de gorra blanco.

La ley del 23/12/1918 que creó el Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada dispuso el uso de uniforme para los integrantes del mismo. El uniforme obligatorio fue reglamentado a su vez en 1921 por decreto, debiéndolo llevar el cuerpo técnico en los actos oficiales. Para el servicio ordinario, el traje civil o el sobretodo luciría el distintivo ya adoptado desde 1916 en la solapa izquierda (estrella de 6 picos de metal blanco, 15 mm de diámetro con disco central de 10 mm y cruz roja esmaltada para los médicos y azul para veterinarios).

El uso de espada, bastón y fusta para los técnicos efectivos (no para los asimilados) fue reglamentado en 1923[68].

Efemérides

Primer Cirujano Mayor del Ejército Artiguista. El 30 de abril de 1811 de nombró al doctor Cornelio Spielman, médico de origen alemán para servir en las tropas del general José Artigas. Decreto del general Manuel Belgrano, Jefe del Ejército Expedicionario en la Banda Oriental[69].

Primer Curjano Mayor oriental. El 14 de diciembre de 1829 fue nombrado el doctor Fermín Ferreira para desempeñarse en el ejército nacional recientemente organizado. Despacho del Gobierno Provisorio del Estado Oriental[70].

Primer Cirujano Mayor del Ejército muerto en acción de armas. Lo fue el doctor Juan Gualberto Tigrimbú durante el combate de las costas del arroyo Yí, actual departamento de Durazno el 30 de diciembre de 1843, en plena Guerra Grande (1843-1851). En la ocasión defendía un precario hospital de campaña[71].

Creación oficial del cargo de Cirujano Mayor del Ejército asimilado a coronel. El 22 de noviembre de 1881 se dictó el Decreto firmado por Lorenzo Latorre y su ministro de Guerra y Marina Máximo Santos, otorgándole la jefatura del recién organizado Cuerpo Médico Militar[72].

Creación oficial del cargo de Jefe de la Sanidad Militar asimilado a coronel. Por Decreto del 7 de julio de 1904 se sustituyó el cargo de Cirujano Mayor por el de Jefe de la Sanidad Militar. El primer Jefe lo fue el doctor Eduardo Emilio Martínez[73].

Día de conmemoración del Servicio de Sanidad de las FF.AA. Fue estipulado el 23 de diciembre luego del informe de una Comisión ad-hoc. En esa fecha del año 1918 se puso el cúmplase a la Ley N° 6842 por la cual se creó el Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada. Este servicio tuvo su propio boletín de Órdenes cuyo N° 1 lleva fecha del 15/1/1919. El Reglamento provisorio del Servicio fue aprobado el 15/10/1919. El Reglamento provisorio del Servicio fue aprobado el 15/10/1919.

El Hospital Militar es declarado monumento histórico. Resolución del Poder Ejecutivo N° 1397/1975.

Creación de la *Revista del Servicio de Sanidad de las FF.AA.* Iniciativa del coronel Enrique Blas dos Santos, el N° 1 apareció en 1973.

Creación de la Biblioteca Biomédica. Con la donación de los gabinetes y libros de la biblioteca del extinto médico Héctor H. Muiños se instaló precariamente el 24 de agosto de 1977 en el subsuelo del pabellón N° 3 hasta su traslado al actual local en la Dirección Nacional de Sanidad. Sería de estricta justicia que esta biblioteca llevara el nombre del distinguido profesional.

Anexo

1972.- Servicio de medicina física y rehabilitación. Inauguración 1/2/1972. Jefe: Alférez (SM-Médico) Lilián Remerciari.

1973.- Centro de Cuidados Intensivos. Inauguración: 23/10/1973 (4 camas). Orden de Servicios N° 2583.

1974.- Fábrica de medicamentos. Inauguración: 18/10/1974. Jefe: Eq. May. (Q.F.) Luis Easton.
Servicio de Neonatología. Inauguración: 18/10/1974. Jefe: Mayor (SM-Médico) José Grumber.
Marcapasos cardíacos. Comienza su instalanción en el hospital.

1975.- Lactario. Centralización de preparación de biberones y fórmulas lácteas en forma estéril y automatizada (48 por vez).
Ergometría. Instalación: 9//1975.
Residencias médicas por concurso de oposición y méritos. En 1990 (27/12) por Ley de Presupuesto se creó la Comisión Técnica de Residencias Médicas Hospitalarias en el Ministerio de Salud Pública para entender en todo lo atinente al sistema de capacitación del egresado médico en un centro asistencial o docente de carácter público, debidamente acreditado, en el que actuará en forma intensiva bajo supervisión del personal superior. Desde ese momento dejó de existir el régimen propio de residencias creado por el Hospital Militar en 1975.
Sección endoscopías digestivas. Inauguración:20/5/1975. Jefe: Eq. Mayor José Pedro Urioste.

1976.- Servicio de alto riesgo pediátrico (S.A.R.P.) Inauguración:5/1976.
Servicio de Hemoterapia.
Comienzo de adecuación de las instalaciones para poner en funciones un equipo de liofilización "VIRTIS", de procedencia norteamericana. Fue el primer servicio de hemoterapia en Uruguay en disponer de ese equipo, lo que permitió la deshidratación de toda solución biológica o química llevándola al estado seco y permitiendo una mejor y más duradera conservación.
Se comenzó la producción de plasma liofilizado, crioprecipitado (concentrado de Factor VIII antihemofílico).
Además, con la instalación de una centrífuga refrigerada se logró separar fracciones de la sangre y aprovechar totalmente las donaciones.

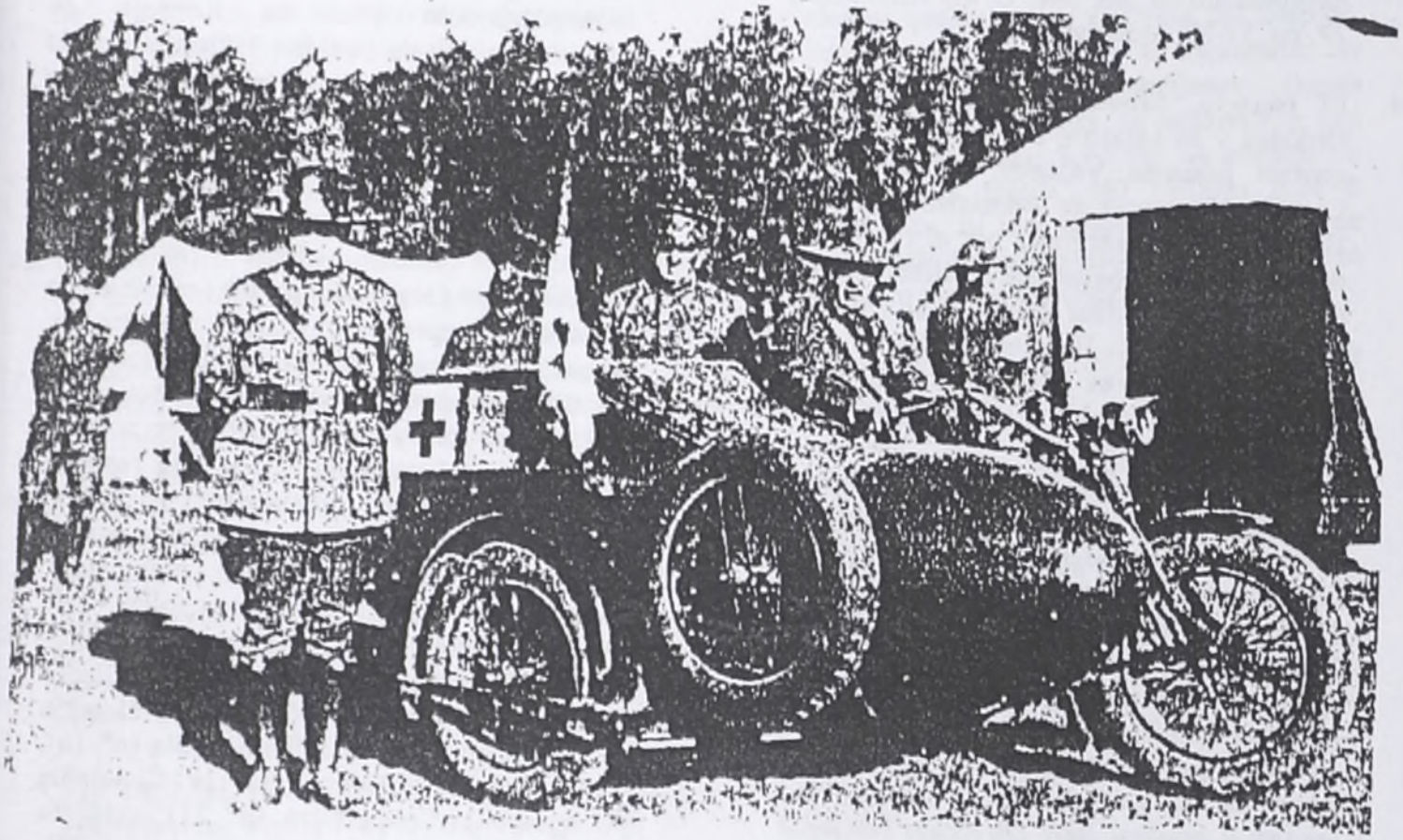


Figura 5
Efectivos del Servicio de Sanidad en Instrucción - 1925

Notas y referencias bibliográficas

1. SOIZA LARROSA, Augusto (1991) "Eduardo Emilio Martínez", *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 14* (2): 31-32. Montevideo. *Cf.* del mismo autor, "Eduardo Emilio Martínez, médico uruguayo graduado en París, y su tesis sobre apendicitis de 1891", *Ses. Soc. Urug. Hist. Med., 9-10*, pp. 205-221. Montevideo, 1992.

2. El 23 de diciembre de 1918 se creó por ley el Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada para "aplicar los principios de higiene a la salud de las tropas y prestar asistencia médicoquirúrgica a los militares enfermos o heridos ... dependerá del Ministerio de Guerra y Marina".

3. SOIZA LARROSA, Augusto *(1908)* (1995) *Reseña Histórica del Hospital Militar,*

Montevideo, Imprenta Militar, 11 pp. Reproducido en *Ses. Soc. Urug. Hist. Med., 17*, pp. 52-59, Montevideo, 1998.

4. El Decreto, firmado por José Batlle y Ordóñez y su Ministro de Guerra y Marina general Eduardo Vázquez, estableció un Consejo Honorario de Administración del Hospital Militar integrado por el presidente de la Junta de Administración Militar, el Jefe de la Sanidad Militar (que era el Director Científico del Hospital Militar en construcción) y tres jefes de cuerpo de la guarnición de la capital. El hospital en tanto quedaría a cargo de una Dirección Científica. El traspaso efectivo de una a otra comisión se hizo el 2 de octubre. Ejercieron la Dirección General del Servicio de Sanidad Militar sucesivamente:
1918 - 1920: Coronel asimilado doctor Francisco Fernández Enciso.
1920 - 1921: Médico Principal de 1ra. Clase (Coronel asimilado) Alberto Anselmi; quien en diciembre de 1920 ocupó las nuevas dependencias del Servicio de Sanidad anexas al hospital (hoy Dirección Nacional de Sanidad).
1921 - 1924: Médico Superior (asimilado a general de brigada) Augusto Turenne, Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina.
1924 - 1931: Médico Superior Alberto Anselmi (1925 interino Médico Principal de 1ra. Clase Eduardo Birabén).
1931 - 1934: Médico Superior César Bordoni Posse.
1934 - 1936: General de División (R) José María López Vidaur (interventor), asistido por un Consejo Técnico Consultivo (doctores Eduardo Birabén, Héctor H. Muiños y Juan A. Romeu).
1936 - ?: General de División (R) José María López Vidaur (efectivo) asistido por el Jefe Principal Asesor Técnico doctor Eduardo Biraben.

4.a *Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada. Ley del 23 de diciembre de 1918.* Montevideo, Imprenta Militar, 1929. 14 pp. Esta Ley suprimió el Consejo Honorario reemplazándolo por un Consejo de Administración de Sanidad Militar integrado por el Director General (científico) como presidente; los Médicos Principales de 1ª Clase del Servicio de Sanidad; el Director del Hospital Militar, y dos jefes de unidades militares designados por el gobierno. El Director General tenía amplísimas atribuciones: reglamentar los servicios a crearse; representar la institución; superintendencia técnica de todos los establecimientos; proponer nombramientos; asesorar al ministerio respectivo; remover y proponer destituciones. El Consejo resolvía sobre los aspectos administrativos. Véase algunas de las resoluciones: vino tinto para el hospital (actas nº 12 y siguientes); adquisición de 4.350 ampollas de novarsenobenzol Poulenc-Fréres, antisifilítico (nº 17); compra de leche a tamberos Pedro Belloso y Oscar Costa (nº 1); gasa y algodón a L'Antisepsi di Comigliano, Italia (nº 15), contrato por teléfonos con la Compañía Uruguaya y Cooperativa (nº 21); contrato con carnicero Domingo Bentancor (nº 24); teléfonos para los domicilios de directores y Jefes de Farmacia y Parque Sanitario (nº 6); compra de keroseno a West India Oil Co. (Nº 16). *Cf. Índice de actas del Consejo,* Nº 1 a 24, enero-diciembre de 1919, Archivo de la Dirección Nacional de Sanidad. La ley fue reglamentada por Decreto del gobierno del 15 de octubre de 1919.

4b. *Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada. Reglamento de uniformes para maestranza, personal inferior y de servicio. Aprobado por el Poder Ejecutivo con fecha 24 de enero de 1929.* Montevideo, s/f, s/e, 12 pp.

4c. La Ley Orgánica Militar de 1942 determinó que todos los "servicios auxiliares" que habían surgido por años quedaran legal y jurídicamente incorporados como órganos integrantes de las FF.AA. independientemente de la fecha de creación. Estableció la

dependencia del Servicio de Sanidad, organización, misión, competencia y modos de empleo. Reguló también el reclutamiento del personal técnico y auxiliar; determinó especializaciones y normatizó la instrucción y entrenamiento. En 1946, último año del gobierno de Juan José de Amézaga se creó el escalafón médico militar.

4d. La iniciativa de ampliar la asistencia a oficiales y tropa de los servicios auxiliares y empleados asimilados y sus familiares directos; viudas y pensionistas militares; jubilados con asimilación militar y sus familiares directos, corre en la publicación: MAY, Humberto (1927) *Proyecto sobre creación de un Sanatorio de la Familia Militar y Servicios de Urgencia*, Montevideo, Imprenta Militar. 10 pp.. El proyecto de ley del "Servicio General de Sanidad de las FF.AA., en *Ampliación de Servicios. Mensaje y Proyecto de Ley.* Montevideo, Imprenta Militar, 1956. 230 pp. + historial gráfico.

5. En 1922 el Poder Ejecutivo autorizó la emisión con destino a la ampliación del hospital de 400.000 pesos en bonos a la par con interés anual de 6% amortizables como máximo en 8 años pero prohibió la "compra directa", y estableció una "Comisión de adquisiciones" del Servicio de Sanidad para los rubros farmacia, droguería, instrumentos médicos y muebles, aparatos, alimentación, higiene, combustibles y anexos, escritorio, y no especificados (Resolución 31.5.22). Desde 1953 los recursos extrapresupuestales ("recursos especiales") no pudieron ser percibidos directamente por el Consejo de Administración (leyes N° 11923 del 27 de marzo de 1953 artículo 3° y 12079 del 2 de diciembre del mismo año) y tuvieron que ser vertidos a Rentas Generales. En el Presupuesto General de Gastos se le destinó un fondo específico.

6. *Ampliación de servicios"* (ref. n° 4 d; p. 36). Desde comienzos del año 1907 el Consejo Honorario de Administración se abocó a completar la obra edilicia: instalación de motores, caldera, 300 focos luminosos, desagües y conexión sanitaria a la red cloacal que corre por el frente del hospital. Se colocaron pararrayos, se habilitaron los sótanos bajo los pabellones (luego habilitados como salas de internación con altura inapropiada: 1,90 m). Se encargaron portones de hierro, 167 celosías para 8 pabellones. El revestimiento de mármol de la fachada fue proyectado por el ingeniero Federico García Martínez.

7. Diario *La Razón*, n° *8777*, Montevideo, 18 de julio de 1908.

8. Cirujano Mayor de la Legión Francesa durante la Guerra Grande 1843-1851. *Cf.* SOIZA LARROSA, A. (1992) "Evolución de la sanidad militar en el Uruguay. La Guerra Grande (1843-1851) [primera parte]", *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 15* (2): 87-95; del mismo autor, "Los hospitales de Montevideo durante la Guerra Grande, 1843-1851", *Ses. Soc. Uru. Hist. Med., 17,* pp. 89-120. Véase también MAÑÉ GARZÓN, F. (1989) *Primer curso de fisiología experimental dictado por Claude Bernard; apuntes tomados por Teodoro M. Vilardebó 1803-1857, primer médico uruguayo.* Montevideo, Fundación Beisso-Fleurquin, p. 318,357, 363 y ss.; y MAÑÉ GARZÓN, F.; AYESTARÁN, A. (1995) *¡No es para tanto, mi tío! El doctor Henrique Muñoz (1820-1860) y su época.* Montevideo, edición particular, pp. 85,89, 184, 224, 256 y ss, 385-387.

9. Estas personalidades médicas han sido tratadas en su mayoría en mis artículos de la *Revista de Sanidad de las FF.AA.*, "Cirujanos Mayores del Ejército Uruguayo 1811 – 1904" *13* (2). 65-74; "Eduardo Emilio Martínez" *Op. cit.* Nota 1; "Evolución de la Sanidad Militar en el Uruguay. La Guerra Grande 1843-1851" *15* (2): 87-95 y (3): 133-141, 1992; y "Medicina y cirugía en las guerras civiles uruguayas de 1897 y 1904", en *Ses. Soc. Urug. Hist. Med,*

1, pp. 40-159; 1986. El decreto citado se encuentra en la *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina,* Montevideo, 1923.
En el nomenclator de las salas Blanco Acevedo homenajeó a los cirujanos del ejército en diferentes etapas de la historia militar oriental. Bartolomé Odicini, italiano, cirujano mayor de la Legión italiana cuyo nombre ya lucía en la sala de cirugía de mujeres y niños desde 1921; Adolfo Brunel, francés, cirujano ayudante de la Legión Francesa; Fermín Ferreira, oriental por adopción, cirujano mayor del ejército nacional; todos en la Guerra Grande de 1843-1851. Henrique Muñoz (1820-1860), oriental graduado en Edimburgo, cirujano mayor del ejército oriental al mando del general Eugenio Garzón, en la campaña contra el brigadier general Manuel Oribe que terminó la Guerra Grande. *Cf.* MAÑÉ GARZÓN, F.; AYESTARÁN, A. (1995) *¡No es para tanto mi tío! El doctor Henrique Muñoz y su época,* p. 147. Pedro Olazábal (1835-1865), de Buenos Aires, apenas cirujano de 2ª. clase en la División Oriental destacada en la Guerra del Paraguay, sin diploma, aprobado por examen ante la Junta de Higiene de Montevideo en marzo de 1865 a la edad de 30 años. [*Cf.* VISCA, P.; BRAZEIRO, H. (1991) "Registro de títulos cronológico abreviado. Presentados al Consejo de Higiene Pública de Montevideo, 16 enero 1839 – 6 noviembre 1895", *Ses. Soc. Uru. Hist. Med., 8,* pp. 128 (5) y 128 (14)], muerto en la batalla del arroyo Yatay contra el ejército paraguayo el 17 de agosto de 1865 (según el *"Diario"* del coronel León de Palleja "*hacía de cirujano en jefe y pereció en la batalla").*
Para la farmacia del hospital, los homenajeados fueron los farmacéuticos que en plena Guerra Grande prepararon en sus boticas las sustancias anestésicas que permitieron mitigar el dolor de las operaciones. Francois Constantin Thiballier, francés, obtuvo en Montevideo el "cloroforme" por destilado de partes iguales de alcohol etílico y cloruro de calcio en febrero de 1848, el que fuera utilizado por Fermín Ferreira en el Hospital Militar (de Caridad) el día 17 de ese mes. Julio Antonio Lenoble, francés, con los genoveses Domingo Parodi y Mario Isola, prepararon el "éter sulfúrico", utilizado a su vez por Adolfo Brunel y Bartolomé Odicini en la primera operación con ese producto el 2 de mayo de 1847.
Finalmente para el "cuadro de honor" recordó a varios médicos militares con actuación en campañas del ejército o en la vida hospitalaria. Juan Alberto Eirale, recibido en Turín en 1898, con actuación en la guerra civil de 1904 en el Ejército del Sur y en el alzamiento de 1910, autor de *Memorias de un médico* (varias ediciones posteriores), Montevideo, 1957, 304 pp. Manuel Tiburcio Ferraz, natural de Salto diplomado en la Facultad de Porto (?), que fue cirujano jefe del Ejército del Sur en aquella guerra. *Cf.* SOIZA LARROSA, A., *Medicina y cirugía en las guerras civiles de 1897 y 1904,* Op. cit. Juan Antonio Rodríguez, director del Instituto Nacional Profiláctico de la Sífilis y a la vez médico jefe del Servicio piel y sífilis del Hospital Militar, autor del proyecto para control de las enfermedades venéreas en el ejército; practicante de la Cruz Roja Oriental en la guerra civil de 1897. *Cf.* Nota necrológica en *La Noche* n° *675*, Montevideo, 24.9.1921, p. 8. Sobre Eduardo Martínez, primer director de la Sanidad Militar, ver referencia número 1.

10. Eduardo Blanco Acevedo (1884-1971) luego de 5 años de permanencia en Europa donde fue cirujano jefe de hospitales de Francia en la Primera Guerra Mundial (1914-1918), regresó a su Montevideo en 1919. En ese año se inició en el Hospital Militar como cirujano jerfe (2 de octubre de 1919) y en 1921 fue nombrado Médico Principal de 1ª. Clase asimilado a coronel Director de hospital (nombramiento: 22/4/1921) hasta su renuncia en 1925 (29/10). Según su biógrafo José María Peña su gestión hospitalaria tuvo como pilares: la racionalización administrativa (órdenes de servicio diarias,

disminución de gastos innecesarios; empréstito de 500.000 pesos con el Banco de Seguros del Estado para obras de ampliación; control de asiduidad y puntualidad de los médicos; mejoramiento de salarios de técnicos y no técnicos; la reorganización técnico-asistencial (archivo general de historias clínicas; técnicas dietéticas; cursos médicos y de enfermería; ampliación de servicios; área para tuberculosos, infectocontagiosos, mujeres y niños; laboratorio de anatomía patológica y contrato del Prof. José Verocay; cirugía especializada y visita personal de salas, disminución del período de internación abreviando el lapso de estudio). *Cf.* PENA, J. M. (1950) *Eduardo Blanco Acevedo. Historia de una vida integral*, Imprenta Uruguaya S.A. pp. 107-118.
El carácter disciplinado, fuerte, firme y tal vez poco moldeable para el trato diario (era el primero en llegar al hospital; instauró cursos los días domingo) le granjeó asperezas y dificultades. Pero su gestión sentó precedentes de racional organización asistencial, la que había aprendido durante la guerra, y que no fue mantenida por sus relevos.
Dictó el curso de cirugía de guerra (nombramiento: 30/12/1925). Al abandonar la Dirección recibió como recuerdo su retrato pintado por el artista francés Manuel Barthold.

11. Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada. *Boletines n° 1 al 120* (15/01/19 al 24/04/26) Montevideo, 1926. 1 vol. Enc. 246 pp.; *Boletines n°s. 121 al 208* (28/09/26 al 01/07/53), 1 vol. De hojas sueltas (Archivo de la Dirección Nacional de Sanidad).

12. Humberto May presentó en el año 1926 a la Dirección del Hospital su proyecto de ley de extensión de los derechos asistenciales a la familia de militares y asimilados. *Proyecto sobre creación de un Sanatorio de la Familia Militar y Servicio de Urgencia.* [ver nota 4d].

13. Héctor Homero Muiños (1888-1971), egresado en 1916 fue designado Médico Ayudante de Sanidad asimilado a teniente el 31/7/1930. Discípulo desde 1912, Jefe de Clínica y médico de su maestro Francisco Soca, fue autor del espléndico y extenso prólogo a *Francisco Soca. Selección de discursos,* Montevideo, Biblioteca Artigas, 1972, 3 vols. (el prólogo ocupa todo el primer tomo); y del hermoso libro *Medicina una noble profesión,* Montevideo, Universidad de la República, 1958. Pasó a retiro del Servicio de Sanidad en 1952. A su muerte la viuda donó al Hospital Militar su valiosa biblioteca que fue el germen de la actual "Biblioteca Biomédica". Una sala del Servicio de Medicina lleva su nombre. La sala que recuerda a Muiños (medicina general) dio lugar a una ceremonia que presidió el Ministro de Defensa Nacional general Olegario Magnani, con la presencia de los jefes de las tres fuerzas, viuda del homenajeado Orfidia Peyrano y familiares. Al descubrirse la placa de bronce se oyó el toque de "Silencio" por el clarín del batallón Florida de Infantería N° 1 con uniforme de gala. En nombre de la comisión de homenaje trazó su semblanza el teniente coronel médico Rodoflo Deambrosis. El primer jefe de la sala Muiños fue el doctor José Scherchener. Una semblanza de Muiños fue escrita por Washington Buño, inserta en Horacio Gutiérrez Blanco (ed.) *Médicos uruguayos ejemplares*, Buenos Aires, 1989, tomo 1, pp. 289-299.

14. OLIVA, Gualberto (1990) "50 años del Servicio de Hemoterapia", *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 13* (3): 132. Montevideo.

15. SPERONI VERNER, Julio [1978] *José Verocay.* Montevideo, Universidad de la República. En 1958 (17.7) se dio su nombre al Servicio de Anatomía Patológica en una placa de bronce (hoy desaparecida) que lucía la siguiente leyenda: "Laboratorio de anatomía patológica Dr. José Verocay – En ocasión del 50° aniversario del Hospital

Militar Central". Verocay propulsó la necropsia sistemática y la correlación anatomo-clínica. La realidad en el medio médico era (y es) decepcionante: "Inmensa laguna era también la falta de autopsias. Estas eran tan excepcionales que creo no haber alcanzado a ver media docena en el Hospital Maciel durante toda mi carrera. Las demás –y no eran muchas- se realizaban en la Facultad ilustrando el curso de anatomía patológica que dictaba el profesor Caffera; pero faltó casi siempre el cotejo sistemático entre los diagnósticos clínicos y las lesiones constatadas en el cadáver, y esa falta fundamental vició toda nuestra formación médica. "*Cf.* BORDONI POSSE, César (1936) "La marcha ascendente de la Facultad. Los grandes maestros desaparecidos", *Anales de la Facultad de Medicina, 21*, Montevideo, pp. 18-41.

16. José Luis Bado (1903-1977) ingresó siendo estudiante como practicante interno del Hospital Militar (1926), y fue designado como Jefe de Subsección anatomía patológica el 26/06/1928 sucediendo a Humberto May. Egresado de la Facultad de Medicina con medalla de oro (17/12/1928) se orientó a la cirugía general (fue Jefe de Clínica del Prof. Lorenzo Mérola). En 1930 conoció al ortopedista italiano Vittorio Putti en una conferencia que ofreció en la facultad. En 1933 viajó a Europa con Domingo Vázquez Rolfi concurriendo a distintos centros ortopédicos, sobre todo al del Hospital Instituto Rizzoli en Bolonia del Prof. Putti. Se hizo así ortopedista. Designado Director del Instituto de Ortopedia y Reeducación Funcional del Banco de Seguros del Estado en 1936, renunció al laboratorio de anatomía patológica como Jefe de 5ª aceptándose por Resolución del 28/1/1936. Véase *Boletín de Sanidad Militar, 183,* Montevideo, 26/3/1936. *Cf.* CAGNOLI, Hebert (1986) *La ortopedia y su historia en el Uruguay.* Montevideo, Librería Médica Editorial – Edilimed S.R.L. pp. 59-71.

17. SICCO, Antonio (1925) *Organización del Servicio de Neurosiquiatría militar.* Soc. Siquiatría Uruguay, sesión de noviembre.

18. BELLO, Héctor (1992) Artículo inserto en el periódico *El País*, Montevideo, julio 19, p. 13, col. 1 y 2. *Cf.* GONZÁLEZ MÍGUEZ, L.A. (2000) "Homenaje al Profesor Emérito Doctor Antonio Cañellas [1916-1984]", *Salud Militar, 22* (1):5 – 7. Montevideo, publicación de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas.

19. SOIZA LARROSA, A. (1980) "Medicina y cirugía en las guerras civiles uruguayas de 1897 y 1904", *Ses. Soc. Uru. Hist. Med., 1,* pp. 40-159.

20. El equipo adquirido constaba de: 1) carro-ambulancia abierto de 4 caballos; 2) carro de cirugía cerrado; 3) artola (arnés para transporte a caballo de heridos sentados); 4) carpa; 5) equipo para camilleros (cantimplora, bolsa, cartera y farol); 6) puesto de socorro (carpas, carros y parihuelas); 7) soporta camillas; 8) mesa de operaciones plegable; 9) botiquín de medicamentos; 10) cocina; 11) filtro de agua; 12) cartera-botiquín. [Véase *Sanidad Militar – R.O.U. – 1909,* Montevideo, Al Libro Inglés, (album de 18 fotos por Damonte y Buscasso). He consultado el ejemplar del Archivo General de la Nación. *Cf.* SOIZA LARROSA, A. "Eduardo E. Martínez" *op. cit.*, nota 1.

21. EIRALE, Juan Alberto (1957) *Memorias de un médico.* Talleres Escuela de Artes Gráficas de Institutos Penales. Tercera edición. Montevideo, pp. 218 y ss.

22. EIRALE, Juan Alberto (1909) *Informe-proyecto, de organización de la Sanidad Militar.* Montevideo, Dornaleche y Reyes. He consultado el ejemplar de la Biblioteca Nacional.

23. *Reglamento de botiquín de enfermerías de Cuerpo.* Montevideo, Imprenta Militar, 1936. 13 pp.

24. Doctor Carlos A. Escande, Médico Ayudante pediatra (1960); Médico pediatra (1961); Jefe del Departamento respectivo hasta su muerte. Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica. *Cf.* "Profesor doctor Carlos A. Escande. Muerto el 12 de agosto de 1973". *Archivos de Pediatría del Uruguay, 44* (3): 119-122; 1973, (incluye foto).

25. Doctor Bolívar Delgado Correa. Iniciado en el Hospital Militar como practicante interno (1924).

26. General Carmelo M. Bentancur. Director General del S.S. FF.AA. (1968).

27. Doctor Hernán Artucio. Primer jefe del Servicio de Medicina (1926).

28. Coronel Arturo Sasso Alegre. Director General del Hospital Militar durante extenso período impulsor de la creación de Departamentos y Servicios.

29. Doctor Luis A. Torres de la Llosa. Orden de Servicio del Hospital Militar nº 7312 del 13/12/1995.

30. No hemos podido reconstruir aún la nómina de directores médicos del hospital entre 1912 y 1920. Sabemos que el Doctor Alberto Mañé (1884-1960), padre de nuestro profesor doctor Fernando Mañé Garzón -de quien recogimos estos datos- fue uno de los directores. Graduado como médico en 1908, viajó para especializarse en cirugía a Europa en forma inmediata. Se perfeccionó en Alemania, Suiza y especialmente en Francia (París). Luego de 4 años de permanencia en el exterior regresó a Uruguay. El entonces presidente de la República José Batlle y Ordoñez (en su 2ª presidencia) lo designó médico cirujano de la Sanidad Militar, desempeñándose como cirujano de su hospital. Fue Jefe del Servicio de Cirugía y Director del Hospital Militar en fecha que no hemos podido corroborar.

31. MAÑÉ GARZÓN, Fernando. (1983) *Pedro Visca* [1840-1912] *fundador de la Clínica Médica en el Uruguay.* Montevideo, Barreiro y Ramos. 2 tomos; aquí, t. 2, p. 82.

32. *Cf.* "Practicantes de la Asistencia Pública y del Hospital Militar" in *La Facultad de Medicina de Montevideo 1875-1915. Memoria presentada por el Decano Dr. Manuel Quintela.* Montevideo, Tipografía Moderna, 1915. p. 273.

33. *Cf.* "Hospital Militar. Servicio de practicantes internos. Revolución del 24-V-1921", in *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina.* Montevideo, 1921, p. 98.

34. Practicantes del Hospital Militar:
1917: Julio Luis Dentone, Ayudante 1º (primer practicante interno, egresado de la Facultad de Medicina en 1924. Adolfo Hermann, Ayudante 1º, (egresado: 1922.) Arturo Barros, Ayudante 2º.
1923: Solís Otero y Roca, Ayudante 1º (egresado: 1923). Segundo B. Lois, Ayudante 1º (egresado: 1924). Moisés Rodríguez, Ayudante 2º (egresado: 1929).
1924: Jacinto Mernies Ruiz, Ayudante 1º (egresado: 1931). Roberto A. Eloy, Ayudante 1º (egresado: 1941). Carlos Berinduague, Ayudante 1º. Bolívar Delgado Correa, Ayudante honorario (egresado: 1925). Francisco Rocca, Ayudante 1º (egresado: 1928).
1925: Mario J. Genta, Ayudante 1º, Servicio de Cirugía (egresado: 1930). Antonia de Vega, Ayudante interno honoraria, Cirugía Mujeres y Niños, estudiante de 6º año (egresada: 1928). Manuel Carlos Martínez Oyanguren, Ayudante 1º, Clínica Oftalmológica, estudiante de 4º año. Miguel Ángel Trianón, Ayudante 1º (egresado: 1928). Orestes Dell'Acqua, Ayudante 1º (egresado: 1949). Tomás Parrillo, Ayudante 2º (egresado: 1930).

1926: José Luis Bado, Ayudante (egresado: 1928). León Gervasio Muñoz Moratorio, Ayudante (egresado: 1932).

35. Decretos del Poder Ejecutivo del 21/10/1938 y 18/11/1938.

36. Información verbal vertida por el Prof. Dr. Antonio Seluja Cecín.

37. SOIZA LARROSA, A. *Op. cit.* nota 19.

38. *Cf. El ejército uruguayo, 5* (7): 113; Montevideo, 1895.

39. SOIZA LARROSA, Augusto. *Op. cit.* nota 37.

40. VIANA, Antonio S. (1901) "Paquete de curación individual para el ejército", *Revista Médica del Uruguay, 4,* p. 132; y *Segunda Reunión del Congreso Médico Latino-Americano.* Montevideo, Tip. y Enc. "Al libro Inglés. Tomo 2, pp. 481-483.

41. *Cf.* artículo sobre "Sanidad Militar", *Diario del Plata,* nº extraordinario, Montevideo, 1930, p. 89.

42. *Cf.* "Enfermeros de Sanidad Militar. Resolución del 23-11-1921", in *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina.* Montevideo, 1921 p. 11. Por Decreto Nº 447 del 4/10/1994 se ha instituido como *Día del Enfermero Militar* el 23 de febrero. Es de justicia recordar que la celebración de este día tuvo su impulso en el Cabo 2ª (Enfermero) Walter Díaz quien fundamentó tal recordación en la necesidad de un lazo de unión y camaradería a nivel nacional de todas las promociones de egresados de la Escuela de Sanidad (vide: *Orden de la DNSFFAA Nº 6744,* anexo Día del Enfermero Militar).

43. Enfermeros militares en 1930 según el *Boletín del Servicio de Sanidad, Op. cit.* 11: Carmelito Cruz Sota, José Pedro Lladó, José Luis Santos, Pablo Bernaola, Prudencio Lima, Carbonell Sola, Mercedes Pereira, Aldo Alonso Sisñega, Victoriano Pereira, Andrés Palma Muckford, Guillermo Lindemann, Carlos María Barbot.

44. *Cf.* "Enfermeros Militares. Resolución del 6/7/1921, in *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina,* p. 135. Las primeras enfermeras militares (nurses) egresados por este sistema fueron Luisa E. Ginnart (la 1ª Nurse Jefe); Leonarda García; Eulogia Amestoy Viera, y Isabel Rovira.

45. *Cf. Programa para el curso de perfeccionamiento de las nurses y enfermeras del Servicio de Sanidad Militar.* Montevideo, 1945. 8 pp.

46. SPINELLI, Carlos. (1995) *Escuela de Sanidad de las FF.AA. Antecedentes históricos.* Montevideo, Imprenta del Ejército, 20 pp. El Reglamento luce en el Decreto del Poder Ejecutivo Nº 3102 del 4/5/1944, inserto en El *Boletín del Servicio de Sanidad de las FF AA., 201,* Montevideo, 16-V-1944. Según la muy completa reseña de Carlos Spinelli, la primera promoción de practicantes con estado militar (Practicantes de Regimiento o de Batallón) que concursaron en 1943 y realizaron luego los cursos de 2 años, tuvo lugar en 1944 cuyo nombramiento fue hecho por Decreto del Poder Ejecutivo del 10/2/1944; fueron ellos: Luis Piñeyro, Oscar Burghi, Carlos Boccoleri, Guido Larcebó, Raúl González, Emilio Simeone, Fortunato Estrada, Oscar Lenzi, Antonio Blanco. Estos nombrados realizaron en 1944 y 1945 el curso respectivo.

47. *Cf.* "Funcionamiento de las cátedras libres y de los cursos extraordinarios", *Anales de la Facultad de Medicina. Suplemento, 5,* Montevideo, 1920, p. 280.

48. *Idem,* p. 271.

49. *Revista Militar y Naval, 2,* Montevideo, 1921, p. 213.

50. SPERONI VERNER, Julio. [1978] *Vida y obra de José Verocay* [1876-1927], Montevideo, Universidad de la República, p. 29.

51. *Cf.* "Reuniones médico-militares", *Boletín de Sanidad Militar, 51,* Montevideo, 18-VI-1921.

52. *Cf.* "Curso de cirugía de guerra. Se aprueba su programa. Resolución del 21/12/1921", in *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina* (1921), p. 412.

53. ELZAURDIA, Pedro F. (1994) *Historia de los proyectos y construcciones en el Hospital Central de las FF.AA.,* Montevideo, Dirección Nacional de Sanidad, pp. 17-31.

54. SPINELLI, Carlos (1996) *Casa Viera, sede de la Escuela de Sanidad de las FF.AA. Más de un siglo y medio de historia, 1831-1996.* Montevideo, s/l, 25 pp.

54 a. Decreto del Poder Ejecutivo del 31/5/1920.

55. *Cf. Revista Militar y Naval, Año 2,* Montevideo, 1921, pp. 221-224.

56. *Cf.* Resolución del 3/6/1927, en *Boletín del Servicio de Sanidad,* cita n° 46.

57. *Cf.* Resolución del 13/2/1933, in *Boletín del Servicio de Sanidad, 167,* del 3/4/1933.

58. *Cf.* Resolución del 24/6/1936, en *Boletín del Servicio de Sanidad, 184.*

59. Ley de ordenamiento financiero y ejecución presupuestal (1937), art. 15°.

60. Decreto del Poder Ejecutivo del 28/7/1938.

61. *Cf.* "Resolución del 7/7/1939 y Reglamentación", in *Boletín del Servicio de Sanidad, 196,* del 6/12/1939.

62. En 1979 el artista compatriota Alfredo Sansón realizó una galería de uniformes de la Sanidad Militar en distintas épocas, en acuarela. En esa serie se encuentra reproducido el uniforme de gala del Cirujano Mayor según el decreto de 1881. Forma parte de las reproducciones en acuarela que se exhiben en la galería de uniformes históricos de Sanidad Militar en la Escuela de Sanidad de las FF.AA. (Casa Viera).

63. *Reglamento de uniformes, divisas e insignias de la Marina de Guerra, reparticiones y dependencias marítimas de la R.O.U.* 2ª edición. Montevideo, Imprenta de "La Correspondencia", 1888. Decreto del presidente general Máximo Tajes y su ministro general Pedro de León del 22/12/1888.

64. *Reglamento para el uniforme, divisas e insignias del Ejército de la R.O.U.* 2ª edición. Montevideo, Imprenta Artística de Dornaleche y Reyes, 1889. Decreto del general Máximo Tajes y su ministro Julio Herrera y Obes del 5/12/1888, que reformó el anterior del 27/9/1881.

67. *Reglamento de uniformes, divisas e insignias del Ejército de la R.O.U.* (1904). Decreto del 22/11/1904.

68. Decreto del Poder Ejecutivo del 15/6/1921, *Boletín del Servicio de Sanidad, 51,* del 18/6/1921, y Decreto del 4/4/1923, respectivamente.

69. *Cf. Archivo Artigas, 5,* p. 66; y *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 13* (2): 66-67.

70. *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 13* (2): 68-69 y (3): 120.

71. *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 13* (2): 69.

72. *Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, 13* (2): 72.

Documentos

Conducta del hombre hacia los animales

Experimentación, docencia e investigación con animales

*Proyectos de Ley**

Academia Nacional de Veterinaria

Introducción

Las respectivas exposiciones de motivos de estos Proyectos de Ley dan cuenta del proceso de elaboración de los mismos.

Corresponde complementar esta publicación con los nombres de las personas que intervinieron en la elaboración de estos textos.

En el de *Conducta del hombre hacia los animales* fueron los doctores Acads. Raúl Casas, Jorge Cravino, Carlos Defranco, Claudia Espina, Acad. Hugo Fontaiña, Acad. Ernesto Giambruno, Hugo Nicoletti, Daniel Orlando, Ariel Sáez y Gonzalo Saralegui.

En el relativo a la *Experimentación, docencia e investigación con animales* tomaron parte la Dra. Perla Cabrera, Acad. Dr. Raúl Casas, Dra. Déborah César, Dr. Carlos Defranco, Dra. Raquel del Campo, Quím. Laura Domínguez, Dra. Mercedes Etcheverry, Lic. Anabel Ferreira, Acad. Dr. Hugo Fontaiña, Acad. Dr. Ernesto Giambruno. Prof. Elsa León. Acad. Dr. Eugenio Perdomo, Dr. Edgardo Rodas, Acad. Dr. Joaquín Rossi, Acad. Dr. Celso Silva, Dr. CarlosTorquia y el Prof. Dr. Ricardo Velluti.

La redacción de ambos Proyectos de Ley correspondió al Acad. Dr. Arturo Lezama y al Dr. Gastón Casaux, colaborando en el texto relativo a la Experimentación, el Dr. Fernando Ginés.

---

* Publicación de la Academia Nacional de Veterinaria (Creada por Ley Nº 16.198 de 13 de agosto de 1992). Montevideo, Talleres Gráficos Tecnograf, 1998. 29 pp.

Conducta del hombre hacia los animales

Proyecto de Ley

Exposición de motivos

El derecho positivo uruguayo cuenta con aproximadamente doscientas normas legales relacionadas con los animales, de las cuales sólo un reducido número busca limitar o impedir el sufrimiento de esos seres y esto solamente en determinadas circunstancias. Pero ninguna de ellas apunta a establecer reglas generales de convivencia entre el hombre y los animales en beneficio de ambos.

Probablemente la carencia actual de una ley de esas características se deba, más que a cierta pasividad legislativa -por cuanto numerosos proyectos han sido presentados al Parlamento- a la dificultad intrínseca de abarcar, en un único texto, la totalidad del problema.

Un primer aspecto de éste deriva del hecho de que en el duo hombre-animal sólo el ser humano es responsable de sus actos, sólo él puede ser imputable de perturbar una buena relación del conjunto. Se impone pues establecer por ley, en una primera instancia, las normas básicas de conducta del hombre para con los animales.

Son las que constituyen el capítulo primero de este proyecto.

Pero el elemento animal, en el duo a que hacíamos referencia, es tan variable que constituye todo un reino de la naturaleza, y el intento de abarcarlo íntegramente en un cuerpo normativo es seguramente pretensión vana. Tanto más si se consideran las múltiples relaciones que los constituyentes de ese reino mantienen con el hombre.

Teniendo en cuenta esa doble variedad de especies animales y de vínculos con el hombre es que debiera procederse a caracterizar grupos homogéneos de seres que constituyan los sustratos básicos para establecer leyes o capítulos de una ley que, regulasen claramente, sin superposiciones, sin confusiones y sin omisiones, la conducta a seguir por el hombre frente a cada grupo de animales.

Considerando el modo de vida de las distintas especies animales, su grado de sometimiento a la especie humana, su mayor o menor domesticación, el tipo de interés que despierta su explotación y la importancia económica de la misma, así como los vínculos afectivos que las unen al ser humano, pueden delinearse cinco grupos que abarcan la totalidad de los seres animales de nuestro medio, a saber:

- la fauna silvestre,
- la ganadería,

- los animales pertenecientes a zoológicos, parques, reservas y circos,
- los destinados a la experimentación y docencia científicas, y
- los animales de compañía.

El grupo de *la* fauna silvestre ha sido objeto, desde el año 1935, de normas que deberán revisarse y adaptarse en función de los nuevos conocimientos que le son aplicables.

El grupo de la ganadería está abundantemente considerado en disposiciones cuyo eje principal es la ley 3606 de 1910.

Los animales del tercer grupo, por su limitado número y por la índole particular de su existencia, plantean situaciones de carácter localista, a resolver tal vez en la esfera municipal.

El grupo de los animales destinados a la experimentación y la docencia científicas, deberá ser definido en su amplitud y condiciones de empleo por un tribunal con representación de todas las ramas del saber vinculadas al tema, esto es: la medicina, humana y veterinaria, la biología, la farmacia, la zoología, la genética...

El quinto grupo, que constituye el expreso objetivo de este proyecto, requiere una definición que contrarreste la heterogeneidad de sus orígenes.

En efecto, los animales de compañía no son el resto de sustraer, del reino animal todo, los otros grupos señalados, por cuanto pueden provenir eventualmente de cualquiera de ellos, viviendo además en libertad o en cautiverio.

El capítulo segundo de este proyecto define el concepto de "animal de compañía".

En rigor de verdad, estos seres adquieren su condición de "compañeros" por una decisión forzosamente unilateral del hombre, actuando a impulso de sus necesidades, gustos o meros antojos, en un marco de derechos irrestrictos.

Se elige un compañero por una razón afectiva (un pollito); con ánimo de protegerse (un perro, un chajá); por goce estético visual (un pez, un cardenal amarillo), auditivo (un canario, un sabiá) o táctil (un gato, un perro pila); por entretenimiento (un coatí); procurando ayuda (el perro guía); por interés económico (los reproductores); como herramienta de trabajo (los caballos de tiro); por afán deportivo (la paloma mensajera), etc.

Pero, así como hoy se elije, mañana se abandona, porque la responsabilidad es nula, tanto ante el animal como ante la sociedad.

El capítulo tercero de este proyecto se refiere a la tenencia responsable de animales de compañía, que se complemente en el siguiente capítulo con las obligaciones de los poseedores de dichos animales.

El capítulo quinto, considerando que el elevado número de animales sin dueño conocido que erran en el país, constituye un peligro potencial para la salud humana, define el estado de abandono.

Las condiciones requeridas para que se realice el sacrificio de un animal de compañía se establecen en el sexto capítulo proyectado.

Por el capítulo octavo se crea la Comisión Nacional de Amparo de los Animales, como persona pública no estatal, con una integración que concilia la participación de todos los sectores vinculados al tema, esto es: los organismos técnicos, los municipios, la fuerza pública, la Universidad, la enseñanza, la profesión veterinaria y las sociedades privadas.

Se definen a continuación *los cometidos* de la Comisión, entre los cuales el de organizar el Registro de Prestadores de Servicios, que se crea en el capítulo noveno de la ley, junto con la *tasa de* "Habilitación de Servicios Animales".

El capítulo décimo crea el "Fondo de Protección Animal" con la finalidad de atender las necesidades de la Comisión Nacional de Amparo de los Animales en el ejercicio de sus cometidos.

Los capítulos undécimo y duodécimo se refieren, respectivamente, a infracciones y al procedimiento de reclamación.

En el capítulo décimo tercero se establecen las sanciones aplicables, incorporándose el trabajo para la comunidad como una pena accesoria.

Capítulo Primero

Normas de conducta del Hombre para con los Animales

Art. 1°. Se reconoce la vida y la integridad de todos los animales -en tanto objetos de derecho- como una cualidad esencial de los mismos.

Art. 2°. Queda prohibido expresamente maltratarlos y lesionarlos con ánimo cruel.

Art. 3°. La muerte de los animales sólo podrá efectuarse cuando las normas legales así lo autoricen y en ningún caso por procedimientos que causen sufrimientos innecesarios o agonías prolongadas y en lugares públicos de libre acceso.

Capítulo Segundo

De los animales de compañía

Art. 4°. Será considerado como animal de compañía todo vertebrado homeotermo que perteneciendo, o siendo susceptible de pertenecer, a una persona física o jurídica y viviendo en su proximidad, recibe de ésta atención, protección, alimento, refugio y cuidados sanitarios, aun cuando de su constitución, hábitos, cualidades, presencia o características específicas o individuales, no derive ningún beneficio real o aparente para su poseedor.

Art. 5°. A efectos de la aplicación de la presente ley, la autoridad competente establecerá y publicará la

nómina científica de los animales considerados de compañía, actualizándola periódicamente si fuese necesario, pudiendo incluir en la misma animales poiquilotermos.

Capítulo Tercero

De la tenencia responsable de animales de compañía.

Art. 7°. Todo poseedor, a cualquier título, de un animal de compañía, deberá declararlo ante la autoridad competente, de acuerdo a la reglamentación que se dicte, a efectos estadísticos, sanitarios, identificatorios y de responsabilidad que pudiera corresponderle derivada de dicha posesión.

Art. 8°. Todo poseedor de un animal de compañía deberá:

a) proporcionarle alojamiento, abrigo y alimento de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo a su especie y edad;
b) mantenerlo en condiciones físicas y sanitarias adecuadas;
c) no dejarlo suelto en lugares públicos de libre acceso;
d) no abandonarlo.

Capítulo Quinto

De los animales abandonados.

Art. 9°. Todo animal perteneciente a la nómina científica prevista en el artítulo 5°, que no haya sido reconocido como animal de compañía en los términos del artículo 7°, será considerado en estado de abandono.

Capítulo Sexto

Del sacrificio de animales.

Art. 11°. El sacrificio de un animal de compañía sólo podrá realizarse, previa opinión fundadad de profesional veterinario:

a) para poner fin a intensos sufrimientos producidos por lesión grave o enfermedad incurable o cualquier otra causa física irreversible;
b) por incapacidad o impedimento grave debido a pérdida anatómica o disfunción de un órgano o por deformidad grave y permanente;
c) por vejez incapacitante.

Así mismo:

d) cuando se obre en legítima defensa actual o inminente, propia o de un tercero;
e) por razones sanitarias o cuando el animal implique riesgos para el hombre u otros animales;
f) por cumplimiento de un deber legal o de orden legítima de autoridad competente.

Capítulo Séptimo

Prohibiciones

Art. 12°. Los animales de compañía utilizados para deportes no serán sometidos a la disciplina respectiva bajo el efecto de ninguna sustancia o medicamente perjudiciales para su salud e integridad ni ser forzados más allá de su capacidad.

Art. 13°. Queda prohibido el uso de animales vivos para la práctica de tiro al blanco. Se prohibe la cría, hibridación y adiestramiento de animales con el propósito de aumentar su peligrosidad. Asimismo se prohibe que los responsables de animales de cualquier especie promuevan peleas entre ellos.

Art. 14°. Podrá prohibirse por la autoridad competente la tenencia de animales de compañía:

a) a las personas que hayan sido sancionadas o condenadas por dos o más transgresiones a la presente ley o cuando hayan incurrido en violación grave de sus normas, a juicio de dicha autoridad;
b) a las personas que hayan sido declaradas incapaces.

Capítulo Octavo

De la Autoridad Competente

Art. 15°. Créase la *Comisión Nacional de Amparo de los Animales*, con carácter de persona pública no estatal, la que se integrará de la siguiente manera: Un delegado de la *División Zoonosis* del Ministerio de Salud Pública que la presidirá. Un delegado de los *Servicios Ganaderos* del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Un delegado del *Ministerio del Interior*. Un delegado de la Dirección Nacional de Medio Ambiente, (DINAMA) del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Un delegado del Congreso de Intendentes. Un delegado de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de la República. Un delegado de la Administración Nacional de la Educación Pública (ANEP). Un delegado de la Sociedad de Medicina Veterinaria y Un delegado de entre las Sociedades Protectoras de Animales con personería jurídica.

Art. 16°. Los integrantes de la Comisión Nacional de Amparo de los Animales durarán cuatro años en sus funciones pudiendo ser reelectos por un solo período y se mantendrán en sus cargos hasta tanto sean designados sus sustitutos.

Art. 17°. Son cometidos de la Comisión Nacional de Amparo de los Animales, además de los que surgen del cuerpo de esta ley:

a) Asesorar al Poder Ejecutivo, previa y preceptivamente, sobre las políticas y los programas que estime necesarios o convenientes para el cumplimiento de los fines de esta ley;
b) Planificar, organizar, dirigir, evaluar y colaborar en la ejecución de los programas que se coordinen con el Poder Ejecutivo;

c) Informar al Poder Ejecutivo en materia de compromisos internacionales concernientes a los animales y velar por el cumplimiento de los mismos;
d) Realizar o fomentar investigaciones y estudios relacionados con la situación de los animales, su comportamiento y su protección;
e) Organizar, dirigir y coordinar los programas de información que coadyuven a una más armónica y sana convivencia de los seres humanos con los animales;
f) Recibir y diligenciar las denuncias sobre actos de maltrato y crueldad contra los animales, requiriendo la intervención de las autoridades competentes, a los efectos de prevenir tales situaciones o sancionar a los responsables;
g) Organizar el Registro de Prestadores de Servicios Animales;
h) Proponer normas que regulen las condiciones en que deberán prestar sus servicios los sujetos pasivos de dicho Registro de Prestadores, de acuerdo a los extremos preceptuados por la ley;
i) Crear o promover normas de control de los animales abandonados.

Art. 18°. A efectos del cumplimiento de sus cometidos podrá:
a) Administrar y disponer de los recursos que establezca la ley, a fin de aplicarlos a sus respectivos programas;
b) Contratar el personal o los servicios que considere necesarios para dar cumplimiento a los cometidos asignados por esta ley y demás normas concordantes o complementarias;
c) Comunicarse directamente con todas las reparticiones públicas;
d) Firmar convenios de intercambio técnico, apoyo financiero o de desarrollo de programas;
e) Recibir herencias, donaciones y legados y administrar esos recursos;
f) Confiscar aquellos animales de compañía sujetos a maltrato o crueldad por parte de sus tenedores, tomando las medidas más adecuadas a las circunstancias del caso, pudiendo mantenerlos bajo su guarda, para su refugio o sacrificio según corresponda, mientras se tramita una denuncia o procedimiento administrativo o judicial, sin que estos actos den lugar a reclamación de indemnización de especie alguna;
g) Encomendar o autorizar la eutanasia de animales de compañía, cuando no existan otras medidas que puedan adoptarse, y en las condiciones previstas en el artículo 11°;
h) Aplicar y cobrar multas establecidas en la presente ley;
i) Administrar el Fondo de Amparo de los Animales que se crea por el artículo 22° de la presente ley.

Art. 19°. Para el cumplimiento de sus cometidos la Comisión Nacional de Amparo de los Animales podrá recurrir al auxilio de la fuerza pública.

Capítulo Noveno

Del Registro de Prestadores de Servicios.

Art. 20°. Créase en la órbita de la Comisión Nacional de Amparo de los Animales el Registro de Prestadores de Servicios en el que deberán inscribirse las siguientes personas físicas o jurídicas:

a) Refugios;
b) Criaderos;
c) Paseadores;
d) Adiestradores;
e) Pet-shops;
f) Expendedores de productos cosméticos para animales;
g) Expendedores de productos textiles y de talabartería para animales;
h) Fabricantes de alimentos para animales de compañía.

La presente enumeración no es taxativa, pudiendo la autoridad competente incluir otros sujetos pasivos, excepto el libre ejercicio de la profesión veterinaria.

Art. 21°. Créase la tasa de "Habilitación de Servicios Animales", por concepto de registración de las personas físicas o jurídicas mencionadas en el artículo precedente.

El valor de la tasa será fijado anualmente por el Poder Ejecutivo, observando lo preceptuado por el artículo 12 del Código Tributario.

El cobro de la tasa y la aplicación y cobro de las multas se harán por intermedio de la Comisión Nacional de Amparo de los Animales y el Ministerio del Interior, en la forma que determine la reglamentación respectiva.

Capítulo Décimo

Del "Fondo de Protección Animal"

Art. 22°. Créase el Fondo de Protección Animal el que se integrará con los siguientes recursos:

a) El producto de toda clase de entradas por utilización o proventos que deriven de la gestión de las áreas y bienes afectados a la Comisión Nacional de Amparo de los Animales y Administrados por ésta;
b) El producto percibido por la aplicación de las multas e ingresos por remates de decomisos aplicados por infracciones a las disposiciones de la presente ley;
c) El producto del tributo creado por el artículo 21°. De la presente ley y otros cuyo producido se le asigne;
d) Los fondos provenientes de préstamos y demás financiamientos que se concedan;
e) Las herencias, legados y donaciones que reciba;
f) Contraprestaciones de servicios prestados por la Comisión Nacional de Amparo de los Animales.

El Fondo de Protección Animal estará exceptuado de la limitación en la titularidad y disponibilidad de fondos dispuestas en el artículo 589 de la ley 15.903 de 10 de noviembre de 1987.

El Fondo de Protección Animal tendrá por fines los previstos en el

artículo 17º, no pudiendo destinarse más de un veinte por ciento para la contratación de personal, efectuada de acuerdo al inciso b del artículo 18º.

Los recursos correspondientes serán depositados en una cuenta especial en el Banco de la República Oriental del Uruguay, denominada "Fondo de Protección Animal".

Capítulo Décimo Primero

Infracciones

Art. 23º. Las infracciones a las disposiciones de la presente ley serán sancionadas por la Comisión Nacional de Amparo de los Animales, teniendo en cuenta su gravedad, de la siguiente forma:

a) Multa de 5 a 1.000 Unidades Reajustables;
b) Comiso de animales vivos;
c) Suspensión de autorizaciones, habilitaciones o inscripciones.

Capítulo Décimo Segundo

Procedimiento de reclamación

Art. 24º. Contra las resoluciones de la Comisión Nacional de Amparo de los Animales procederá el Recurso de Reposición, que deberá interponerse dentro de los diez días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación al interesado.

Una vez interpuesto el recurso, la Comisión dispondrá de treinta días hábiles para instruir y resolver el asunto, y se configurará denegatoria ficta por la sola circunstancia de no dictarse resolución dentro de dicho plazo.

Denegado el Recurso de Reposición el recurrente podrá interponer únicamente por razones de juridicidad, demanda de anulación del acto impugnado ante el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Turno a la fecha en que dicho acto fue dictado.

La interposición de esta demanda deberá hacerse dentro del término de veinte días de notificada la denegtoria expresa, o en su defecto, del momento en que se configure la denegatoria ficta.

La demanda de anulación sólo podrá ser interpuesta por el titular de un derecho subjetivo o de un interés directo, personal y legítimo, violado o lesionado por el acto impugnado.

La sentencia del Tribunal no admitirá recurso alguno.

Capítulo Décimo Tercero

Sanciones

Art. 25º. El que maltratare, torturare o lesionare un animal de compañía será castigado con pena de dos a seis meses de prisión o trabajos para la comunidad por período equivalente.

Art. 26º. El que diere muerte a un animal de compañía, fuera de las hipótesis previstas en el artículo 11º de la

presente ley, será castigado con pena de seis a doce meses de prisión.

Art. 27º. Serán considerados agravantes y sancionados con pena de doce meses de prisión a dos años de penitenciaría, cuando los hechos se cometieren:

a) Suministrando al animal drogas sin fines terapéuticos;
b) Mutilando cualquier parte del cuerpo de un animal;
c) Interviniendo quirúrgicamente animales de compañía sin poseer título de profesional veterinario;
d) Matando animales de compañía notoriamente grávidos;
e) Cuando se mate con impulso de brutal ferocidad o sevicia;
f) Como parte de un espectáculo público;
g) Como parte de un juego de apuestas;
h) Si mediare alguna de las circunstancias previstas en los incisos tercero y cuarto del artículo 59 del Código Penal.

Capítulo Décimo Cuarto

Reglamentación posterior

Art. 28º. El Poder Ejecutivo reglamentará dentro de los primeros ciento ochenta días siguientes a la promulgación de esta ley, las disposiciones de la misma.

Podrá establecer normas específicas a las que se ajustarán la crianza, el pensionado, el adiestramiento y el entrenamiento de los animales de compañía; la fabricación, introducción al territorio nacional y comercialización de alimentos para dichos animales; la fabricación, introducción al territorio nacional y comercialización de productos para los mismos, con la excepción de los específicos veterinarios; las actividades e instalaciones de sociedades protectoras de animales y el trabajo con utilización de animales de compañía.

Experimentación, Docencia e Investigación con Animales

Proyecto de Ley

Exposición de motivos

En abril de este año de 1998 la Facultad de Veterinaria, la Academia Nacional de Veterinaria y la Sociedad de Medicina Veterinaria del Uruguay, constituyeron una comisión con el cometido de analizar los proyectos de ley titulados de protección, amparo o bienestar animal actualmente a consideración del Parlamento. Al término de un pormenorizado análisis, la omisión informó a sus mandantes las conclusiones negativas a que arribara respecto de los proyectos mencionados.

En ese informe se señalaba, además, que la llamada protección de los animales debía encararse teniendo en cuenta, en primer lugar, la existencia estre estos de grupos netamente distintos, en cuanto a sus relaciones con el hombre, a saber: la fauna silvestre; la ganadería; los animales de zoológicos, parques, reserva y circos; los animales de compañía y los destinados a la experimentación y docencia científicas.

En relación a los tres primeros grupos decía la comisión: "El grupo de la fauna silvestre ha sido objeto, desde el año 1935, de normas que deberán revisarse y adaptarse en función de los nuevos conocimientos que le son aplicables. El grupo de la ganadería está abundantemente considerado en disposiciones cuyo eje principal es la ley 3606 de 13 de abril de 1910. Los animales de los zoológicos, parques, reservas y circos, por su limitado número y por la índole particular de su existencia, plantean situaciones de carácter localista, a resolver tal vez en la esfera municipal". (Véase la exposición de motivos del Proyecto de Ley sobre "Conducta del hombre hacia los animales").

Considerando el especial vínculo existente entre la profesión veterinaria y los animales de compañía, procedió la comisión a elaborar un proyecto de ley que ha merecido la aprobación de las tres instituciones que la integraran.

Con respecto al grupo de los animales que se destinan a la experimentación, para la investigación y la docencia, decía la comisión que: "deberá ser definido en su amplitud y condiciones de empleo por un tribunal con representación de todas las ramas del saber vinculadas al tema, esto es: la medicina, humana y veterinaria, la biología, la farmacia, la genética..."

Con ese objeto, se ha constituido una comisión redactora integrada por las Academias Nacionales de Medicina y de Veterinaria, las Facultades de Medicina, Veterinaria, Química y Ciencia, la

Dirección de Laboratorios Veterinarios, (DILAVE) "Miguel C. Rubino", el Instituto de Investigaciones Biológicas "Clemente Estable", la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (CSIC), la Sociedad de Medicina Veterinaria del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Cámara de Especialidades Veterinarias cuyos representantes han elaborado este proyecto de ley.

Si bien desde el nacimiento de la medicina experimental en el siglo pasado[1], el desarrollo de las ciencias vinculadas a la biología implica necesariamente el empleo de animales, éste no está regulado en nuestro país por ninguna disposición legal.

Esa carencia debe subsanarse, creando condiciones de respeto hacia el animal, ya que, cualquiera sea la forma en que se le emplee, es más que un útil, un socio del experimentador en el propósito que lo anima.

Esas condiciones deben ser creadas con el apoyo de la etología y no bajo el imperio de actitudes pasionales ajenas a la razón.

El capítulo primero proyectado apunta a establecer el ámbito en que podrá llevarse a cabo lícitamente una experimentación, los animales susceptibles de ser utilizados y las medidas a adoptarse para evitar o disminuir el sufrimiento de los mismos.

Por el capítulo segundo se crea la Comisión Honoraria Nacional de Experimentación Animal (CHNEA), organismo integrado por representantes de las Academias Nacionales de Medicina y de Veterinaria del Poder Judicial, conjuntamente con técnicos delegados de las instituciones oficiales y privadas vinculadas al tema, estableciéndose las normas de su funcionamiento.

El capítulo tercero determina las competencias de dicha Comisión, entre las que cabe destacar la potestad disciplinaria sobre las instituciones y personas que utilicen animales de experimentación, así como sobre los locales en que estos sean criados o empleados.

El capítulo cuarto consagra la creación de Comisiones Locales de Etica (CLE) encargadas de vigilar la efectiva aplicación de las normas previstas en la presente ley, en el ámbito de la Institución en que actúen.

En el capítulo quinto se establecen los requisitos a satisfacer para realizar experimentación.

El capítulo sexto trata de los experimentadores -figura jurídica utilizada en varias legislaciones afines consultadas (catalana, francesa, mejicana, brasilera, etc)- que serán titulares de

[1] Nota de los Editores. Si bien es correcto que el nacimiento de la "medicina experimental" ocurrió en el siglo XIX, el inicio de la experimentación biológica realizada por médicos podría ubicarse en el siglo XVII, muy especialmente a partir de la publicación de las investigaciones de William Harvey sobre la circulación sanguínea (1628); la práctica profesional sistemátiaca de la experimentación animal y en particular de la vivisección para fines experimentales aconteció a partir del siglo XIX. *Cf.* LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1981) *La Medicina en la Historia.* Barcelona, Salvat Editores S.A. 64 pp., aquí, pp. 36-37 y 46-47.

una credencial otorgada por la CHNEA, habilitante para utilizar animales de experimentación, por sí o por personas o equipos de trabajo bajo su responsabilidad.

Los artículos 25° y 28° establecen, respectivamente, las condiciones requeridas para obtener dicha credencial y su validez.

Se instituye, por el artículo 27°, un mecanismo que permita a las personas que hayan efectuado experimentación, antes de la sanción de la ley, obtener la credencial de experimentador.

En el capítulo séptimo se dictan normas de funcionamiento de los criaderos de animales destinados a la experimentación, disponiéndose, como es norma internacionalmente aceptada, que sean dirigidos por un Veterinario.

En el capítulo octavo se refiere a las condiciones exigibles a los establecimientos donde se practique experimentación animal y a su personal.

Los capítulos noveno y décimo definen las infracciones a las normas establecidas en esta ley y las sanciones a aplicar, respectivamente.

Las fuentes de los recursos necesarios a la aplicación de la presente ley se indican en el capítulo décimo primero.

Por el artículo 32° se comete al Poder Ejecutivo la reglamentación del texto legal proyectado.

Capítulo Primero

Disposiciones generales.

Art. 1°. Declárase lícitas la experimentación, investigación y docencia realizadas en animales vivos siempre que:

a) se justifique su carácter de necesidad,
b) no puedan ser sustituídas por otros métodos, y
c) que persigan alguno de los siguientes fines:

1) El diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades del hombre y de los animales;
2) Los ensayos de actividad, eficacia y toxicidad de los medicamentos y de otras sustancias biológicas y químicas y de sus componentes;
3) El control y la evaluación de los parámetros fisiológicos en el hombre y los animales;
4) El control de la calidad de los alimentos;
5) La docencia en conjunto;
6) La investigación básica y la investigación aplicada;
7) La protección del medio ambiente.

Art. 2°. A los efectos de la presente ley no se considerará como experimentación:

a) la practicada sobre animales invertebrados o sobre las formas embrionarias de los vertebrados ovíparos;
b) las que consisten en la observación de animales mantenidos en condicio-

nes que no impliquen ningún sufrimiento;

c) las intervenciones vinculadas a la práctica ganadera o veterinaria no experimental.

Art. 3°. Los experimentos efectuados con animales que puedan acarrear sufrimiento deben ser practicados bajo anestesia general o local o recurriendo a procedimientos analgésicos adecuados, salvo si la práctica de la anestesia o analgesia fuesen consideradas más traumatizantes que el experimento en sí.

Cuando los experimentos sean incompatibles con el empleo de anestésicos o analgésicos, el número de animales deberá ser reducido al mínimo. Salvo en casos excepcionales, no podrá procederse, sin anestesia o analgesia, a más de una intervención dolorosa en un mismo animal.

Art. 4°. Un animal sometido a experimentación no podrá ser conservado en vida si existe riesgo de sufrimiento prolongado o permanente o si puede sufrir daño irreversible o duradero a consecuencia del mismo. En tales casos deberá ser sacrificado antes del final de la anestesia o lo más rápidamente posible cuando ésta no haya sido empleada.

Si un animal de experimetnación es conservado vivo, deberá recibir, al finalizar la misma, los cuidados necesarios a la atenuación de su sufrimiento.

Capítulo Segundo

Organización

Art. 5°. Créase, en la órbita del Ministerio de Educación y Cultura, *la Comisión Honoraria Nacional de Experimentación Animal (CHNEA),* integrada por: un miembro de la Academia Nacional de Medicina y un miembro de la Academia Nacional de Veterinaria ambos en representación del Ministerio de Educación y Cultura. Un representante de la DILAVE "Miguel C. Rubino" en representación del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Un delegado de la División Zoonosis del Ministerio de Salud Pública. Un representante del Poder Judicial. Un representante de la Facultad de Medicina. Un representante de la Facultad de Veterinaria. Un representante de la Facultad de Química. Un representante de la Facultad de Química. Un representante de la Facultad de Odontología. Un representante de la Facultad de Ciencias. Un representante de la Facultad de Agronomía. Un representante de la Cámara de Especialidades Veterinarias y un representante de entre las Sociedades Protectoras de Animales con Personería Jurídica.

Art. 6°. Los miembros de la *CHNEA* durarán cuatro años en sus funciones, pudiendo ser reelectos, y continuando en el ejercicio de las mismas en caso de no ser designados sus reemplazantes.

Art. 7°. La CHNEA será presidida, por períodos de dos años, por

uno de sus miembros elegido por la mayoría de sus integrantes, pudiendo ser reelecto por una vez.

Art. 8°. La *CHNEA* designará, por mayoría de dos tercios de sus integrantes, un secretario, de entre sus miembros, que durará cuatro años en sus funciones pudiendo ser reelecto.

Art. 9°. Las sesiones de la *CHNEA* serán convocados por su presidente, por sí, o a solicitud de por lo menos tres integrantes y se reunirán con un quorum mínimo de cinco delegados.

Art. 10°. Las decisiones de la *CHNEA* serán adoptadas por simple mayoría de miembros presentes y en caso de empate el presidente tendrá doble voto.

Art. 11°. Dentro de los primeros noventa días de su instalación, la *CHNEA* elaborarará y aprobará su Reglamento Interno.

Capítulo Tercero

Competencias

La Comisión Honoraria Nacional de Experimentación Animal:

Art. 12°. ejercerá la potestad disciplinaria sobre los institutos y organizaciones donde se empleen animales de experimentación, sobre las Comisiones Locales de Ética de los mismos, sobre las personas físicas que utilicen animales de experimentación, sobre los locales donde se efectúen experimentos o docencia con animales, sobre los criaderos de animales de experimentación y docencia y sobre los protocolos de los experimentos o demostraciones docentes que se pretenda realizar.

Art. 13°. Fomentará la creación, en cada una de las instituciones donde se utilicen animales de experimentación, de Comisiones Locales de Etica para la efectiva aplicación de las normas previstas en la presente ley y de las internacionales vinculadas; podrá asimismo delegar en estas comisiones de vigilancia las funciones que estime pertinentes, sin perjuicio de continuar ejerciendo la potestad disciplinaria otorgada por el artículo 12°.

Art. 14°. Aplicará las sanciones que resulten de las infracciones a la presente ley por mayoría de ocho votos conformes.

Art. 15°. Designará dentro del rubro presupuestal que le corresponda, el personal técnico de consulta que estime necesario y el personal de apoyo administrativo para el buen cumplimiento de sus cometidos.

Art. 16°. Otorgará credenciales de experimentador en las condiciones establecidas en el capítulo sexto.

Art. 17°. Asesorará a las instituciones que lo soliciten sobre los temas vinculados a la presente ley.

Capítulo Cuarto

Comisiones Locales de Ética

Art. 18°. Las Comisiones Locales de Etica (CLE) serán designadas por las

autoridades responsables de cada Institución y estarán integradas por al menos dos titulares de credencial de experimentador.

Art. 19º. Serán cometidos de las CLE, en el ámbito de la institución respectiva: 1) controlar la aplicación de las normas nacionales, y de las internacionales a estas vinculadas, en el cuidado y uso de animales de experimentación; 2) coordinar el entrenamiento del personal usuario en el manejo de animales de experimentación y avalar su calificación; 3) supervisar los protocolos de experimentación que incluyan animales; 4) elevar a la CHNEA, a solicitud de ésta, informes de actividades desarrolladas en lo referente a los numerales anteriores.

Capítulo Quinto

Experimentación

Art. 20º. Las personas físicas o jurídicas que pretendan efectuar experimentación en animales, deberán solicitar la autorización a la CHNEA, en los formularios previstos al efecto, indicando pormenorizadamente: a) el objetivo de la experimentación; b) la justificación de la necesidad de la misma; c) la imposibilidad de su sustitución por otros procedimientos; d) el protocolo de experimentación previsto con indicación de la duración del experimento; e) las medidas a adoptarse para el buen estado de los animales de experimentación que deberán ceñirse a lo dispuesto en el artículo 34º; f) los datos identificatorios del titular de la credencial de experimentador responsable, en los términos del artículo 31º, de que la experimentación solicitada cumpla, en todas sus etapas, con las exigencias de la presente ley; g) el origen, la especie y el número de los animales a emplearse; h) la sede donde se efectuará la experimentación, de acuerdo a lo prescrito en el capítulo octavo.

En los quince días posteriores a la culminación del experimento el titular de la credencial de experimentador deberá informar, por escrito, a la CHNEA sobre el destino de los animales utilizados.

Art. 21º. En caso de justificarse la necesidad de realizar un experimento en animales en forma periódica y reiterada, dentro de los fines enunciados en el artículo 1º y especialmente la docencia, la autorización acordada por la CHNEA tendrá carácter permanente, siempre y cuando la experimentación se mantenga en los parámetros inicialmente autorizados.

Art. 22º. Recibida la solicitud, el Presidente de la CHNEA designará, en el término de diez días, una terna de miembros que entenderá directamente en el caso concreto, debiendo realizar las inspecciones, visitas y comprobaciones que estime pertinentes, expidiéndose en un plazo perentorio de treinta días.

Art. 23º. Notificado de una decisión denegatoria, tendrá el peticionante un plazo de veinte días para recurrirla ante la *CHNEA*, la que, en un plazo de treinta días resolverá en los

términos previstos por el artículo 14º, siendo su fallo inapelable.

Capítulo Sexto

Experimentadores

Art. 24º. Toda persona que pretenda utilizar animales de experimentación, en investigación o docencia, deberá previamente obtener de la CHNEA la credencial de experimentador que lo habilite a ese fin.

Art. 25º. La obtención de la credencial de experimentador requerirá: a) poseer alguno de los títulos siguientes: Médico, Veterinario, Químico, Químico Farmacéutico, Odontólogo, Ingeniero Agrónomo o Licenciado con título otorgado por la Facultad de Ciencias en materias vinculadas a la experimentación en animales, o bien; b) ser diplomado en estudios superiores de Ciencias Biológicas o poseer un mínimo de cinco años de experiencia profesional en materias vinculadas a la experimentación en animales, en ambos casos el interesado deberá justificar conocimiento suficiente de las materias que establezca la reglamentación que se dicte al efecto.

Art. 26º. La solicitud de credencial de experimentador deberá presentarse ante la CHNEA en formularios expresamente previstos.

La consideración de la solicitud será efectuada por la CHNEA en un plazo no mayor a los sesenta días, pudiendo durante dicho lapso recabar las informaciones complementarias que estime oportunas.

La decisión será adoptada en los términos del artículo 10º de la presente ley.

De no denunciarse la CHNEA en el plazo indicado anteriormente, la solicitud será considerada denegada, pudiendo el peticionante recurrir en los términos previstos en el artículo 23º.

Art. 27º. Establécese por única vez un plazo de ciento ochenta días a partir de la sanción de la presente ley, para que las personas que estimen satisfacer las existencias del artículo 25º y hayan efectuado en el pasado experimentación en animales soliciten de la CHNEA el otorgamiento de la credencial de experimentador.

Art. 28º. La credencial de Experimentador será válida por un período de diez años, renovable automáticamente por períodos semejantes de acuerdo al reglamento que dicte la CHNEA. Dicha credencial caducará: a) por muerte del titular, b) por cese de su actividad, c) por apartarse éste de las condiciones en que fue otorgada.

Art. 31º. El titular de una credencial de experimentador será civil y penalmente responsable por el incumplimiento personal o el de los miembros de su equipo, de las condiciones de otorgamiento de la misma.

Capítulo Séptimo

De los animales de experimentación

Art. 32º. Deberán prioritariamente ser utilizados los animales provenientes de criaderos especializados y autorizados con tal fin, pudiendo la reglamentación posterior establecer las diferentes categorías.

Art. 33º. Todo criadero de animales de experimentación, ya se trate de auto-abastecimiento o de comercialización, deberá ser dirigido por un veterinario.

Art. 34º. Todo titular de un criadero de animales de experimentación deberá: a) proporcionar a los animales alojamiento, abrigo y alimento de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo a su especie y edad; b) mantenerlos en condiciones físicas y sanitarias adecuadas.

Art. 35º. El Poder Ejecutivo fomentará la instalación de establecimientos de dicha naturaleza a través de exenciones fiscales y tributarias.

Capítulo Octavo

Los establecimientos de experimentación.

Art. 36º. La sede donde se efectúen experimentaciones en animales y se alojen los mismos deberá ser expresamente autorizada por la CHNEA.

Art. 37º. La solicitud de autorización deberá incluir una descripción de las características edilicias, de iluminación, desagües y acondicionameinto ambiental que reúnan los locales, sin perjuicio de las competencias municipales en la materia.

Art. 38º. El personal que intervenga en una experimentación deberá contar con los equipos y vestimentas adecuados y carnet de salud vigente.

Capítulo Noveno

Infracciones

Art. 39º. De acuerdo con lo edictado por el artículo 14º de la presente ley se considerarán infracciones: a) experimentar sin autorización; b) experimentar sin la intervención del titular de una credencial de experimentación; c) utilizar credenciales apócrifas y documentos falsos; d) no respetar estrictamente los términos de la autorización de experimentar otorgada; e) no respetar lo prescrito en los artículos 3º y 4º de la presente norma.

Capítulo Décimo

Sanciones

Art. 40º. Las infracciones a lo preceptuado por la presente ley serán sancionadas con: multas en "Unidades Reajustables" UR, comiso de animales de experimentación, suspen-sión de la autorización acordada, inhabilitación para solicitar nuevas autorizaciones

durante un plazo de hasta cinco años, retiro parcial o definitivo de la credencial de experimentador, cierre temporal o clausura de los locales de experimentación, penas de prisión que regulará la autoridad judicial competente.

Capítulo Undécimo

Recursos

Art. 41º. Créase el Fondo de Experimentación Animal (FEA) el cual se constituirá por las siguientes vías: a) multas en UR; b) tarifas; c) producido de rentas y alquileres de los inmuebles de rentas y alquileres de los inmuebles que se le asignen; d) herencias, legados y donaciones; e) proventos que le correspondan por decisión del Ministerio de Educación y Cultura; f) los recursos que se le otorguen por Ley Presupuestal y las Leyes de Rendición de Cuentas subsiguientes.

Capítulo Duodécimo

Disposición transitoria

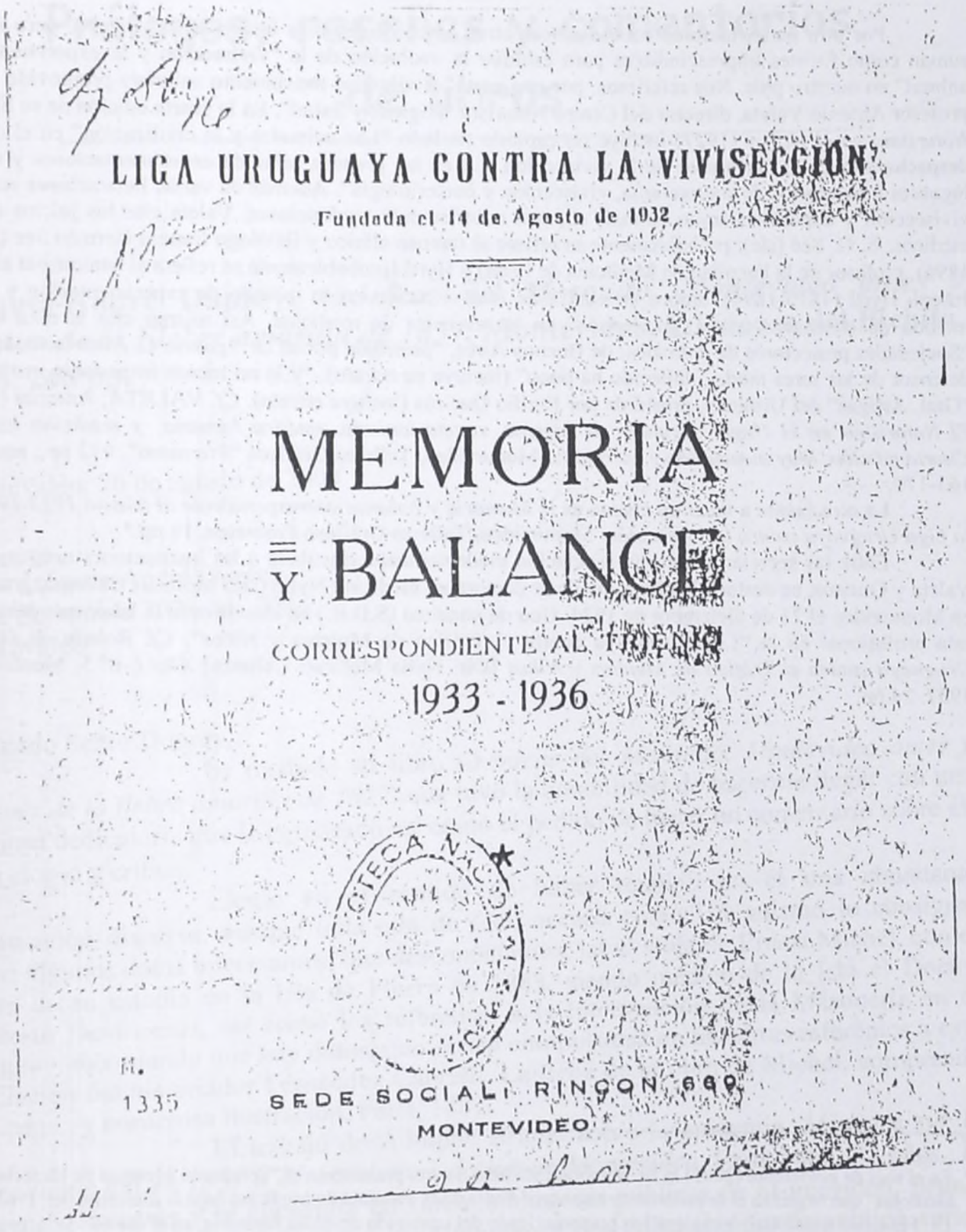
Art. 42º. La presente ley será reglamentada por el Poder Ejecutivo dentro de los 180 días a partir de su promulgación.

Nota de los editores:

Uno de los antecedentes cercanos de estos Proyectos de Ley se reconoce en el conflicto que protagonizaron la Asociación Protectora de Animales de Montevideo y la Facultad de Medicina a raíz de la experimentación sobre animales en el correr del año 1993. La trascendencia de la problemática en cuestión y el hecho de que dicha Asociación recurriera a ciertos foros internacionales competentes, motivaron una enérgica respuesta de la Facultad de Medicina en la que a uno de nosotros (F.M.G.) le cupo una participación como asesor, a expreso pedido del por ese entonces Decano Eduardo J. Touyá.

Así mismo se destaca que entre los convocados por la Academia Nacional de Veterinaria para elaborar ambos Proyectos de Ley participaron un cirujano académico, el Prof. Dr. Celso Silva, otrora director del Departamento de Cirugía Experimental, situado en el edificio del ex Instituto de Higiene Experimental, frente a la Facultad de Medicina y en aquel entonces foco de las manifestaciones de protesta de la referida Asociación Protectora de Animales; y dos profesores de la Facultad de Medicina, el director del Departamento de Fisiología Prof. Dr. Ricardo Velluti y el también fisiólogo Prof. Agdo. Dr. Fernando Ginés.

Sobre los referidos antecedentes de estos Proyectos de Ley de la Academia Nacional de Veterinaria véase:
MAÑÉ GARZÓN, F. (1994) Experimentación animal, *Cuadernos de Marcha, 91,* Montevideo (Enero), pp. 23-24; y del mismo autor, una versión ampliada del recién citado, "Experimentación animal – Razones, limitaciones, perspectivas", in F. Mañé Garzón; J. I. Gil Pérez; S. Burgues Roca, "Informe de la labor realizada por la Sección Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina durante los años 1993-1994", *Ses. Soc. Uru. Hist. Med., 15*, Montevideo, 1995, pp. 308-310; incluye como apéndice documental la carta enviada por el decano E. Touyá al Embajador del Uruguay en Francia, Dr. Héctor Gros Espiell.



LIGA URUGUAYA CONTRA LA VIVISECCIÓN

Fundada el 14 de Agosto de 1932

MEMORIA
Y BALANCE

CORRESPONDIENTE AL TRIENIO

1933 - 1936

M.
1335

SEDE SOCIAL: RINCÓN 699
MONTEVIDEO

Portada del ejemplar de la Biblioteca Nacional. (Gentileza de la Br. Victoria Estellano Sastre)

Por otra parte, también cabe destacar otros antecedentes más lejanos en el tiempo, pero que se suman como fuentes imprescindibles para estudiar la evolución de la "vivisección y la experimentación animal" en nuestro país. Nos referimos, por una parte, al vigoroso movimiento naturista promovido por el profesor Antonio Valeta, director del Centro Naturista "Higiene y Salud". En la cuarta edición de su libro *El Naturismo en el Hogar* (1927) incluye un capítulo titulado "Los animales y la civilización" en el que se despacha contra los "crímenes de la vivisección (...) en las grandes salas de experimentaciones y en los lúgubres laboratorios de sueroterapia, vivisección y bacteriología". Además de varias ilustraciones sobre la vivisección y experimentación animal, algunas notoriamente tendenciosas, Valeta cita los juicios de los médicos: E. G. Seé (sic); probablemente se refiere al famoso clínico y fisiólogo francés Germán See (1811-1896), profesor de la Facultad de Medicina de París) y Hyrtl (probablemente se refiera al anatomista alemán Joseph Hyrtl (1810-1894), ambos en contra de la vivisección como método de experimentación y como método de enseñanza a los "gaznapiros" en las escuelas de medicina. Así mismo cita la obra de las "Sociedades protectoras de animales; de Buenos Aires, "presidida por el Dr. Ignacio L. Albarracín, apóstol defensor de los seres mudos, fallecido ha poco" (incluye su retrato), "y la no menos importante institución "Gral. Artigas" del Uruguay, presidida por Emilio Queirós (incluye retrato). *Cf.* VALETA, Antonio (1927) *El Naturismo en el Hogar. Tratado de higiene, vegetarianismo, estética humana y medicina natural. Cuarta edición, Muy aumentada y corregida.* Montevideo, Talleres Gráficos "Prometeo". 912 pp.; aquí, pp. 163-170.

La otra fuente a tener en cuenta es la *Memoria y balance correspondiente al trienio 1933-1936 de la Liga Uruguaya contra la Vivsección.* Montevideo, Talleres Gráficos Prometeo. 16 pp.*

Entre las secretarias de esta asociación evidentemente vinculada a las instituciones uruguayas de Valeta y Queirós, se destaca la presencia de la doctora en medicina Nylia (sic) Molinari Calleros, graduada en Montevideo el 21 de diciembre de 1924. Uno de nosotros (S.B.R.) ha identificado la labor que desarrolló esta profesional en la "Liga Uruguaya contra el Tráfico de Mujeres y Niños". *Cf. Boletín de la Liga Uruguaya contra el Tráfico de Mujeres y Niños* [Dir. Nylia Molinari Calleros] *Año I,* nº 5, Montevideo, 1937. 24 pp.

---

* En el mes de noviembre (2001) la Br. Victoria Estellano Sastre, presentó en el "Seminario Mensual de Historia de la Medicina" que organiza el departamento correspondiente de la Facultad de Medicina bajo la dirección del Prof. Em. Dr. Fernando Mañé Garzón un análisis pormenorizado del contenido de dicha *Memoria*, en el marco de la preparación de un nuevo repertorio de *Publicaciones médicas nacionales del Siglo XX.*

Prólogos, reseñas y comentarios de libros

Jacques-André Duprey. *Crónicas del Mosquito, Montevideo antes y después de la Fiebre amarilla de 1857.* Montevideo, Ediciones del Bichito, 1998, 246 pp.

Montevideo, 26 de agosto de 2001

Señor Jacques-André Duprey
21 de Setiembre 2976 Ap. 701
Montevideo.

Estimado Señor Duprey,

he recibido su libro *Crónicas del Mosquito, Montevideo antes y después de la fiebre amarilla de 1857,* que tuvo la amabilidad de hacerme llegar con una elogiosa dedicatoria que le agradezco así como el pedido de hacer un comentario sobre él. Será elogio y crítica.

Elogio en el sentido de haber reunido en él una abundante información dispersa, aunque toda ella de fácil acceso como Ud. mismo lo consigna. Tiene algunos datos interesantes, que desconocíamos, tal el viaje de Ernest Michel, con el relato de su estadía en la Isla de Flores en 1883, siendo médico de la Isla el Doctor Modesto Devincenzi, así como los referentes a la intervención de la Masonería en el Uruguay, recordando que hay datos, que deben compulsarse en las obras referentes a esta asociación del historiador Fernández Cabrelli. La ficha de la obra de Michel, comprende 383 págs., y numerosa ilustración, París, 1887.

El trabajo de Adolphe Brunel sobre la epidemia, *Mémoire sur la fièvre jaune qui en 1857 a décimé la population de Montevideo,* Paris 1860, 71 págs., lo poseemos nosotros y se encuentra en varias bibliotecas públicas de Montevideo. Brunel actuó muchos años en Montevideo, dejó numerosa descendencia, donde publicó varios trabajos y una monografía *Higiene de Montevideo,* 1862.

El esfuerzo que es sin duda encomiable, aunque se resiente de varios errores, falta de información pertinente y actualización epidemiológica especializada referida a la reciente bibliografía sobre ello.

Nuestra síntesis de la epidemia de fiebre amarilla de 1857, está bien asentado en mi libro *"¡No es para tanto mi tío! Vida y obra del Doctor Henrique Muñoz (1820-1860)* 1995, 199 págs. y sigs. No cita tampoco la estupenda descripción hecha por Rafael Schiaffino, *Vida y Obra de Teodoro M. Vilardebó*, Montevideo, 1940, así como las diferentes polémicas sostenidas sobre la contagiosidad, entre ellas la que protagonizó Bartolomé Odicini frente al médico brasilero Bentos Carvalho e Souza (Mañé Garzón, F. *Vilardebó...* (1989):355-389).

Si bien la propuesta de la transmisión de la enfermedad por el mosquito *Aedes egypti* (¡el género va siempre con mayúscula!) fue defendido y demostrado por Carlos Finlay en 1873, esta quedó ignorada y discutida y no aceptada hasta 1900 con la famosa misión Reed de La Habana, que Ud. cita en la bibliografía pero no en el texto. Hasta esa fecha era aceptada la etiología bacteriana propuesta por Sanarelli. No olvidemos y debe consignarse el descubrimiento de Louis D. Beauperthuy (1807-1871), médico francés radicado en Venezuela de la intervención del Diptera en el ciclo infectante. Le adjunto la portada del estudio pertinente y una puesta al día de la prioridad sin duda compartidas.

También consigna varios errores tanto de datos como de apreciación, la referencia a José Sanarelli (1871-1940), figura de gran importancia en la historia de la microbiología mundial y que pese a su equivocación con referencia al agente etiológico de la fiebre amarilla, detecta en su haber importantes descubrimientos (patogenia del cólera, agente de la mixomatosis, política sanitaria, fisiopatología, bacteriología, etc.) y lejos de "semi-olvidado", fue la figura médica más relevante de Italia hasta su muerte (1940); habiendo sido designado en 1922 Senador Vitalicio del Reino de Italia. Adjunto a Ud. un detenido estudio que hice sobre el origen del Instituto de Higiene Experimental de Montevideo, creado por él, y que aún perdura en su tradición y grandes éxitos, heredero pues de lo que, él dio el primer impulso. No es exato que no ejerció la docencia en nuestra Facultad de Medicina. En efecto dictó el curso de Higiene y Microbiología del cual ha quedado versión en la revista *La Facultad de Medicina*, 1895-1896. No se impuso de su cargo como Director del Instituto en la fecha que Ud. dice sino inmediatamente a su llegada donde dirigió la obra de instalación de éste. La fecha por Ud. mencionada es la de la Inauguración del Instituto. Formó aquí discípulos entre ellos su continuador al frente del Instituto, Felipe Solari (1870-1947) quien fue sin duda el primer bacteriólogo uruguayo y discípulo de Robert Koch. La inmunología y la patología universal conserva el nombre de Sanarelli en el llamado "fenómeno de Sanarelli" o Sanarelli-Schwartzman: shock endotóxico microvascular. El error de Sanarelli no es comparable con el que Ud. menciona pues esa fue una estafa, mientras que Sanarelli cometió un error al seguir la tendencia del momento de comparar la acción microbiana de

todas las bacterias con la del agente de la difteria, una exotoxina. Errores similares fueron cometidos por eminentes bacteriólogos de la época, entre ellos nada menos que por Robert Koch con su tuberculina y Juan Bautista Lacerda en Brasil con el descubrimiento que creyó cierto del agente bacteriano del Beri-beri, etc. No está demás consignar que casi todas las investigaciones de Sanarelli fueron publicadas en las dos revistas sobre microbiología más prestigiosas de la época: *Annales de l'Institute Pasteur de Paris* (en ellos fue publicada su monografía sobre la Etiología de la Fiebre Amarilla (1897), cuyo texto y láminas son el primero de traducción completa y las láminas fueron las grabadas por técnicos uruguayos; y en *Centralblat für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionenfranhaiten.* Las críticas y pretensiones de prioridad que formuló Domingo Torres en el Brasil, no pasaron de calumnias, hechas por un silvestre, idóneo sin formación microbiológica. Prueba de ello es que Adolfo Lutz la más eminente figura de la ciencia médica brasilera vino a Montevideo, comprobó las experiencias de Sanarelli y las apoyó calurosamente.

Su aporte es práctico al sintetizar la información dispersa aunque accesible y hace un resumen de la epidemiología de la enfermedad en base a bibliografía de enciclopedias por lo que omite el estado actual de la nosología y epidemiología de ella. Es de indispensable consulta la obra de James Ward, *Yellow Fever in South America: a geographical study*, Liverpool, 1972. Con respecto a emprender cualquier estudio sobre la historia de una enfermedad existen dos obras, que contamos en nuestro servicio cuya compulsa es primordial: *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, 2 vols., de W. Bynum y Roy Porter, London, 1992 y 1993:1100-1107. Los datos consignados con respecto a las epidemias en el Uruguay en el siglo XIX, que pienso fueron tomadas de Joaquín de Salterain, *Anales de la Facultad de Medina de Montevideo*, 1923, *8*:887-934. Existen varios errores tanto de copia como de concepto y nosografía.

Muy fácil le hubiera sido referirse al Departamento de Historia de la Medicina a mi cargo y hubiera puesto a punto su esfuerzo, evitando errores que desmerecen injustamente su trabajo.

Por último es una pena que no asiente las fuentes consultadas dando la ficha exacta. Su bibliografía está dispuesta en orden cronológico, forma usada por la literatura histórica alemana y que se ha abandonado.

Todo esfuerzo merece encomio y debe dejar en el que con leal propósito, como Ud., lo emprende, satisfacción, reproches y estímulo. Satisfacción pues ha recogido un cúmulo de datos que ha tratado en forma de divulgación accesible a todo lector culto; reproches ante la evidencia de las constructivas críticas que le he formulado en la forma más objetiva; y estímulo para volver en otra empresa, con las enseñanzas y la experiencia adquiridas en la realización de esta simpática obra.

Suyo afectísimo,

[Firmado] Fernando Mañé Garzón.

Prólogo al libro *Pedro Larghero – Cirugía y Pasión**

Fernando Mañé Garzón

La personalidad del Profesor Pedro Larghero merece ser destacada en forma especial en la historia de nuestra Medicina, y en particular, en la historia de nuestra Cirugía.

Fue un prototipo de singular personalidad, talento y creatividad, un ejemplo de Maestro. Esto último está demostrado en el libro que se nos ha dado el privilegio de prologar.

¿Por qué este homenaje hoy, a casi un siglo de su nacimiento y a casi cuarenta años de su muerte? No es porque se desee revivir algo olvidado, pretérito, superado. Es para dar nuevo testimonio de una personalidad que integra el capital médico de nuestra comunidad científica.

La historia de nuestra Cirugía cuenta ya con más de un siglo, concretamente ciento quince años, y ha cumplido un tránsito bien sustentado por la formación de centros quirúrgicos de demostrada solvencia. No se inicia con la creación de la primera Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, que -como tantas veces ocurre- sufrió vicisitudes de peregrino desempeño hasta que fue nombrado un cirujano excepcional, Don José Pugnalini (1840-1900). Formado en Italia, doctorado en Pavía –donde adquiere su destreza quirúrgica- se desempeña luego como Médico Naval. Se radica en Montevideo y cumple desde su Cátedra una misión pionera, en ella se formará la primera generación de cirujanos uruguayos: Luis Pedro Lenguas (1863-1932), Alfonso Lamas (1867-1957), Luis Pedro Mondino (1861-1901), Juan Francisco Canessa (1868-1942), Manuel B. Nieto (1873-1940) y Jaime H. Oliver (1866-1931). Esta generación formará a su vez la siguiente, centrada en la figura de Alfonso Lamas y de sus numerosos discípulos.

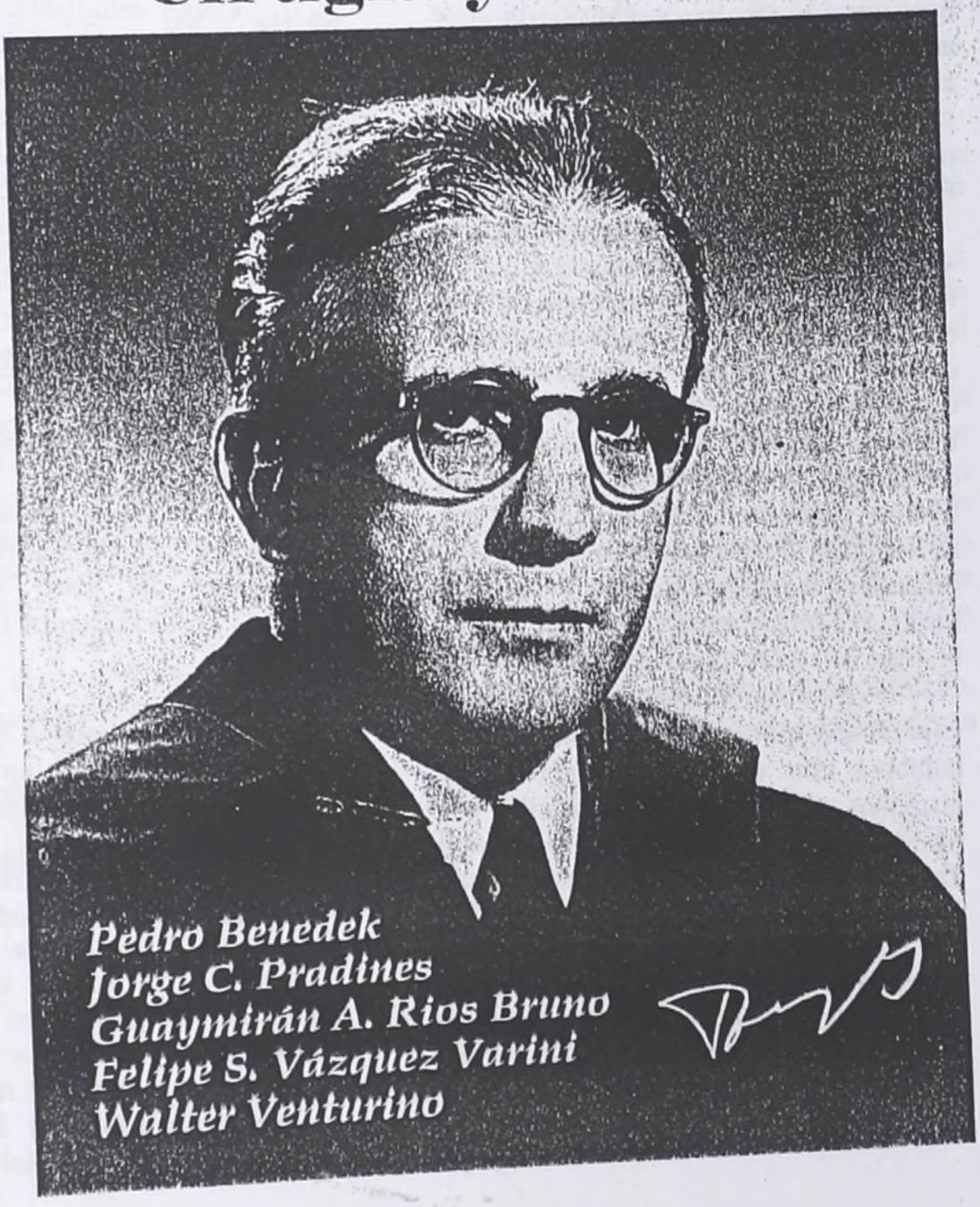
A esta escuela vernácula viene a agregarse una nueva, cuyo fundafor fue Alfredo Navarro (1868-1951), que adquiere toda su formación cultural y médica en París, donde fue Interno de los Hospitales. Trajo a nuestro medio la disciplina médica francesa de fines del siglo XIX, Escuela regida por los eminentes clínicos Le Dentu, Delbet, Hartmann, Terrier, etc. Rivalizando pero no combatiendo, Navarro formó a su alrededor numerosos cirujanos, al mismo tiempo que difundió conceptos clínicos desde la Cátedra de Patología Quirúrgica primero y luego desde la Clínica Quirúrgica, que desempeñó durante más de cuarenta años.

Vigorosa personalidad, de firmes convicciones, supo imponer una modalidad tanto docente como asistencial, que le valió rápidamente

* BENEDEK, Pedro; PRADINES, Jorge C.; RÍOS BRUNO, Guaymirán A.; VÁZQUEZ VARINI, Felipe S.; VENTURINO, Walter (2000) *Pedro Larghero [1901-1963]. Cirugía y pasión* . Montevideo. Talleres Gráfica Industrial Uruguaya. 176 pp.

Pedro LARGHERO

Cirugía y Pasión



reconocimiento tanto de sus colegas como de la sociedad uruguaya. Su primera generación de discípulos estuvo constituída por Francisco Ruvertoni (1889-1945) y Ángel Gaminara (1863-1960).

Pero fue sin duda la generación que formó en su madurez, la que adquirió mayor brillo; en ella se destaca, sin duda, Pedro Larghero. Fue su leal y fiel discípulo, y en él se perpetuó -y se perpetúa hasta el día de hoy- esa Escuela Quirúrgica.

Larghero, dotado de una singular vocación médica y quirúrgica, sintió la imperiosa necesidad de volcarla en bien del paciente, autoestimulado por la creación contínua y una estricta disciplina laboral y técnica, que lo llevaron rápidamente a adquirir el dominio global de la Cirugía de su tiempo. Nada de ella le era ajeno; desde la cirugía abdominal clásica hasta la neurocirugía, pasando por la cirugía torácica y cardiovascular, las que llegó a realizar con total solvencia técnica.

Al mismo tiempo que adquiere su experiencia quirúrgica de coordinación, colabora con el afamado cuarteto de cirujanos de urgencia, integrado por Manuel Albo [1886-1935], Garibaldi Devicenzi [1881-1973], José Iraola [1881-1967] y Domingo Prat [1882-1973], que integran la segunda generación de cirujanos uruguayos. Esta Cirugía de Urgencia la continúa luego como uno de los integrantes del Bureau Central de Cirugía de los Hospitales de Montevideo.

Formó parte de la tercera generación de nuestros cirujanos, todos ellos figuras relevantes: Juan Carlos del Campo (1896-1978), Abel Chifflet (1904-1969), Víctor Armand Ugón (1900-1972), Velarde Pérez Fontana (1897-1975) y otros.

Como estudiantes y Practicantes Internos, fuimos seducidos por su energía, seguridad y actitud de respeto a los pacientes; aprendimos junto al Maestro, la actitud adecuada ante ellos, tanto en lo formal como en la manera de hacerles sentir la consideración, el respeto y la esperanza de recuperar la salud perdida.

Su palabra era medida, justa, siempre segura, e inspiraba confianza y admiración.

Esta fineza natural en el trato la ejercía también en sus clases: cortas, directas, concretas; destacando siempre el aspecto anátomoclínico. De hábil exposición del caso clínico, sabía realzarla con excelentes esquemas en el pizarrón.

Ponía ante sí una bandeja cubierta con un campo quirúrgico, que ocultaba las piezas anatómicas, que luego mostraba y disecaba ante los intrigados ojos de los estudiantes, a quienes hacía intervenir con frecuencia.

Hombre de mediana estatura, complexión fuerte, de agradable y simpática actitud, de esmerada educación adquirida en un hogar de desahogada solvencia patrimonial, acogedor en el trato, de rasgos regulares y armoniosa cabellera blanca, era su mirada siempre inquisitiva y firme,

pronto a tomar actitudes resueltas y adecuadas a la situación, lo que le permitía ser ejecutivo, tanto en la conducta clínica como en la organización asistencial y administrativa.

Estas características de Larghero hicieron que nunca pasara desapercibido, y sabía imponer sus sólidas convicciones, transmitidas con entusiasmo y respetadas y admiradas por todos aquellos que captaban su singular vocación, valía y esfuerzo.

No intentaremos resumir lo que tan admirablemente plasman los autores, en particular los discípulos del Profesor Larghero, pero sí quiero expresar que el libro es un análisis completo de tan fascinante personalidad, donde se destaca su vocación avasallante para el hacer clínico, su resuelta actitud quirúrgica y el compromiso prioritario de hacer solamente el Bien.

Transmitir esta experiencia clínica a todos los que supieron aprovecharla, desde los propios pacientes sin distinción de ningún tipo hasta los estudiantes que vieron en él un ejemplo de disciplina científica, dedicación y altas exigencias morales.

No es valor ajeno a esta obra el verdadero cariño y admiración con que los autores exponen la vida y personalidad del Maestro, con sus vertientes brillantes y ejemplares y alguna debilidad inherente a su condición humana, que no hace más que sublimar esa admiración, que no fue ni es vana, pues les permitió distinguirse, continuar la obra del Profesor Larghero y transmitir a las nuevas generaciones una impecable formación clínica que la hace ser reconocida más allá de ellos mismos.

Gracias a este libro, Larghero será una figura tan presente hoy como lo fue hace cuatro décadas.

Queremos terminar este prólogo repitiendo los párrafos finales de la semblanza que en 1963 hiciera el Profesor Juan Carlos del Campo:

"Si se hace la historia de la cirugía de nuestro tiempo, el máximo lugar le corresponderá a él, que, sin el abrigo de la fe religiosa, sin el consuelo filosófico, sin acogerse a un descanso lógico y egoísta, hizo de su obra quirúrgica el fin de su existencia, pasara lo que pasara.

Y trabajando, combatiendo, proyectando, quemó hasta el final de su vida".

Prólogo al libro *Médico se es toda la vida. Historia de vida del Dr. Francisco Gómez Gotuzzo**

Fernando Mañé Garzón

Cuando nuestro colega y compañero de actividad universitaria, Silvio Ríos, me ofreció, en nombre de los colegas de Artigas, hacer el prólogo a una autobiografía de Francisco Alberto Gómez Gotuzzo, "Franco", para familiares, amigos, colegas y pacientes, me estremecí gozoso, con un alboroto de sorpresa y emoción, pero sobre todo, de gratitud y confianza, confianza en el eminente privilegio de presentar esa vida ¡y qué vida!

Si bien no fuimos compañeros, ni colegas en la especialidad, ni trabajamos juntos, dada su apartada radicación en el lejano Artigas, fuimos sí aspirantes, y ello es mucho decir, en el Concurso de Practicantes Internos de los Hospitales [del año 1950]: ¡empatamos en el 11° puesto!

Tuvimos sí amigos comunes, no dejaremos de nombrar al dilecto y talentoso pediatra y señor Eduardo Vignolo, siempre presente, con quien compartí tantas horas de estudiantes y luego de charla y consultas, seguí la carrera de Franco, que con su inseparable hermano mayor Juanacho, a quien no supo respetar la ignominia, lograron la admiración y el respeto de toda la grey médica nacional.

Con este ánimo, como dije, de emoción y más aún de responsabilidad, emprendí la detenida lectura del relato de la vida de Franco, de su viva voz que tan bien ha sabido componer la socióloga Paola Díaz, sin hacer perder en él la gracia espontánea, la viveza y frescura de lo sincero, la frugalidad expresiva, así como el decidido rigor de sus convicciones. Sus frases, sentencias que fueron elegidas para acápite de los capítulos revelan estas acepciones.

Si el tema era tentador, la lectura no me defraudó, sino por el contrario me fue captando con vigor y empeño en no descuidar ni un solo episodio, una sola reflexión.

Son contados los libros de esta temática en nuestra cultura, no son frecuentes entre los memorialistas, aquellos que dejan plasmada la trayectoria de su vida, de una vida que así lo merece: actos y testimonios, y aún menos son los que componen los médicos. Es como si esta vida de permanente actividad, ya sea docente o asistencial o de investigación absorbiera todas las energías y no dejan decantar de ellas, el fruto sazonado de este transcurrir, de ese gozar y sufrir en defensa del bien y de la vida que es finalmente el destino del médico. Bien lo

---

* DÍAZ, Paola (2000) *Médico se es toda la vida. Historia de vida del Dr. Francisco Gómez Gotuzzo.* Montevideo, Ediciones Multiplicidades, 179 pp.

dice Paola Díaz, vale conocer y disfrutar esta vida pues la medicina es una ciencia social, aún diré más, es una ciencia del hombre, se adscribe a la antropología cultural en forma tan estrecha como dinámica.

Bien se lo dijo su padre a Franco, y bien lo recoge el título de esta obra: "¡Médico se es toda la vida!", a lo que yo agregaré, y quizá con redundancia: el médico que dice que no tiene trabajo es que no quiere ser médico...

Guiado, Franco, por una deleitable vocación, emprende su larga carrera, que sensiblemente revive: el hogar paterno en la lejana ciudad de Artigas, allá en los confines, el padre médico, un tío también médico, la madre acogedora y entusiasta, la radicación con su hermano Juanacho en Montevideo, en las acogedoras pensiones, luego en el apartamento, de esa ciudad, para ellos extraña y de sensaciones nuevas. Estudios y vida colmada, ilusión no claudicada, la novia a las pocas cuadras, Matilde, la compañera que supo elegir y que colmó sus esperanzas, precoz y riesgosa unión, que exigió y sublimó más esfuerzos y privaciones, concursos, exámenes, trabajo que obliga y enseña.

Cuatro componentes se integraron a esta vigorosa personalidad, en ciernes que quiero en especial destacar para facilitar o mejor dicho disfrutar del relato que nos espera: cuatro concursos de oposición en un inicio de carrera docente: disector y ayudante de Medicina Legal, Practicante Interno, Jefe de Clínica y la revelación, su camino de Dámasco: el Maestro.

No es necesario comentar estas etapas: disciplina en el estudio no curricular que asegura su latitud científica y docente. El concurso de Practicante Interno (región duodenoyeyunal, rotura de bazo ¿recuerdas Franco?) y el afanoso desempeño de sus semestrales rotaciones, aprovechar lo más posible, la responsabilidad asistencial, las guardias de medicina heroica, la capacidad adquirida para resolver todo, ¡sí todo! Y con responsabilidad y seguridad. Período este de tres años, que para Franco fueron cinco, que permitieron darle una base de solidez inconmovible para luego sobre ello rematar lo que más se ajusta a su segunda vocación: la especialización quirúrgica, pero que sin ella no tendría sólidos cimientos.

Las dos próximas etapas de la vida médica de Franco van juntas: se revela ante él un maestro: Eduardo C. Palma, entre quienes por una misteriosa afinidad que los relaciona intelectualmente, va a beneficiar a ambos: el maestro encuentra a quien le siga, y a quien prodigar con deleite su saber y el discípulo encuentra el apoyo que le faltaba para hacer germinar, crecer y madurar sus cualidades, confianza en la vocación y destino. Así fue el diálogo: "¿Cómo voy a perder una oportunidad de estas?" A lo que le contestó su padre: "Sí, te comprendo, todo lo que se puede aprender con una persona así".

Asume un compromiso de perfección y trabajo, afín a su vocación y aptitud quirúrgica, durante el desempeño

de ese tránsito tan fermental que es el ejercer la Jefatura de Clínica (ayer adjunto hoy asistente grado II), que salvo muy honrosas excepciones culmina una formación clínica.

Y viene el momento de la opción, opción y conciencia de lo que al elegir dejamos. Firme, decidido y con cinco hijos, auto y bártulos, emprende la conquista del hacer, de forjar su porvenir para sí y para su familia.

Artigas, 1960. Una vida profesional, que había que transformar y hacerla a la altura de la época, a la altura de los antecedentes de sus esforzados antecesores, a la altura de la sociedad que toda ella así lo requiere y merece.

Rico y conciente de un formación quirúrgica tan completa como eficiente, indispensable complemento neuroquirúrgico dado lo alejado de los centros que cuentan con esos recursos, emprenden ambos hermanos, junto a otros esforzados y entusiastas colegas, llevar a Artigas la asistencia de tercer nivel que esa colectividad ya requería. Ese va a ser la ímproba labor de una generación, la suya, a su vez continuada con la transformación que ha hecho la actual.

Fue su generación de cirujanos la que vio el fin de la anterior, y el inicio y desarrollo de la actual. La anterior sobre todo la de urgencia, aun heroica, de sagacidad clínica, sin recursos diagnósticos mayores, anestesistas empíricos (había que arreglarse las más de las veces con el aparato de Ombredanne) y ayudantes noveles, sueros subcutáneos o a la Murphy, neurocirugía exploradora, transfusiones de rigor variable... Supo esta pujante generación imponer la actual, regalada y metódica, preparando al paciente, rigor exigido en la anestesia, exámenes complementarios apropiados, vías parentales eficaces, control postoperatorio arbitrado.

Es ahora en esta grávida antología de la actuación de Franco y de Juanacho, pues "como los tientos de un lazo se entreveran" son dos vidas, que con firmeza y convicción van a instrumentarse ese destino que los reclama: medicina interna y radiología en la no menos probada, erudita y talentosa presencia de uno, la acabada solvencia quirúrgica del otro y como ocurre ante esos ejemplos, a ellos se fueron integrando y formando colegas dignos, muy dignos de ellos, hasta constituir un equipo de función permanente y armónica.

Los detalles, anécdotas, temores, angustias, anhelos, audacias tal vez, de ese esforzado camino, forman el alma de las páginas que se van a leer.

Las satisfacciones del ejercicio clínico, las acechantes trampas que son inherentes a la asistencia, las dudas que obligan a discriminar con ecuanimidad y saber, la fortaleza ante las críticas, la humildad sentida ante el elogio, todo ello surge con la frescura de un espíritu joven que no se ha doblegado en la lucha. Son exquisitas las anécdotas con una intención de sutil enseñanza. El médico lo debe saber, el cirujano reflexionar, y la enfermera reconvenir su ineludible y eficaz presencia.

Años de forja, contraído por el imperativo asistencial que es al par que ejercicio, estudio y meditación. Ello siempre implica ser absorbido, ser arrollado por la necesidad inminente que nos hace sentir culpables de descuidar lo que con igual amor, pero que vemos más seguro, delegamos no descuidamos: nuestra familia. Pero dejamos, cuando el hogar es bien alentador, nuestro ejemplo, que es decir los amamos y los protegemos con el bien que prodigamos, nos ven dar y recibir poco a cambio, reflejar en nuestro rostro las angustias ante el dolor ajeno, la satisfacción ante lo emprendido con toda el alma. Esta es una real, no virtual, presencia.

"Médico se es toda la vida", no hay ni una sombra de duda. La edad en la gente solo lo transforma. La "clínica" ha dicho Gregorio Marañón "es un amor apasionado".

Así como de la vida de Hospital-Sanatorio, sin un desliz ni amargura, esa generación pasó a la asistencia colectiva total, de estructura administrativa más rígida, que dio paso a una nueva concepción de la asistencia, la especialización, la excesiva dependencia de los exámenes complementarios, la cotratancia, debe esa nuestra generación que hoy entrega la antorcha a la surgente, sublimar su actividad para que en rica experiencia, que en lo personal no es transmisible, lo sea en la conciliar, armonizar y valorizar lo que es la esencia de la medicina clínica a través de los siglos: curar, mejorar, aliviar, amar. En este libro encontrará el lector ese mensaje.

Nada más en el espíritu de este libro, tan singular y rico, que meditar esta sentencia de Paracelso:

> "El más alto grado de la medicina es el amor. El amor enseña al arte, y sin amor no se puede ser médico. Charlar y decir frases agradables es tarea de la boca, ayudar y ser útil es tarea del corazón. Por el corazón se forma el médico".

*Eduardo Mizraji. El Segundo Secreto de la Vida: La evolución biológica y las moléculas. Crónica de un encuentro. Montevideo, Ediciones Trilce, 1999. 127 pp.**

La nueva biología

Dos métodos, una ley general y dos secretos

Fernando Mañé Garzón

El segundo secreto de la vida, el concepto de regulación, condicionante de la adaptación de los organismos, luego de formularse el primero, el código genético en la básica estructura especial del ADN, vienen a complementar en forma concreta la ley fundamental de la vida: la evolución témporo espacial de los organismos, la teoría de la evolución (que en realidad son cinco: los organismos evolucionan en el tiempo, tienen una descendencia común, están sujetos a la especiación simpátrica y alopátrica, siguen una diferenciación gradual y todo ello lo hacen meced a la selección natural).

El libro recientemente publicado por Eduardo Mizraji, distinguido investigador de formación médico biológica general y en particular en biofisica y neurofisiología, merece no solo un comentario elogioso, sino un reconocimiento por un trabajo que reclama ser leído, estudiado, meditado y promovido con el mayor entusiasmo. Lleva en una palabra al lector al límtie del conocimiento y esto es, el valor de todo libro científico: ahora ¡a Ud. le toca pensar y obrar! Es particularmente con este fin que nos ha movido la inquietud de contribuir con un análisis de intención de ninguna manera complementaria, a la difusión fuera de los ámbitos especializados de su fascinante conteni-

* Este libro motivó el artículo que aquí reproducimos, publicado originalmente en la revista *Relaciones, 191* (Abril): 16-18. Montevideo, 2000.

do expuesto en forma clara y reflexiva.

Síntesis de una perspectiva ineludible de la biología moderna ofrece a todos los que aspiran a la cultura de su tiempo una accesible visión de a dónde se dirige el renovado esfuerzo por saber qué es la vida, por lo tanto a todos, ¡a tiros y troyanos! Por su estudio deben pasar los que aspiran a ser biólogos, diría más, a los que se ven requeridos por integrar su saber en un auténtico humanismo.

Dos metodologías

Es prioritario en el ámbito de la epistemología biológica recordar que la biología tiene dos metodologías diferentes, que aunque mucho tiempo independientes, sin integrarse hace imposible su cabal conceptuación: el método descriptivo-evolutivo y el método experimental, este último compartido totalmente con las ciencias físicas y las ciencias químicas[1]. Será común a ambos métodos la abstracción matemática ("natura e scritta in lingua matemática" Galileo dixit) que va desde proponer modelos matemáticos o expresar los datos dinámico-evolutivos o experimentales en hipótesis o teorías de formulación matemática: porta et clavis scientiarum la llamó Frascis Bacon (1561-1626).

Su análisis detallado y apropiado del segundo secreto, inmerso en el de evolución selectiva, muestra con total evidencia y claridad el encuentro (y en ese sentido que interpreta *Crónica de un encuentro*) a esas dos metodologías hasta hace poco tiempo opuestas: tiempo vital próximo individual (sincrónico con su ciclo virtual) y tiempo alejado (diacrónico en las eras evolutivas, y geológico). Tiempo próximo el experimental; tiempo histórico, el descritpivo evolutivo, que nace con Charles Lyell (1797-1875) al postular en sus *Principles of Geology* (1830-1833) la evolución histórica, en tiempo geológico de la corteza terrestre (no olvidemos que Darwin al juzgar su famosa obra dijo: ¡siento vergüeza, pues la mitad de ella salió de la cabeza de Lyell!). Nada es válido en biología ha dicho Theodosius Dobzhansky (1900-1975) sino a la luz de la evolución, y esta no se estudia ni se concreta solo a través del método experimental sino también del método descritivo-evolutivo[2].

Los secretos de la vida

Los biólogos hasta la primera mitad de este siglo se formaron en uno u otro de dichos métodos, los que recién entraron a fundirse al reclamarse en la afanosa y unificada exigencia y evidencia de la evolución, Así como lo exigió la teoría de la relatividad a los tiempos físicos, la biología para ser entendida requirió dos tiempos: un tiempo histórico (descriptivo evolutivo) y un tiempo ciclo vital (tiempo experimental). En el decurso del libro de Mizraji se plasma, aunque tácitamente, la unidad de estas dos perspectivas metodológicas de la biología. El gran

filósofo de la ciencia que fue Leonardo da Vinci, que practicó el primero, avant la lettre, el método experimental, supo decir con la acuidad inductiva que caracterizó su inquietud por saber: "la natura e piena d'infinita ragione che no furano mai in esperienza"[3]. Y es de gran valor la participación de ello en un gran biólogo Jacques Monod (1910-1976), zoólogo (metodología descriptiva-evolutiva, y sus trabajos iniciales con Chatton (sobre morfología, sistemática, filogenia y metabolismo axénico de los cilliata) que con justicia André M. Lwoff (1902-1994) le reprocha no recordar, y su ulterior cultivo de la biología experimental y teórica. Así lo hizo Darwin, zoólogo descriptivo y teorizador avasalante.

Primer secreto de la vida, la estructura y autorreproducción del ADN y la potencialidad genética de la especie; segundo secreto de la vida: la regulación del medio interno que va desde el primer concepto de Claude Bernard (1813-1878) a la regulación molecular, pues no es otra, la alostérica de Jacques Monod. Iguales tránsitos, una fuerza ignota, aunque medible: la selección natural, como la atracción universal, igualmente desconocido su origen y naturaleza, pero sujeta a leyes concretas y medibles.

Bastan estas tres observaciones para dar particular atractivo a su excelente esfuerzo de profundidad y de síntesis.

Los organismos se diferencian haciendo esfuerzos selectivos a fin de adaptarse a su medio, mediante un equilibrio variable que les permite tolerar los cambios ambientales, Recordar aquel principio que formuló Clemente Estable:

> "Los seres vivos evolucionan aumentan independientemente sus constantes, lo que les permite independizarse del medio y van conquistando mayor libertad: el ser que cuenta con más constantes depende menos de las oscilaciones accidentales del mundo en que vive"[4].

Mizraji lo propone desde el inicio. La convergencia de la teoría de la evolución y la de homeostasis. Una ciencia biológica integrada y esa integración se concreta justamente en la articulación de sus dos metodologías como ya hemos dicho. Su propósito lo ha alcanzado al hacer surgir su impronta desde las iniciales investigaciones con Mario Calcagno, hasta ir penetrando cada vez más en el segundo secreto de la vida, "la capacidad de las proteínas alostéricas de armonizar las rigideces de la fisico química con las libertades de diseño que articula la selección natural: cierra y abre".

Gran parte del capítulo II está destinado a la relación conflictiva del fenómeno vida con la fisica y la química. Ernest H. Haeckel (1834-1919), el eminente zoólogo teorizador, creador de la teoría de la gastrea aún vigente de la generalización de la ley biogenética fundamentales (antes de la recapitulación de K.E. von Baer, 1828)[5]. Más que darwiniano era materialista, pues nunca dio mayor preeminencia a la selección natural, era darwiniano de la primera teoría (descendencia común) y

lamarckiano (ver el capítulo *Introducción a la Historia de la Creación Natural*), mientras Loeb también materialista estricto, creyó posible definir: "a los seres vivos como máquinas químicas... nada impone suponer que las ciencias experimetnales pueden lograr un día producir artificialmente máquinas vivientes, atenido a su determinismo material sin entrar a discriminar otras causas últimas".

Concluye luego que la utilización de los métodos fisicos y químicos permitirá medir las actividades biológicas y sujetarlas a modelos matemáticos (p. 125).

Surge así, y es ineludible hacer una consideración, desde los fisiólogos materialistas alemanes ("la banda de los cuatro"), una ciencia biológica dependiente de la física y la química: sus leyes son sus leyes[6]. Sin embargo, esto no es aceptado hoy así, sin por ello caer en un extremo, el vitalismo tanto clásico de Georg Ernst Sthal (1659-1734) como el más reciente de Hans Driech, ni en el otro de Julien Offroy de La Mettrie (1709-1751) "L'homme machine" (1748). La biología es una ciencia independiente de aquellas de las que se sirve en la experiencia y medición de las funciones y tiene sus propias leyes y sus propios principios, que Ud. muy bien concreta: en la compleja rigidez y plasticidad del genoma (código genético) en el desarrollo (ontogenia) en el control de equilibrio homeostático (cibernético) en el recrearse a su semejanza (reproducción) a lo que podríamos agregar la programación (telosnomia de Monod) y la historia evolutiva diversificada en el tiempo por la selección natural (filogenia). Todos estos principios pueden parcialmente concretarse por las leyes fisicas y químicas pero no reducirse a ellos[7]. La vida orgánica es un sistema jeráquico de interacción de funciones que responde a esas otras leyes[8].

Aquel que no tiene en cuenta el método descriptivo-evolutivo (tiempo geológico y filogenético) no tiene en cuenta que el método experimental solo explica un tiempo limitado al suyo, al del ciclo vital del organismo en cuestión.

Lo ideal y lo posible

Volviendo a la esencia fascinante del ensayo de Mizraji, la enzimtología, el origen de su individualización como agente catalítico primero y luego como un cada vez más complejo agente de adaptación funcional de control y estabilidad funcional en relación a los principios de la termodinámica, que culmina con la obra asombrosa de Monod. Este une la zoología con la genética y la bioquímica enzimática en un proceso dinámico, para trazar luego la reconcepción del "medio interno" de Claude Bernard y de "homeostasis" de Walter B. Cannon (1871-1945), el síndrome general de adaptación de Hans Selye, hoy un tanto olvidado pero aún válido, y la regulación cibernética de Haldane y otros, feed-back positivo y negativo, que conduce al pensar ingenuo

a una teleología, a un propósito tácito y finalista. No entrando a comentar los ajustes perspicaces del demonio de Maxwell, el fenómeno de De Latil, a la máquina de Ashby que pretende lograr modelar un sistema de convariaciones interregulares, que con humor dijo ser ultraestabilidad y un mordaz crítico máquina para hacer nada y paradójicamente es quizá lo más perspicaz, que conduce a una adecuación, sin despreciar las máquinas con entradas. Y entra entonces en juego la selección natural que muchos han llamado el inspector de calidad de los organismos.

Pero no deben olvidarse que tan invariantes como parecen estos siguen evolucionando y la selección natural no es nunca la solución ideal, sino la temporalmente posible. La evolución es oportunista. Se vale de lo que puede. Ejemplo, el cambio filogenético de la acción de las hormonas en diferentes organismos y también en el mismo organismo según el período del ciclo vital[9] . El hombre participa de las ventajas por ella obtenidas pero también sufre de sus errores o más bien, aún no resueltas soluciones adaptativas. Ejemplo las aún presentes desventajas en el hombre de la bipedestación (ofrece al agresor armado o no, la cara anterior de la tibia solo cubierta por la piel y no la fuerte y protegida muscularmente de la cintura escapular, el peso corporal sustentado por la volumna vertebral), la posición gravitaria de los bronquios, sin dejar de tener presente herencias filogenéticas absurdas como la retina invertida, y no poder respirar y comer al mismo tiempo (solo lo pueden hacer los recién nacidos y el caballo: logra el primero aplicar su laringe al cavum y el segundo elevar hasta él, su móvil laringe)[10]. La naturaleza, la selección natural es sabia, dice un dicho vulgar, pero no siempre pues muy pocas veces ha logrado su fin último, la estabilidad morfofuncional que no ha cambiado para algunos organismos desde el Cámbrico (por ej. Echinoidea, Crinoidea): ¡sus representantes actuales son imposibles de distinguir tantas veces de las formas fósiles!

Esta siempre presente selección actuante, oportunista en el equilibrio de regulación, va siendo cada vez más eficaz en sutiles ajustes, ocurriendo nuevos equilibrios conservadores que permiten formular la ley de Ashby del regulador ajustado en variabilidad, equivalente a la gama de variabilidad puede destruir la variedad, algo que ya implica el caos dinámico (v.g. la variabilidad eficaz de la frecuencia cardíaca, la capacidad adaptativa de variación bioeléctrica del Sistema Nervioso Central (SNC), etc.)[11]. Y entramos en consideración del sistema inmunitario, creador, improvisador, dotado de una memoria similar, sino superior, a la del SNC: un banal y peregrino virus que apenas afecta la salud de un infante de 8 meses, despertará una reacción inmunológica que puede defender y salvar la vida de una reinfección por ese mismo virus ¡a una anciana de 80 años![12].

Y entramos ahora en el cautivante desarrollo de la plasticidad molecular que condiciona las adaptaciones en que se concreta el segundo secreto de la vida con la individualización en toda células de las proteínas alostéricas descubiertas por Jacques Monod, en su periplo zoológico, auxológico, fisicoquímico, genético y de formulación matemática (¡sin olvidar su labor espontánea de sensible violoncelista!) su pasaje por el Laboratoire de l'Evolution des Etres Organisés y la Station Maritime de Simereux. En penetrante y clara exposición relata nuestro autor, el nuevo concepto de las enzimas que de simples catalizadores casi pasivos se transforman en molecular polimorfas, con simetrías complejas, variaciones paradójicas, la adaptación enzimática (plasticidad, versatilidad, selectividad) y la influencia epistemológica de Karl Popper (1902-1994). De lo fácil, y siempre útil, un gen: una enzima de Beadle-Tatum, va a la soberana preeminencia de las proteínas alostéricas, y pasa del clásico simplismo: llave y cerradura, a la modulación adaptativa de efector-receptor, adaptándose, variándose, inducción bilateral que lleva a la misma concepción de sustratos también inductores y no inductores, galactósidos sin afinidad enzimática pero sí inductores y por fin inductores inhibidores de la enzima... todo ello sujeto al tantas veces arbitrario caos dinámico y comportamiento plástico del genoma.

En fascinante discurso llegamos, luego de numerosos pasajes, colaboradores eminentes, colegas, como François Jacob, Lwoff (n. 1920), el operón, grupo de genes de expresión coordinada por un operador: gen estructural y gen regulador, que incluye al eslabón final: el ARNm.

La selección conduce

Pero la revelación merece mayor expansión. Esa enzima racional y mecánica, por la magia intuitiva y certera de Monod y sus colaboradores, amigos, discutidores y también adversarios, logró idear concebir la compleja armonía de la relación inductor-efector no como aquella relación unimoda lo creía y se había en parte comprobado experimentalemente y aceptado, pero que la relación era una relación dinámica: las proteínas alostéricas que modifican la reacción final modificándose y modificando dinámica y estructuralmente el efector, siempre guiado por la acción señera y conductora de la selección natural. La comparación con Haeckel es ajustada en el ímpetu teorizador, generalizado. Era este un evolucionista que no asimiló totalmente la evolución, vería en la escala animal la descendencia misma pero no dio importancia a la especialización y a la selección manteniéndose en un entorno lamarckiano.

Quizá el primer zoólogo alemán que entendió bien y se adscribió a la evolución por selección natural fue Fritz Müller[13] difundiéndolo en su delicioso

libro *Für Darwin* (1864) nunca traducido ni al francés ni al español[14]. La más difundida obra de Haeckel: *Historia de la Creación Natural* (1867), libro que despertó tantas vocaciones, y que aún se relee a veces con provecho, así como sus monografías sobre los *Radiolaria, Hydrozoa, Scyphozoa* y *Siphonophora* son tanto obras de ciencia como de arte exquisito. Sin duda se asemeja a Monod, en su vocación teorizante, en la que sí descuellan ambos. Aunque, y ello puede parecer una herejía, en su vuelo generalizador y cautivante se asemeja Monod a Félix Le Dantec (1864-1917), quien con una formación similar de médico, zoólogo, bacteriólogo, patólogo, fisiólogo experimental transitó el camino de la renovación lamarckiana, que compartió con la gran mayoría de la ciencia biológica de su tiempo tanto alemana (Oscar y Richard Hertwig) (n. 1849 Y 1850 respectivamente) como francesa (Alfred Giard, Maurice Caullery) y que en nuestros países tuvo como discípulos a José Ingenieros en Argentina[15], a Santín Carlos Rossi (1883-1936) en el nuestro[16], cuyo libro que mereció una brillante elogio-crítica de J.P. Massera[17].

En su concepción de los sistemas alostéricos, logra la armonía entre las condiciones fisicoquímicas y el azar selectivo propio de los organismos vivos:¿no es esta la independencia definitiva de las ciencias de la materia inerte?

Viene ahora un intrincado y penetrante perfeccionameinto de esa idea, realidad mediante los aportes de Jean Pierre Changeaux, sitios catalíticos y sitios reguladores, estos sitios alostéricos que culminan en 1961 con el descubrimiento del segundo secreto de la vida al que llega mediante la ley de la evolución universal: la selección natural. La metódica contribución de Wymann en el estudio de la hemoglobina, una vez más dando novedades, con su teoría de la termodinámica en las macromoléculas, hasta llegar a la constante alotérica, el MWC, que conoce luego un tratamiento matemático, y volviendo a los Radiolaria de Haeckel, la idea y presencia de la "simetría" en su famoso estudio sobre simetría y función al que agregamos las sorprendentes observaciones y teorización matemática que plasmó D'Arcy Thomson en una obra ineludible *On Growth and Form* (1917)[18], donde el modelo matemático se confronta con la teorización matemática. Vale el estudio de la glucosamina-6-fosfato-desaminasa aislada de *Escherichia coli* por el bioquímico uruguayo Mario Calcagno, oligómero simétrico que se adscribe y confirma el modelo MWC.

El párrafo que dilucida sobre gratitud, versatilidad, doble bluff, capacidad de las proteínas alostéricas de respuesta reversibles en relación al sustrato, coenzimas o productos. Una vez más la evolución, la selección natural es oportunista, noción de gratitud que complemente con la de "relais" en su siempre releída Clase Inaugural al ocupar la cátedra de Biología Molecular del Collège de France, (que no traduzco por ser intraducible la palabra: relais):

> "j'ai employé le mot de relais. C'est bien celui qui convient. Car le rôle des proteines allostériques est d'etablir une communication, un couplage, entre des voies metaboliques qui, chimiquement independentes, n'adquirent leur valeur teléonomique qu'au prix d'une étroite coordination".

En la emegencia propiedad de reproducción, la multiplicación estará ordenada de formas muy complejas, y de primitiva la creación evolutiva de estructuras de complejidad creciente: "La teleonomia, es el término que se puede emplear si, por pudor objetivo, se prefiere evitar "finalidad", sin embargo 'todo ocurre como si', los seres vivos estuvieran estructurados, organizados y condicionados en vista a un fin: la sobrevida del individuo, pero sobre todlo la de la especie".

Por lo que, y esto va bien junto a la misión de métodos, funciones (experiencias) estructura (jerarquía, tiempo):

> "Es claro que estas dos propiedades paradojales por las cuales los sistemas vivos parecen distinguirse radicalmente de los no vivos, no son independientes, sino por el contrario estrechamente asociadas, dando que el proyecto teleonómico es la multiplicación de la especie, propiedad de emergencia"[19].

Cabe aquí reparar un asombroso párrafo de Claude Bernard: "No es avanzar demasiado diciendo que los fermentos (enzimas) contienen en definitiva los secretos de la vida".

De la filosofía a la ciencia

Origen de la vida, intrincada surgida de emergencia y teleonomia. Los complejos determinantes de las funciones del cerebro, los circuitos neuronales que Mizraji ha tan exitosamente investigado, hace recordar dos maravillosas sentencias. La primera de Michel de Montaigne (1533-1592) que dice, "y no se debe olvidar que hay dos tipos de ignorancia: la de antes de saber y la que viene después de saber". Y la otra, recordando a nuestro primer científico José Manuel Pérez Castellano (1742-1845), que dijo: "las hormigas no son infinitas pero no se acaban nunca"[29], lo que parafraseó Clemente Estable: "el sistema nervioso no es infinito pero no se acaba"[21].

¿Qué decir del epílogo? Empecemos por las leyes fundamentales de la evolución y en especial por Darwin. Quiero repetir la expresión de John Tyndall, uno de sus primeros defensores ingleses, en su famosa conferencia de 1870, sobre la imaginación en la investigación científica:

> "En el caso de Mr. Darwin, la observación, la imaginación y la razón combinada han recorrido con más sagacidad y un éxito maravillosos cierta distancia sobre la línea de la sucesión biológica. Guiado por la analogía, en su Origen de las Especies, ha colocado a la raíz de la vida un germen, primordial de donde se puede hacer salir la riqueza, la variedad admirable de la vida

actualmente existente sobre la tierra..."[22].

De ese germen brota el primer vástago, la regulación fisiológica que inicia Claude Bernard (no olvidemos que como todos los fisiólogos franceses, ¡era vitalista! Y de paso también que la única versión que se conserva del primer curso que dictó (1847), fue recogida por un uruguayo, nuestro primer médico académico, Teodoro M. Vilardebó[23], pasa por la renovación a la teoría sintética de la evolución, el neodarwinismo que teoriza la evolución articulando la selección natural con la genética mendeliana y la base material de la herencia que se inicia con Thomas H. Morgan (1866-1945) y fue introducida en nuestro pensamiento biológico por Francisco A. Sáez (1890-1976), en los años 1945-1950[24].

En su pensamiento teórico Clemente Estable no hace intervenir la selección natural, aunque eluda con fino sentido la filiación lamarckiana tan afín a la ciencia latina y se atiene a un evolucionismo filosófico surgido de su admiración por Henri Bergson (1859-1941) y su *L'Evolution créatrice*[25]. Se complementa luego con la estructura de ADN y el código genético, el mismo principio de la vida es seguir la interacción de adecuar termodinámica y computación que nos ofrecen las propiedades alostéricas creando una nueva manera de comprensión: esa compleja armonía por la regulación cibernética, dinámica y creadora mediante el empirismo de la selección natural, a la que hoy se le condiciona a la adecuación del equilibrio punteado de Eldredge y Gould[26,27] y la mutación neutralista de Kimura[28] entre otras.

Como siempre ocurre en los extremos de generalización se pasa de la filosofía de la ciencia a una tácita metafísica. Biología, ciencia independiente de sus hermanas naturales, la física y la química con sus derivadas macrocósmicas (astrofísica) y microcósmicas (mecánica cuántica), ciencia de la integración de funciones y jerarquización de ellas, propuestas por Ernst Mayr[29]. A ella debemos agregar la propuesta de nuestro compatriota Flores Morador similar a la anterior pero ya metafísica, que ha merecido un justo elogio y comentario de nuestro dilecto maestro Arturo Ardao:

> "A la pregunta sobre la esencia de la vida, constatamos que esta es una forma compleja del movimiento, en parte movimiento físico, en parte cambio químico, pero negando la posibilidad de una reducción definitiva del fenómeno de la vida a uno de estos correspondientes. A este modelo resultante lo hemos llamado: modelo plástico".

Y al modelo circular sugiere una topología más adecuada que la del círculo: la cinta de Möbius.

Nuevos modos de pensar se asoman e iluminan el pensamiento biológico desde hace ya años. Debemos asimilar las teorías de los sistemas orgánicos, la dinámica no linear, caos y fractales. Estas perspectivas no están implícitas en nuestra concepción determinista newtoniana, mecánica de la naturaleza (ciencia de las leyes) y

debemos quizá retornar a un neoaristotelismo dinámico, creador y regulador (ciencias de las causas). Vale recordar las críticas confesionales al determinismo de José Pedro Segundo[31, 32], que enriquecerá sin duda este corpus metodológico e ideológico de la nueva biología. De la química dijo Emmanuel Kant (1724-1804), con su penetración crítica, que la química de su tiempo, era una ciencia pero no ciencia (eine Eissenschaft, aber nicht Wissenschaft). De la nueva biología con causas definidas, leyes propias, formulación matemática, puede hoy decirse: "ist wissenschaft" y no "ancilla physicae et chimiae".

En particular hemos hecho énfasis en hacernos eco de todo este bagaje de la biología moderna, de la medicina, poniendo de manifiesto la importancia de considerar en la patología humana la intervención de la evolución y en particular la selección natural, la medicina darwiniana[33].

Referencias

1. MAYR, E. (1982) *The Growth of Biological Thought: Diversity, Evolution, and Inheritance.* Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press.

2. DORBZHANSKY, T. (1970) *Genetics of Evolutionary Process.* New York, Columbia University Press.

3. FREUD, S. (1925) "Eine kindheit-serinnerung des Leonardo da Vinci" in *Gesammette Schriften,, 9*: p. 325.

4. ESTABLE, C. (1930) "Constantes biológicas y evolucionismo. Conclusiones. (Congreso Internacional de Biología. Montevideo, Octubre 1930), *Archivo de la Sociedad de Biología, Suplemento, 1,* Montevideo, pp. 220-221.

5. GOULD, S.J. (1977) *Ontogeny and Phylogeny.* Cambridge, Harvard University Press, Belknap Press.

6. MAÑÉ GARZÓN, F. y MAZZELA, H. (2000) *Historia de Fisiología en el Uruguay.* Montevideo, Oficina del Libro – AEM [Asociación de los Estudiantes de Medicina]

7. MAÑÉ GARZÓN, F. (1997) "Estructura, tiempo, función. Una perspectiva de la biología general", in *Memorias del IV Congreso Nacional y II Congreso Internacional de Profesores de biología. Biología desde el aula.* (Paysandú, 9-12 julio 1996). Montevideo, Asociación de Profesores de Biología.

8. MAYR, E. (1997) *That is Biology The Science of the Linving World.* London.

9. BARRINGTON, E.J.W. (1989) *Hormons and Evolution.*

10. NESSE, R.M. y WILLIAMS, G.C. (1994). *Why we get sick: The New Science of Darwinian Medicine.* New York, Times Book.

11. MARKARIAN, R. (1997) *Introducción al estudio del caos dinámico.* Montevideo.

12. BELLANTI, J.A. (1981) *Immunology.* Philadelphia.

13. ROQUETTE-PINTO, E. (1929) *Gloria sem rumor: Fritz Müller (1822-1897).* Río de Janeiro.

14. MÜLLER, F. (1864) *Für Darwin.* Berlin. Trad. Ingl. London 1865.

15. INGENIEROS, J. (1918-1920) *La evolución de las ideas argentinas.* Buenos Aires, Talleres gráficos argentinos. 2 vols.

16. ROSSI, S.C. (1919) *El Criterio fisiológico.* Montevideo, Tipografía Moderna.

17. MASSERA, J.P. (1920) *Estudios filosóficos.* Prólogo de Artirp Ardao. Montevideo, 1951.

18. THOMSON, D'Arcy (1917) *On Growth and Form.* London, 2ª. Edición, London, 1942.

19. MONOD, J. (1967) *Leçon inaugurale. Collège de France. 3.* XI. 1967. London.

20. MAÑÉ GARZÓN, F. (1999) *El glorioso montevideano. Vida y obra del Doctor José Manuel Pérez castellano 1742-1815, vol. 1.* Montevideo, Ministerio de Educación y Cultura. Archivo General de la Nación.

21. MAÑÉ GARZÓN, F. y MAZZELLA, H. (2000) *Op. cit.*, p. 232.

22. VILARDEBÓ, T.M. (1989) *Primer curso de Fisiología Experimental dictado por Claude Bernard. Apuntes tomados por T.M.V. Prólogo de H. Mazzela y F. Mañé Garzón. Seguido de Vilardebó 1803-1857, primer médico uruguayo* por F. MAÑÉ GARZÓN. Montevideo, Fundación Beisso-Fleurquin.

23. TYNDALL, J. (1970) Influence of imagination on scientific research, in The New Physic Studies and Observation. 57-58.

24. MAÑÉ GARZÓN, F. (1990) *Un siglo de darwinismo. Ensayo sobre la historia de las ideas biológicas en el Uruguay.* Montevideo, Facultad de Medicina – Sección Historia de la Medicina.

25- ESTABLE, C. (1945)Pedagogía de presión normativa y pedagogía de la personalidad y la vocación, *Anales del Ateneo, 1,* Montevideo, p. 48.

26. ELDREDGE, N y GOULD, S.J. (1972) "Punctuate Equilibria: an alternative of phyletic gradualism", in T.J. M. Schopf, (ed.) *Models in Paleobiology,* San Francisco, Freeman, Cooper. Pp. 82-115.

27. GOULD, S.J. (1980) "Is a new and general Theory of Evolution emerging?" *Paleontobiology, 6:* 119-130.

28. KIMURA, M. (1983) *The Neutralist theory of molecula evolution.* Cambridge.

29. MAYR, E. (1991) *One Long Argument. Charles Darwin and the Genesis of Modern Evolutionary Thought.* Cambridge, Harvard University Press.

30. FLORES MORADOR, F. (1994) *El algoritmo de la vida. Teoría moderna sobre la esencia y método de la biología.* Prólogo de Arturo Ardao. Montevideo, Lund (Traducido del sueco).

31. SEGUNDO, J.P. (1983) "Rationalism in an age of reason", *Journal Theoretical of Biology, 2:* 161-165.

32. SEGUNDO, J.P. (1985) "Mind and Matter, Matter and Mind", *Journal Theoretical of Biology, 4:* 47-68.

33. MAÑÉ GARZÓN, F. (1999) "La medicina darwiniana", *Boletín de la Academia Nacional de Medicina, 17,* Montevideo, pp. 35-59. (Existe separata, 59 pp). Reproducido en este volumen de *Ses. Soc. Uru. Hist. Med., 20.*

A doscientos años de la muerte de George Washington (1732-1799)*

Milton Rizzi

Resumen

George Washington, héroe de la independencia norteamericana y primer presidente de ese país, sufrió a lo largo de sus 67 años de vida numerosas enfermedades. Padeció viruela a los 19 años, gripe severa a los 23, grave disentería a los 26, malaria a los 29, carbunco maligno a los 54 y neumonía a los 58. Finalmente, a consecuencia de una enfermedad laríngea que evolucionó en algo menos de treinta y seis horas, probablemente una epiglotitis, falleció a las 23:30 horas del 14 de diciembre de 1799 a los 67 años de edad.

Summary

George Washington, USA's National Heroe and first president, suffered throughout his life from a succesion of serious ailments. In 1749, when 19 years of age contracted smallpox, en 1455 severe influenzal infection, in 1757 disentery, in 1761 malaria (later on there were other attacks), in 1786 a malignant carbuncle (anthrax infection) and in 1790, when 58 years of age, a severe pneumonia.

Retired to his Mount Vernon estate, on snowy december 13th, 1799, he fell suddenly ill and died the following day of an illness first diagnosed as Cinache trachealis, most likely today's Acute Epiglotitis.

Introducción

George Washington, héroe nacional, estadista y primer presidente de los Estados Unidos de América, nació en Westmoreland, Virginia, el 22 de febrero de 1732.

George tuvo cinco hermanos completos y cuatro medio hermanos; to-

---

* Este trabajo amplía y profundiza algunos aspectos de la "penosa muerte otorrinolaringológica" de Washington, comunicación presentada por el autor en la sesión del 5 de junio de 1990 de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina y publicada en *Ses. Soc. Urug. Hist. Med., 13,* pp. 52-59. 1993.

dos murieron antes de los 61 años, al igual que su bisabuelo, abuelo y padre. Este falleció a los 49 años. De toda su familia sólo su madre resultó longeva, ya que ésta murió en 1798 a los 82 años de edad.

Lawrence Washington, medio hermano de George, resultó fundamental en la vida de éste. Cuando Lawrence enfermó de tuberculosis en 1751, los hermanastros fueron enviados a Barbados, con la esperanza de mejorar la salud de Lawrence.

Este resultó ser el único viaje fuera del país que realizó George Washington. En Barbados tuvo viruela[1]. Tenía 17 años de edad, y su cara quedó marcada para siempre por la cruel enfermedad. A partir de ese evento, Washington se hizo activo partidario de la variolización preventiva.

Washington tuvo pleuresía al retornar de Barbados y Lawrence murió al poco tiempo de convalecer en Virginia. George heredó, entonces, las enormes extensiones de la hacienda familiar en Mount Vernon, lugar en el cual pudo vivir dentro de las alternancias de su vida militar y política, y donde finalmente falleció pocos días antes de terminar el siglo XVIII.

Biotipo y carácter

George Washington era un hombre poderoso, de fuertes hombros y caderas, con una estatura cercana a los 1,90 mts. y con un peso aproximado a los 100 kilos.

Tuvo una educación irregular, dado que trabajó muy precozmente en la plantación familiar, y las condiciones de líder militar que lo distinguieron no fueron el resultado de estudios académicos, sino más bien de experiencia en los propios campos de batalla y de una tremenda fuerza de voluntad.

Washington fue muy afecto a las actividades sociales, aunque algunos de los numerosos visitantes que tuvo en Mount Vernon –rigurosamente registrados en un libro de invitados- se quejaron, que imperaba allí un exceso de formalidad.

En años juveniles, George gustó mucho del baile, "el mejor bailarín de Virginia" dijeron de él algunas de las mujeres con quienes compartió la danza.

Era buen jugador de cartas y de billar. Gustaba de pescar y de cazar gansos y patos, y era un excelente jinete.

Con mala dentadura desde su juventud, George perdió todos los dientes hacia los cuarenta años de edad. Se han conservado las facturas de cuatro dentaduras postizas que le fueron confeccionadas, utilizando acero, oro y marfil.

Hacia los sesenta años comenzó una sordera progresiva y un temblor de manos que se aprecia por el cambio de escritura. También su visión se deterioró en los últimos años de su vida.

Casó en 1739 con Martha Dandridge, rica viuda del coronel Daniel Parke, con propiedades cercanas a la suya de Mount Vernon. Dormían en habitaciones separadas. Es probable que

haya sido un matrimonio por conveniencia. Martha era muy activa en organizar las interminables visitas de políticos, de amigos, de familiares y de médicos, que dadas las distancias debían quedarse a veces por varios días en la residencia de Mount Vernon, y se complementaba bien con George.

Washington fue muy conocedor de las medicinas utilizadas en su época y era acérrimo partidario de la sangría, que él mismo sabía hacer y había enseñado a sus capataces a realizar. Sus esclavos eran sangrados regularmente.

Washington llegó a tener cerca de mil esclavos, entre los de Mount Vernon y los que habitaban en las propiedades de Martha, su mujer, pero eso se debía a que ambos tenían reticencia a venderlos, ante la inseguridad de saber cómo serían considerados por sus nuevos dueños.

Los esclavos de Washington eran bien tratados, incluso existía en Mount Vernon una partera profesional para asistirlos. Se conservan facturas médicas que podrían considerarse altas aún para atención de hombres libres, en pacientes que habían sido tratados por fracturas, y, en el caso de Tom, un viejo esclavo familiar, por una costosa operación de cataratas. En el libro de invitados en Mount Vernon se conserva el registro de 67 visitas de médicos.

En materia de comidas, Washington era frugal, y aconsejaba a todos esa misma línea de alimentación. Su desayuno era a las 7 a.m. en verano, 8 a.m. en invierno, con te y tortillas indias. Su cena a las 3 p.m. Para beber, agua, y solamente en ocasiones, cerveza, sidra y/o vino de Madeira. Se acostaba a dormir a las 8 p.m. Tenía, como decíamos, cuartos separados con Martha, con quien estuvo casado treinta años.

Martha era mayor que él, y lo sobrevivió varios años. Se dice que Washington sintió toda su vida un amor imposible por Sally Carey Fairfax, esposa de uno de sus ayudantes.

Las enfermedades del héroe

George Washington había tenido viruela en ocasión de su viaje a Barbados en 1751. La enfermedad fue severa y estuvo en cama por tres semanas. Al retornar a Virginia padeció pleuresía, que "lo dejó muy abatido y adelgazado" según refiere en una carta. Algunos autores especulan con el posible diagnóstico de pleuresía tuberculosa. La tuberculosis fue una afección muy frecuente en la familia de Washington.

En 1754, a los 22 años de edad, George Washington fue enrolado en el ejército y participó en la extensa (1754-1763) guerra francoindia.

En ocasión del desastre de Fort Duquesne de 1755, Washington tuvo fiebre y dolores generalizados por varias semanas. Dado que un sirviente tuvo una afección similar, se conjetura si ésta pudo haber sido una influenza severa.

La entidad de esta afección fue tal que Washington debió ser enviado de vuelta a Mount Vernon en un carro ambulancia.

Reintegrado al servicio en 1758, cuando tenía 24 años de edad, sufrió una

severa disentería febril, que lo mantuvo por cuatro meses enfermo. Tratado por el Dr. James Craik, George inició en este período de su existencia una amistad de toda la vida con el colega.

James Craik era escocés, nacido en 1731, y graduado en la prestigiosa Facultad de Medicina de Edimburgo. Tuvo una larga actuación en el Ejército Americano. Fue uno de los tres médicos que asistieron en la última enfermedad de George Washington.

En 1761, cuando tenía 29 años de edad, Washington tuvo un violento ataque de paludismo. Fue aconsejado por el Dr. Charles Green de tomar aguas de Warm Springs. Sin mejorar allí su condición, retornó poco después a Mount Vernon, donde lentamente se fue recuperando. La malaria lo afectó periódicamente, y siempre en forma violenta.

Washington había tenido, ya antes de cumplir los 30 años, cuatro severas enfermedades. El destino lo favoreció, hasta el fin de la campaña con las fuerzas coloniales de la Independencia americana. George Washington había sido nombrado general en jefe de estos ejércitos en 1775 y recibió la rendición final del general británico Charles Cornwallis luego de la Batalla de Yorktown en 1781.

En años siguientes (1782-1785) tuvo ataques recurrentes de disentería y de malaria, que trataba con quinina.

En 1786, a punto de ser nombrado presidente de la Convención Constitucional, Washington desarrolló a nivel del muslo un carbunco maligno, que es una forma de ántrax en la nomenclatura actual.

Esta severa infección que debió ser operada más de una vez, lo mantuvo inactivo por tres meses. Fue atendido por el Dr. Samuel Bard. Durante varias semanas su condición fue tan crítica, que frente a su residencia se colocó una cadena, para impedir que el tráfico perturbase su reposo[1].

En 1787 George Washington fue electo presidente de la Convención Constitucional, y en 1789 presidente de la Nación, cargo para el que fue reelecto totalizando ocho años de gestión, es decir hasta 1797.

Durante la primera presidencia, en 1790, George Washington tuvo una severa neumonía, y cuando la segunda presidencia,a en 1794, atendido por el Dr. James Craik, un nuevo ataque de malaria, que motivó una importante pérdida de peso.

Algunos autores, apoyados en la pesada historia familiar de los Washington, ponen en duda este diagnóstico de paludismo y sugieren una historia de tuberculosis y pleuresía en la juventud, y luego reinfecciones de la misma enfermedad.

En 1797, a pesar de que autoridades de la nación le habían solicitado aceptar un tercer mandato, George Washington se retiró a su hacienda de Mount Vernon. Tenía entonces 65 años de edad. A pesar de ello, su autoimpuesta rutina de trabajo era muy severa.



George Washington (1732-1799) tal como luce en los actuales billetes de un dólar. Washington fue héroe nacional y primer presidente de los Estados Unidos de América, entre 1789 y 1797. Falleció a los 67 años de edad.

Supervisaba personalmente todos los trabajos y andaba varias horas por día a caballo, sin importarle el estado del tiempo. Leía una o dos horas de documentos por día, siempre en voz alta, dictaba instrucciones a su secretario, y escribía personalmente su diario.

La enfermedad final

El 12 de diciembre de 1799 amaneció frío y lluvioso en Mount Vernon[1,2] . Al promediar el día la precipitación se transformó en aguanieve y luego en nieve. George Washington recorrió ese día su hacienda desde las 9 a.m. hasta las 3 p.m. a caballo, sin cambiarse la ropa. De su puño y letra anotó en su diario: "Viento del Noreste. Nieve tres pulgadas. Temperatura 30°F.

a las 4 p.m. totalmente claro. Temperatura en la noche: 28°F".

Estas fueron las últimas palabras que escribió en su vida.

El día siguiente, viernes 13 de diciembre, George Washington se sintió resfriado y con gran dolor de garganta. No salió de mañana, pero sí lo hizo a mediodía, y en la tarde leyó documentos en voz alta, con voz enronquecida.

El sábado 14 de diciembre George Washington se despertó a las 2 a.m. con gran dificultad respiratoria y un fuerte dolor de garganta.

Le comunicó a Martha, su mujer, que había tenido un escalofrío prolongado. Martha comentó luego que casi no le había entendido a su marido, ya que su voz estaba como enmascarada.

No volvió a acostarse, dado que esta posición aumentaba su disnea. A las

7 a.m. mandó llamar a su capataz y amigo Tobías Lear para que lo sangrara.

Tobías Lear lo sangró aproximadamente 250 cc. Y le aplicó baño de pies, sin mejoría del paciente, que parmanecía inquieto, sentado en la cama con "una voz como si hablara a través de una gruesa bufanda". A las 9 de la mañana comenzaron a llegar los médicos convocados por Martha; el primero fue el Dr. James Craik, ya de 70 años de edad, que indicó vesicatorio de cantáridas en el cuello, gárgaras de vinagre con salvia y vahos de agua caliente con vinagre.

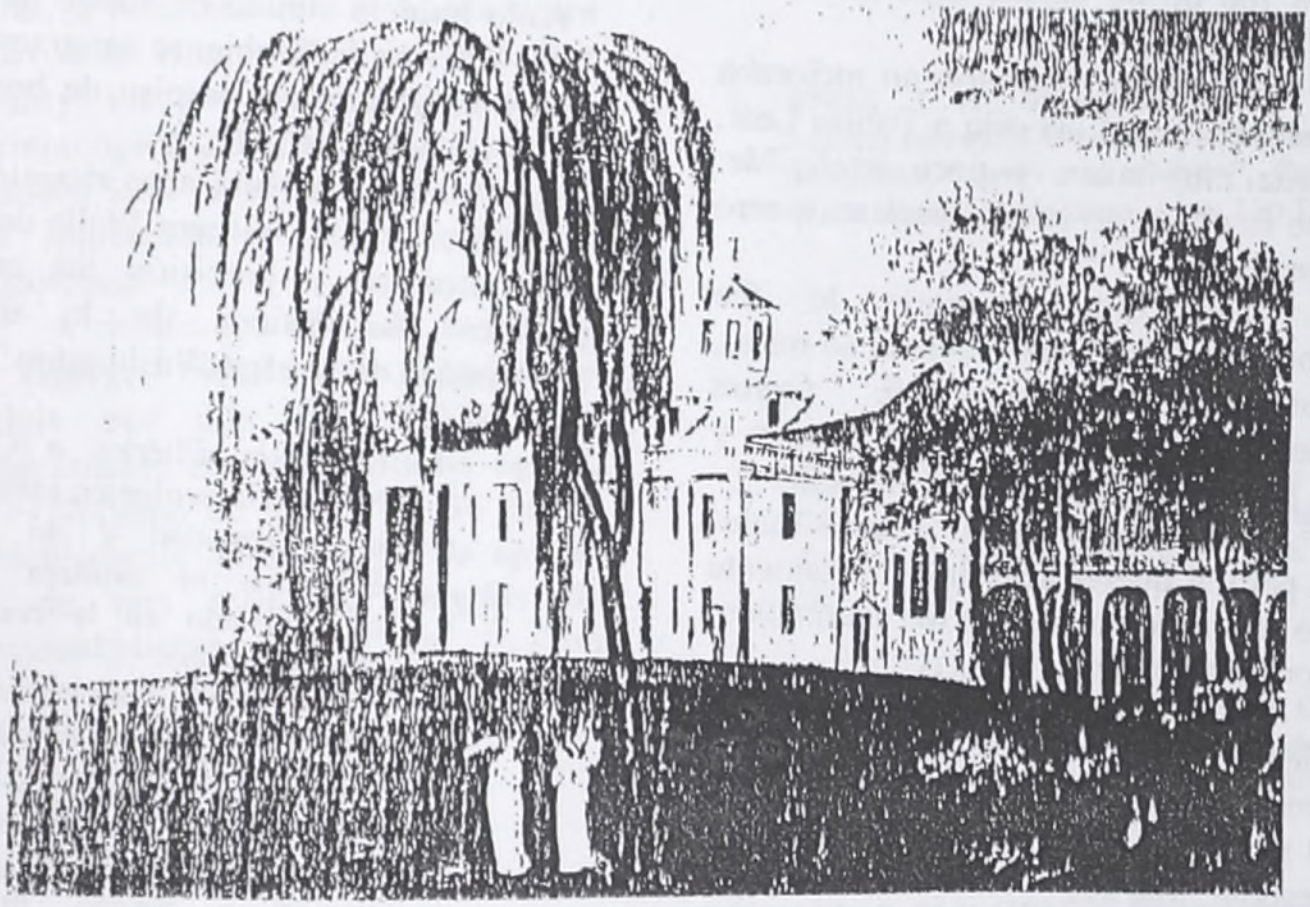
El general no pudo tomar nada por boca, dado que le era imposible deglutir. En cuanto a los vesicatorios, muy usados en la época, eran preparados farmacológicos hechos con las cubiertas quitinosas de unos escarabajos muy parecidos a nuestras chinches de jardín, llamados Cantharis vesicatoria. Al poco tiempo de aplicarlos sobre la epidermis, comenzaban a aparecer vesículas que se rompían, y por allí la piel exudaba, y exudaba, y exudaba... por días.

Poco tiempo después de las 10 a.m. arribó a Mount Vernon el segundo médico convocado, el Dr. Gustavus Brown. Este Gustavus Brown, de 52 años de edad, era hijo de un médico del mismo nombre y había obtenido su graduación, al igual que Craik, en la Facultad de Medicina de Edimburgo. Muy respetado en la comunidad donde trabajaba como médico y como cultivador de plantas medicinales y flores, Brown falleció en 1804, a los 56 años de edad. Fue enterrado en su jardín, donde aún hoy luce una lápida con la inscripción que su viuda ordenó fuese allí acolocada: "Como muestra de respeto y afecto al Dr. Gustavus Brown, por su habilidad como médico, su conocimiento como maestro, su sabiduría como filósofo, su patriotismo como ciudadano, su generosiad como amigo, su elegancia como caballero, su hospitalidad como vecino, su bondad como amo, su ternura como padre y esposo y su benevolencia como hombre".

Gustavus Brown con todas estas credenciales y James Craik, el amigo de Washington de toda la vida, examinaron juntos al ilustre paciente y convinieron que se trataba de una severa inflamación de garganta que requería una sangría mucho más copiosa que la efectuada en la mañana y así procedieron. El total extraído en este procedimiento realizado al mediodía del 14 fue de aproximadamente un litro, y también le fueron administradas pociones de calomel.

Como no apreciaron una mejoría sustancial decidieron llamar en consulta al Dr. Elishe Cullen Dick de Alexandria.

El Dr. Dick tenía en ese momento 49 años de edad y se había graduado en la prestigiosa Universidad de Pennsylvania. En sus estudios curriculares había sido discípulo dilecto del excelente Dr. Benjamin Rush (1745-1813). Como el Dr. Dick demoraba en llegar, Craik y Brown decidieron hacer una tercera sangría, esta vez por una cantidad similar a la hecha en la mañana por el capataz Tobías Lear.



Residencia de George Washington en Mount Vernon, Virginia. En una habitación de la planta alta de este edificio, que se conserva hoy como museo, falleció el gran general a consecuencia de una epiglotitis aguda y anemia por severos sangrados, el 14 de diciembre de 1799, a los 67 años de edad. Acuarela de J. Weiss.

Finalmente, a las 3 p.m. arribó el Dr. Dick, y los tres colegas examinaron al paciente. Según el Dr. Dick, lo más importante del caso era la obstrucción respiratoria y debía plantearse hacer "un agujero en la tráquea" para permitirle respirar.

Nunca había sido hecha una traqueotomía en América y había registro escrito de sólo unas 40 en todo el mundo[3].

Hacer una primera operación de este tipo en tan ilustre paciente despertó recelos e inquietudes por parte de los colegas, a quienes Dick comunicó su parecer. Finalmente la traqueotomía fue desechada, y los Dres. Craik, Brown y Dick convinieron en sangrar una cuarta vez a Washington. Esta vez la sangre "salió espesa y lentamente" y el paciente se sintió muy debilitado. El total de sangre extraída a Washington en nueve

horas fue de 80 onzas, algo menos de 2500 cm^3.

George Washington no mejoraba y hacia el fin del día dijo a Tobías Lear, en voz muy suave y poco inteligible: "Este es el fin, no puedo respirar, muero en paz"...

Una quinta sangría le fue propuesta, pero George levantó su mano, rehusándola. Entonces le fueron aplicados vesicatorios en las piernas y una forma de cataplasma en el cuello.

Hacia las 10 p.m. pareció mejorar, pero al querer acostarlo nuevamente tuvo una severa disnea y fue mantenido, entonces, sentado.

A las 11.30 p.m. del sábado 24 de diciembre de 1799 falleció el gran general, rodeado de sus tres médicos, su fiel sirviente, su secretario, ayudantes y su esposa, Martha.

En el acta de defunción emitida el 18 de diciembre, es decir cuatro días después de la muerte, lució el diagnóstico acordado por sus facultativos: "Cinanche trachealis", que en la nomenclatura del Dr. William Cullen, famoso nosologista de Edimburgo, correspondía a una inflamación de la laringe y parte superior de la tráquea. Este término diagnóstico es coherente con la formación profesional de los médicos intervinientes, dos de ellos graduados en Edimburgo y el tercero en Pennsylvania, muy influenciado por la escuela escocesa del siglo XVIII.

Violentas críticas se hicieron por escrito tanto al diagnóstico como a los tratamientos instituídos al gran general. Paul Leicester Ford expresó: "Terapia cerca de un asesinato"; William Lobbet: "Yo lo hubiera curado en cuatro horas"; John Brickwell: "Debieron sangrarse las venas amigdalinas y de piso de boca, y no las branquiales", etc., etc.

Ciento cuarenta años después de los hechos, el Dr. William Wells definió con autoridad y precisión los cuatro posibles diagnósticos de la última enfermedad de Goerge Washington:

1. Laringitis diftérica o Croup. No tuvo la evolución clásica de la enfermedad y no había epidemia, ni siquiera algún caso aislado en la zona de Mount Vernon.
2. "Quinsy" o abceso peritonsilar (variedad posterior). La evolución de la enfermedad en Washington fue demasiado rápida para tratarse de un flemón o abceso, no fue unilateral y no hubo hinchazón de cuello.
3. Laringitis aguda. En sus formas clásicas no tiene un cuadro tan severo de afagia y asfixia.
4. Edema inflamatorio de la laringe. Esta patología explica la severa obstrucción respiratoria, la intolerable odinofagia, fiebre, escalofríos, la imposibilidad de permanecer acostado y las particulares características de su voz enmascarada[4].

El Dr. Scheidemandel[2] insiste que esta infección supraglótica debió ser una "Epiglotitis", entidad ya descrita por C. F. Theisen a fines del siglo XIX.

La epiglotitis es debida, en general, a infección por el bacilo gram negativo del Hemophilus del tipo B y constituye aún hoy una urgencia otorrinolaringológica de tremenda importancia, sobre todo en niños y requiere una hábil intubación o una desesperada traqueotomía.

A doscientos años de la muerte de George Washington, podemos concluir que ella fue debida muy probablemente a una epiglotitis aguda, que evolucionó en menos de 36 horas, indudablemente agravada por la aplicación de una serie de sangrías de aproximadamente 2500 cm^3 a un paciente en estado grave de 67 años de edad.

Epílogo

George Washington fue héroe nacional, patriota que no quiso ser rey, estadista que no quiso un tercer período presidencial y voluntarioso ser humano que supo morir con dignidad.

Bibliografía

1. KNOX, J. H.; Mason, Jr. (1933) "The medical history of George Washington. His physicians, friends and advisers", *Bulletin of the History of Medicine, 1,* pp. 176-191.

2. SCHEIDEMANDEL, H. H. E (1976) "Did George Washington die of quincy?" *Archives of Otolaryngology, 102,* pp. 519-521.

3. SCHUCHARDT, B. (1882) "Zur Geschichte der Tracheotomie bei der Croup und Diphteria besonders in Deutschland", *Langembeck's Archivs für Klinische Chirurgie, 36,* pp. 527-604.

4. WELLS, W.A. (1927) "Last illnes and death of Washington", *Virginia Medical Monthly, 53,* pp. 629-642.

5. MILLER, J. (1949) "Acute Epiglothitis", *Transations of the American Academy of Ophtalmology and Otolaryngology, 63,* pp. 519-526.

Este libro ha sido diagramado e impreso
por Ediciones M.V.
Se terminó de imprimir en Montevideo
en diciembre de 2001.