Dr. ADOLFO RECCIUS E.

Historia y Desarrollo de la CIRUGIA ABDOMINAL en Chile

BIBLIOTECA DEL MEDICO
ZIGZAG

HISTORIA DE LA CIRUGIA ABDOMINAL EN CHILE

Dr. Humberto Miralles A.

Dr. ADOLFO RECCIUS E.

BIBLIOTECA DEL MEDICO

Es propiedad. Derechos reservados para todos los países de habla española. Inscripción N.º 12011. Copyright by Emprega Editora Zig-Zag, S. A. Santiago de Chile, 1948.

EMPRESA EDITORA ZIG-ZAG, S. A.

Santiago de Chile, 1948

Dr. ADOLFO RECCIUS E.
PROFESOR EXTRAORDINARIO DE CLINICA QUIRURGICA
FACULTAD DE BIOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE CHILE — 1948

HISTORIA Y DESARROLLO

DE LA

CIRUGIA ABDOMINAL

EN

CHILE

Dr. Humberto Miralles A.

PROLOGO DEL
DR. PROF. GUILLERMO MÜNNICH

ZIG — ZAG

Dr. Humberto Miralles A.

DEDICADA

a la

Sociedad Médica de Chile

y a la

Sociedad de Cirugía de Chile

cuyas historias se confunden con la historia de la medicina nacional.

INDICE DE MATERIAS

PROLOGO 7
INTRODUCCION 9

I PARTE

RESEÑA HISTORICA Y ANTIGUA CURACION DE LAS HERIDAS.

Cap. I. Breve reseña histórica de la cirugía chilena... 19
Cap. II. Sobre la antigua curación de las heridas y sus complicaciones más frecuentes 43
Cap. III. Nuestros hospitales en el siglo pasado 55

II PARTE

ANTISEPSIA Y ASEPSIA.

Cap. IV. Lister y sus predecesores 73
Cap. V. La introducción de la antisepsia en Chile..... 88
Cap. VI. De la antisepsia a la asepsia 97

III PARTE

SOBRE ALGUNOS METODOS AUXILIARES DE LA CIRUGIA.

Cap. VII. La anestesia 111
Cap. VIII. Rayos Roentgen 141

IV PARTE

SOBRE ALGUNAS AFECCIONES ABDOMINALES QUE SE INTERVENIAN YA EN LA ERA PREANTISEPTICA.

Cap. IX. Absceso hepático 149
Cap. X. La ovariotomía 175

V PARTE

AFECCIONES ABDOMINALES QUE ENTRAN AL DOMINIO DE LA CIRUGIA CON LA INTRODUCCION DE LA ANTISEPSIA.

Cap. XI.	Cirugía del estómago y duodeno	189
Cap. XII.	Cirugía de las vías biliares	230
Cap. XIII.	Quiste hidatídico del hígado	257
Cap. XIV.	La apendicitis	276
Cap. XV.	Cirugía del páncreas	292
Cap. XVI.	Cirugía del bazo	306
Cap. XVII.	Oclusión intestinal. Ileo	317
Cap. XVIII.	Complicaciones quirúrgicas abdominales de la fiebre tifoidea	329
Cap. XIX.	Cirugía del diafragma	337
Cap. XX.	Las hernias y su cura radical	350

VI PARTE

CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA.

Cap. XXI.	La operación cesárea	385
Cap. XXII.	Embarazo extrauterino	391
Cap. XXIII.	Fibromioma uterino	405
Cap. XXIV.	Cáncer uterino	419

PROLOGO

El profesor Reccius me ha pedido un prólogo, para su libro que acaba de terminar. Hacen meses que lo veía estudiar y escribir, en los escasos momentos libres que le dejaba su intensa labor profesional. Por fin la mañana de un Domingo, me pidió mi opinión sobre lo que había escrito. Me senté en un rincón del escritorio y me puse a leer "Historia y desarrollo de la Cirugía Abdominal en Chile", se titula el trabajo. Pero el contenido no corresponde a lo que el título hace suponer. No se trata de una compilación de datos históricos secos y poco interesantes, sino de una descripción llena de vida como no puede escribirla más que una persona que domina en absoluto el tema. El hecho es que me quedé sentado leyendo los capítulos que más me interesaban, sin perder por un momento el interés.

He pensado que tal vez no sea yo un juez imparcial en esta materia. Por un lado, me ligan al autor lazos de amistad y de cariño de muchos años. Por el otro, el tema de su obra debe impresionarme especialmente, porque durante el medio siglo de mi trabajo profesional, he vivido gran parte del interesante período del desarrollo de la cirugía abdominal.

En mis años de alumno de clínica, recién se iniciaba la cirugía abdominal. El Profesor Koerner efectuaba ovariotomías, pero en las clínicas quirúrgicas el trabajo principal se reducía a cirugía de las extremidades, intervenciones por abscesos hepáticos y operaciones de hernias. En 1901 fuí a Europa, y ví operar a los cirujanos más famosos de esa época, en Francia, Inglaterra, Austria y Alemania. Tuve la suerte de trabajar como ayudante, con Bergmann, quien, en Berlín, recién había dado el paso importante de la antisepsia a la asepsia, y con Mikulicz en Breslau, alumno predilecto de Billroth e iniciador de la cirugía del estómago e intestinos. Cuando regresé a Chile en 1905, ya Sierra, Amunátegui, Navarro y otros, habían iniciado en Santiago la cirugía aséptica, que me tocó estrenar en Valparaíso.

No ha habido en Cirugía un período más interesante que los 20 años desde 1894 en que empecé mis estudios universitarios, a 1914, en que todo el grandioso edificio de la cirugía moderna estaba construído. En 1904 me tocó presenciar con Sauerbruch, la iniciación de la cirugía del

pulmón, y desde entonces no se han agregado nuevos compartimentos a la monumental construcción, sino progresos y perfeccionamientos de lo ya existente, tal vez con una excepción, la cirugía del esófago, en que tuve la suerte de dar el primer paso en Sud-América.

Pero esto no significa que el imponente edificio de la cirugía moderna esté terminado. Queda mucho campo para los jóvenes. Algunos agregarán a la construcción nuevas alas con compartimentos no soñados todavía, otros destruirán grandes porciones del edificio al parecer bien construídas y sobre sólidos cimientos, para reemplazarlas por otras más adecuadas. ¡No hay necesidad de resignarse! No faltará campo a espíritus inquietos y caracteres impetuosos, para ligar su nombre a nuevos progresos. Pero la base de nuevas obras, debe ser un profundo conocimiento de lo que ya se ha construído, y la ruta que los arquitectos han seguido para conseguirlo.

Es por eso que estimo que un libro como el del Profesor Reccius, será de gran valor para los jóvenes cirujanos. Recordando la ruta que recorrieron los que sentaron las bases del progreso de la cirugía, se entusiasmarán por buscar nuevos senderos para llegar con más seguridad y facilidad a la meta.

Si este libro cumple con este objetivo y estoy seguro que lo hará, su autor podrá quedar satisfecho con el fruto de su trabajo.

GUILLERMO MUNNICH.

Valparaíso, Abril de 1948.

INTRODUCCION.

"La historia es una gran maestra de modestia, de respeto y buen sentido".

Augusto Orrego Luco.

Hace algunos años la Sociedad de Cirugía de Chile nos había honrado encomendándonos desarrollar, en un Congreso Nacional de Cirugía, el tema *Hernia inguinal y su cura radical.* Por las innumerables publicaciones nacionales que se habían ocupado anteriormente de este importante capítulo de la patología quirúrgica, como también por el hecho de que había sido ya relato oficial en una de las "Semanas de la Experiencia Quirúrgica", auspiciadas por la Sociedad de Cirujanos de Hospital, creímos conveniente tratar el tema que se nos había designado, de preferencia desde el punto de vista del desenvolvimiento histórico de la cura radical de las hernias, entre nosotros. En nuestra búsqueda en las antiguas revistas científicas nacionales, en especial los *Anales de la Universidad,* el *Progreso Médico,* la *Revista Médica* y en muchas tesis de licenciatura de los últimos decenios de la pasada centuria, encontramos tantos datos y hechos interesantes, gran parte de ellos ignorados por nosotros, no sólo referentes al tema que debíamos desarrollar, sino también relacionados con toda la cirugía abdominal, que nació en nosotros la idea de recogerlos y, como ejemplo y enseñanza, reunirlos en un solo volumen. El resultado de esta recopilación, es esta exposición.

"La historia es una gran maestra de modestia, de respeto y buen " sentido", dice Augusto Orrego Luco, en sus magníficos "Recuerdos de la Escuela". No se estudia entre nosotros, por desgracia, la historia de la medicina, aunque las numerosas publicaciones, no sólo de los últimos años, demuestran que siempre ha existido en nuestro cuerpo médico, el ansia de compenetrarse con el pasado de nuestra medicina; pero son todavía muchos, sobre todo entre los médicos

jóvenes y estudiantes, que lo desconocen casi por completo. Para los estudiantes, ha dicho uno de nuestros maestros, los libros envejecen muy pronto, no se quiere citar sino a los nuevos; con gran facilidad dejan caer el polvo del olvido sobre todo lo que tiene algunos años de existencia. Al preguntarles a algunos de ellos, no hace mucho, sobre la importancia que había tenido Lorenzo Sazie en el desenvolvimiento de nuestra cirugía, sólo uno supo contestarnos vagamente, que este maestro, fundador de nuestra cirugía, había sido un cirujano francés, y que existía en la capital una calle que lleva su nombre. La mayoría ignoraba, también, que la estatua colocada en el jardín de nuestra Escuela de Medicina, perpetúa la memoria de don Manuel Barros Borgoño, alma de nuestra Facultad, durante largos años, y verdadero formador de nuestra escuela de cirugía.

Entre las publicaciones del siglo pasado, consagradas a la historia de la medicina en Chile, debemos mencionar, en primer lugar, el estudio histórico-social del año 1877, de nuestro gran historiador Benjamín Vicuña Mackenna, "Los médicos de antaño en el Reino de Chile", obra de gran amenidad, llena de curiosas anécdotas de esas instituciones, la beneficencia y la caridad pública "en remotos siglos". En 1860, don Miguel J. Semir, en su incorporación a la Facultad de Medicina, presenta un estudio sobre la historia de la enseñanza médica en Chile, y en 1889, uno de los más brillantes profesores de aquella época, Adolfo Valderrama, en su discurso leído en la sesión de apertura del *Primer Congreso Médico Chileno*, expone nuevamente la "Historia de la Medicina en Chile". Con este mismo título, en 1894, don Eduardo Salas Olano publica una pequeña obra, y al año siguiente, en 1895, el doctor José Grossi, de Valparaíso, su "Reseña del Progreso Médico en Chile", obra premiada por la Universidad de Chile.

En 1904, Pedro Lautaro Ferrer escribe su excelente "Historia General de la Medicina en Chile", que comprende desde 1535 hasta la inauguración de la Universidad de Chile, 1843, y en que "deja " consignada de un modo especial, la acción de las personalidades que " representan y encarnan el adelanto intelectual y material de nues- " tra escuela médica". Es una importante obra de gran valor histórico y científico, llena de hechos y datos, gran parte de ellos inéditos hasta el año de su publicación. Pero, mientras que ella abarca en su estudio histórico nada más que el período colonial y la era republicana, hasta la inauguración de la Universidad, José Grossi, en su "Reseña del Progreso Médico en Chile", estudia también nuestro progreso médico dentro del régimen universitario, es decir, durante la segunda mitad del siglo pasado.

Numerosísimas son las publicaciones posteriores, que han contribuído al mejor conocimiento de la historia de nuestra medicina; extraordinario éxito ha tenido, igualmente, el ciclo de conferencias sobre "Historia de la Medicina Chilena", auspiciadas, en los últimos años, por nuestra Facultad y la Sociedad Médica. Debemos mencionar, entre ellas, la magnífica disertación de nuestro actual Decano, Profesor Armando Larraguibel, sobre "Introducción a la Historia de la Medicina Chilena", y las conferencias de Arturo Mardones, Guillermo Münnich, H. Orrego Puelma, Hugo Lea Plaza, A. Garretón Silva, A. Alonso Vial, que sólo podemos recordar, para no salirnos del margen que hemos trazado a nuestra exposición. También la historia de las más importantes de nuestras sociedades científicas, *Sociedad Médica, Sociedad de Cirugía* y *Sociedad de Cirujanos de Hospital*, que no es más que la historia de los progresos médicos en Chile, ha sido trazada hábilmente en numerosas ocasiones. Entre los profesores de nuestra Facultad, son dos los que se han preocupado, en particular, de estudiar la historia de nuestra cirugía, Lucas Sierra y Luis Vargas Salcedo. Sus numerosas publicaciones, principalmente las magníficas contribuciones "Cien años de enseñanza de la Medicina en Chile", del primero de los autores nombrados, y "25 años de cirugía abdominal en Chile", de Vargas Salcedo, ambas aparecidas en los *Anales de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas*, de los años 1936 y 1937, respectivamente, mucho nos han servido en la confección de nuestra exposición. Pero si bien la mayoría de las publicaciones mencionadas, indispensable para todos los que quieran profundizar el estudio de la historia de nuestra medicina, han significado un esfuerzo considerable que, por su alto valor científico e histórico, honra a sus autores, sólo una de ellas se refiere en particular, aunque en forma muy general, al desenvolvimiento histórico, entre nosotros, de la rama más importante e interesante de la cirugía, la cirugía abdominal. *Creemos, por lo tanto, con pleno conocimiento de todos sus defectos, que la publicación de nuestra exposición, está justificada.* No existe todavía en Chile, una labor científica suficientemente importante, para prescindir de la de otros países más adelantados que el nuestro. Esto vale, también, para la cirugía; no nos hemos limitado, por esta razón, nada más que a demostrar la evolución que ha tenido la cirugía abdominal entre nosotros, la hemos relacionado, para su mejor comprensión, en los distintos capítulos, *ampliamente* con la de los países europeos y de Estados Unidos, cuna de la mayoría de los procedimientos quirúrgicos modernos.

Nuestra medicina y cirugía, no pueden tacharse de exclusivismo de escuela. Como ya lo dijo Adolfo Murillo, en 1889: "usufructuaria

" de la incesante y prolífica labor que caracteriza a los principales " centros científicos europeos y americanos, la Escuela de Medicina " chilena es esencialmente ecléctica, no está abanderizada, porque, " a semejanza de las abejas que liban la miel en millares de flores " para trabajar su panal, así vamos haciendo con las distintas escue- " las para amasar nuestros conocimientos". La primera influencia que tuvo, fué, sobre todo, inglesa; Nataniel Cox, primer cirujano laico del Hospital de San Juan de Dios, Guillermo Blest, primer profesor de patología y clínica médica, además uno de los fundadores de nuestra Escuela de Medicina, son las figuras más sobresalientes y de mayor prestigio e influencia, en nuestra naciente medicina, en la primera mitad del siglo pasado. Habían aportado, naturalmente, de preferencia, los adelantos y las novedades de la escuela inglesa. Sin embargo, con la llegada a Chile, de Lorenzo Sazie, en 1834, y posteriormente la de otros maestros franceses, Alfonso María Thévenot, Francisco Julio Lafargue y Jorge Petit, nuestra Escuela pasó a ser evidentemente francesa, carácter que conservó durante algunas décadas. Pero ya a fines de la pasada centuria, con el desaparecimiento de las grandes dificultades de comunicación, la medicina, como todas las demás ciencias, experimenta una rápida y enorme difusión. Desaparecen también las fronteras entre las naciones, en el campo de la cirugía, que deja de ser lo que hasta entonces había sido, el patrimonio de unos pocos hombres y cirujanos eminentes, que en los países más adelantados eran los representantes de sus respectivas escuelas. Hasta nuestros días, la medicina chilena ha sabido conservar su independencia y superioridad sobre otras escuelas, por no tener predilección por ninguna de las europeas o americanas, aceptando siempre los descubrimientos y adelantos que ha creído buenos, cualquiera que haya sido su fuente. Hoy día, el prestigio de nuestra cirugía está ampliamente consolidado. El arte quirúrgico ha adquirido un creciente desarrollo a lo largo de todo nuestro territorio, gracias a la labor de cirujanos inteligentes y perseverantes. En nuestros centros quirúrgicos de mayor importancia, se ejecutan, ahora, todas las intervenciones abdominales, algunas de las cuales, no hace mucho, sólo se efectuaban en las clínicas de los países más avanzados. *Podemos hablar ya, con justísima razón, de una verdadera experiencia quirúrgica nacional.*

Dos palabras, sobre la literatura que nos ha servido de fuente de información para nuestra exposición. La primera revista del país, que dió cabida en sus páginas a trabajos científicos, fué *Anales de la Universidad de Chile;* revista oficial de ella, y exponente más acabado de la cultura nacional. Desde el año de la fundación de nuestra Uni-

versidad, en 1843, empezaron a publicarse en los Anales, las mejores memorias de prueba presentadas por los alumnos de las distintas Facultades, y señaladas por los Decanos respectivos, como merecedoras de ello. En 1869, se fundaba en Santiago la Sociedad Médica, que, desde su primer año de existencia, ha realizado una interesante y fructífera labor. Fué su primer presidente, don José Joaquín Aguirre, y su primer vicepresidente, don Adolfo Valderrama. Tres años después, en 1872, nació la *Revista Médica de Chile*, órgano oficial de la institución. Tanto la *Sociedad* como su *Revista*, han tenido una vida ininterrumpida, constituyendo ambas creaciones las más antiguas de la América Latina. Algunos años antes, en 1867, Vicente Padín había fundado el *Médico Práctico*, primera revista de medicina publicada en Chile, pero cuya vida no duró más de un año. En 1922 se funda en la capital, la *Sociedad de Cirugía*, y en 1931, la Sociedad de Cirujanos de Hospital, que cobija en su seno a los cirujanos jóvenes del país. Ambas instituciones con su entusiasmo, su celo y sus magníficas publicaciones, el *Boletín de Cirugía* y *Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital*, han contribuído grandemente al prestigio de nuestra cirugía, y cumplen la alta misión de difundir por todo nuestro territorio, los nuevos conocimientos y adelantos quirúrgicos. Muchas son, también, las sociedades médico-quirúrgicas que, en provincia, han realizado una intensa labor, publicando, algunas de ellas, revistas de un alto valor científico. Los escasos artículos de carácter médico que se publicaron antes de la fundación de nuestra Universidad, en 1843, en que la producción científica era en extremo escasa, aparecidos en los periódicos de la primera mitad de la pasada centuria, carecen de interés para nuestra exposición. Debemos referirnos, finalmente, a las *tesis de licenciatura* o *memorias de prueba*, obligatorias para optar al título de médico-cirujano. Mucho se ha discutido sobre su valor, se ha dicho que, a pesar de representar un saludable esfuerzo como medio de disciplina para realizar una prueba científica, la mayoría de ellas no aportan nuevos conocimientos, y que constituyen una hermosa excepción las tesis verdaderamente originales. Sin embargo, desde el punto de vista del desenvolvimiento histórico de nuestra cirugía, muchísimas tesis, revisadas por nosotros, son de un valor inapreciable. Muchos de los profesores de nuestra Facultad, que gustaban más de los hechos que de las palabras escritas, se han distinguido por no publicar nunca nada; su labor se habría perdido, a no ser por las tesis de licenciado, que han aprovechado el material de sus observaciones clínicas. Debemos lamentar que muchas de ellas, sobre todo las memorias más antiguas, de fines del siglo pasado y principios del actual, se hayan

perdido o se encuentran dispersas y escondidas fuera de alcance, en alguna vieja biblioteca. Muchas más son las revistas de medicina o cirugía que también nos han servido de fuente de información: el *Boletín de Medicina*, fundado en 1884; el *Progreso Médico*, fundado en 1892; el *Boletín de la Facultad de Medicina y Farmacia*, cuyo primer tomo apareció en 1898; la *Revista General de Medicina e Higiene Práctica*, publicada en Valparaíso en 1899; *La Clínica;* los *Archivos de la Sociedad Médica de Valparaíso;* la revista *Cáncer*, etc., muchas de ellas ya desaparecidas.

Para facilitar la lectura del texto, hemos suprimido, en lo posible, las citas bibliográficas extranjeras, como también toda clase de notas; en cambio, hemos prestado gran importancia, dado el carácter de nuestra exposición, a la *bibliografía nacional*. Al final de cada capítulo encontrará el lector, una nómina, más o menos completa, de las principales publicaciones chilenas, casi todas ellas leídas o consultadas personalmente por el autor. No se nos escapa que, indiscutiblemente, habrán omisiones y olvidos en nuestras citas bibliográficas; pero ellas han sido involuntarias y debidas a que hemos tenido que limitarnos, en nuestra reseña, casi exclusivamente al estudio de las publicaciones aparecidas en nuestras revistas médicas y las tesis de licenciado o profesorado, que han estado a nuestro alcance. Lo mismo debemos decir, con respecto al índice alfabético de autores, citados al final de nuestra exposición. Figuran en él, nombres de médicos jóvenes y aún estudiantes, cuyas tesis de licenciatura hemos tenido que mencionar en el texto, en cambio faltan, seguramente, muchos nombres de cirujanos distinguidos, que han contribuído al progreso de la cirugía abdominal entre nosotros, pero que no hemos podido mencionar, porque no han publicado sus experiencias y observaciones. *Habría sido nuestro deseo, naturalmente, poderlos mencionar a todos. Pedimos excusas por todos nuestros errores u omisiones, enteramente ajenos a nuestra voluntad.*

Hemos dividido nuestra exposición, en *seis partes*. Hacemos, en la *primera*, una breve reseña histórica de la cirugía chilena y la semblanza de los maestros que más influencia han tenido en su desarrollo; exponemos, a continuación, lo que eran nuestros hospitales en el siglo pasado, antes del advenimiento de la antisepsia, y estudiamos, finalmente, en esta primera parte, las enfermedades infecciosas, más frecuentes, de las heridas que impedían su cicatrización normal y cuya etiología era totalmente desconocida. Estudiamos, en la *segunda parte*, la mayor revolución científica que marca el principio de los adelantos

modernos de la medicina y la cirugía, y que tuvo su origen en las geniales investigaciones de Pasteur, de Koch y de Lister. Recordamos, en seguida, cómo y cuándo se efectuó la introducción de la antisepsia en Chile, y su evolución a la asepsia, que rige hoy día todos nuestros actos quirúrgicos. No es posible concebir, el enorme desenvolvimiento de la cirugía, sin el maravilloso descubrimiento de la privación del dolor, la *anestesia*. Grande y decisiva ha sido también la ayuda que, como método auxiliar de la cirugía, han prestado los *Rayos Roentgen*. Exponemos, por estas razones, en la *tercera parte*, en dos capítulos, la historia de la anestesia y de los Rayos Roentgen y la evolución que tuvieron en nuestro país. No hemos pretendido abarcar, en nuestra exposición, toda la patología quirúrgica abdominal; nos limitamos a estudiar, nada más que el desenvolvimiento histórico del concepto y tratamiento de las afecciones de mayor importancia de la cirugía abdominal. Hemos creído conveniente empezar nuestro estudio, en la *cuarta parte*, con algunas afecciones que se intervenían ya mucho antes del advenimiento de la era antiséptica, como el *absceso hepático*, que, por su frecuencia y gravedad, imprimía a nuestra patología del siglo pasado una fisonomía muy particular, y los *grandes quistes del ovario*, cuya extirpación, la *ovariotomía*, inicia en realidad la ginecología moderna, tanto en Europa y Estados Unidos, como también entre nosotros, y que había sido ejecutada ya, desde principios del siglo pasado, en centenares de casos y un buen número de veces entre nosotros, algunos de ellos con éxito. En la *quinta parte*, estudiamos un segundo grupo de afecciones abdominales, las más numerosas, cuyo tratamiento entra de lleno al dominio de la cirugía, sólo con el advenimiento de la era listeriana. Hemos seguido en nuestra exposición, más o menos el orden en que ellas figuran en los tratados clásicos de patología quirúrgica. En la *sexta parte* estudiamos, finalmente, en algunos capítulos, la evolución del tratamiento de algunas de las más frecuentes afecciones quirúrgicas de la ginecología y obstetricia: la operación cesárea, el embarazo extrauterino, el fibromioma y el cáncer uterino.

Estimamos que no hace falta subrayar que nuestra exposición no es obra de un historiador, sino de un cirujano, sin experiencia ni talento literarios, que, por sobre todo, ha tratado siempre de perfeccionarse en el arte quirúrgico, y por sus diarias obligaciones, no ha podido disponer más que de cortos momentos para la confección de esta publicación; pero como su pluma ha sido guiada por el amor a nuestra profesión de cirujano, hemos tratado de salvar todos los escollos, las dificultades y las dudas, que inevitablemente tenían que presentarse en el camino de nuestro trabajo.

Nos complacemos en expresar, nuevamente, nuestra gratitud a la Imprenta y Litografía "Universo" S. A., por las facilidades que nos ha proporcionado y porque nada ha escatimado para que la obra salga a la medida de nuestros deseos.

Queremos recordar, finalmente, a nuestros compañeros de trabajo del viejo Hospital Enrique Deformes de Valparaíso, sus dignos directores doctores César Morelli y Hans Fiedler, y tributar un homenaje respetuoso a la memoria del que por tantos años fuera nuestro mejor amigo, jefe de la Sección de Cirugía y Ginecología, espíritu impregnado de las virtudes que más amable hacen al hombre, corazón lleno de bondad, y a quién la muerte nos arrebatara tan prematuramente: Ricardo Fonck.

Estando este libro ya en prensa, tuvimos la inmensa desgracia de perder al que fuera por tantos años nuestro maestro y amigo, doctor Guillermo Münnich. Fué uno de los más perfectos y talentosos cirujanos que hemos conocido, y su desaparecimiento significa una pérdida irreparable para la cirugía chilena. Pocas semanas antes de su muerte, tuvo la gentileza de prestigiar nuestra obra, al escribirnos el prólogo. Durante más de 20 años, tuvimos la suerte de trabajar a su lado y compartir con él todas las alegrías y las penas propias de la vida del cirujano. Ha sido para nosotros, como lo manifestamos ya en otra ocasión, un maestro en el sentido más ideal del vocablo, y nunca podremos resignarnos de haberlo perdido.

PRIMERA PARTE

RESEÑA HISTORICA Y ANTIGUA CURACION DE LAS HERIDAS

CAPITULO I

BREVE BOSQUEJO DE LA HISTORIA DE NUESTRA CIRUGIA

"Y al llegar a la época presente y
" contemplar la condición próspera
" de la enseñanza y mirar el nivel a
" que se ha levantado la práctica de
" la medicina entre nosotros, no po-
" demos menos de sentir en el alma
" un legítimo orgullo por los progre-
" sos alcanzados, y hacer votos porque
" estos progresos se continúen en las
" generaciones médicas que vengan
" en pos de nosotros".

"Adolfo Valderrama. 1888".

Todos sabemos que la cirugía abdominal, como también la del cráneo y tórax, prácticamente no existían hasta los últimos años de la pasada centuria. El cirujano de nuestros días difícilmente podrá figurarse, lo que era un servicio quirúrgico antes de la era antiséptica. Con los postulados de Pasteur y de Lister, se habían abierto a la cirugía las puertas de un nuevo mundo, como el que Colón dió a Europa. En pocos años, la más trascendental de las revoluciones científicas, permitía realizar mayores progresos que los que se habían obtenido en los siglos anteriores, desde que puede hablarse de la existencia de una medicina científica. Con razón algunos autores han dicho, que existen solamente dos períodos en la historia de la cirugía: antes y después de Pasteur y Lister. Veremos más adelante lo que la Ciencia Médica debe a estos dos genios, cuyos nombres perdurarán, mientras exista la humanidad.

Trazaremos en este primer capítulo, un breve bosquejo de la historia de nuestra cirugía, y mencionaremos en él, los hechos y los perso-

najes más importantes que encontramos en nuestra documentación histórica, haciendo, sobre todo, la semblanza de algunos de nuestros grandes cirujanos, que más han contribuído en el desarrollo de la cirugía abdominal en Chile, cuya evolución seguía, naturalmente, la misma ruta marcada por los viejos países que iban a la cabeza del progreso, eso sí que con algunos lustros de atraso.

Hay un acontecimiento en la historia de la medicina chilena, que coincide con el comienzo de la época de la Independencia y que merece nuestra especial atención, por marcar, también, en cierto sentido, el comienzo de nuestra cirugía. Es la llegada a nuestra tierra, la más pobre y lejana colonia de España, de don MANUEL JULIAN GRAJALES. Su interesante obra, ha sido estudiada en numerosas publicaciones; fué, Grajales, el "alma de la propagación de la vacuna en Chile", en una época en que nuestras ciudades, frecuentemente eran azotadas por epidemias de viruela, pagando un duro tributo a ellas. *Fué, también, el primer profesor de cirugía en Chile.*

Había hecho Grajales sus estudios en España, sin haber alcanzado el título de médico. Llegó a Chile, en 1808; organizados los servicios de vacuna, se trasladó al Perú, a fin de terminar sus estudios médicos en la Universidad de San Marcos. Después de graduarse, regresó a Chile, donde, en 1819, fué nombrado profesor de cirugía. En el mismo año presentó al Senado un "Plan de Estudios Médicos"; pero volvió a su patria en 1825, sin haber desempeñado el profesorado, a causa de que hasta esa fecha no habían sido creados, todavía, los cursos de medicina, que fueron inaugurados oficialmente sólo en 1833. No habían sido comprendidas, aún, las necesidades de la enseñanza; los espíritus no habían alcanzado suficiente madurez, para imprimir otros rumbos a los estudios en Chile. Sólo en 1843, se decreta la cesación de las funciones de la Universidad de San Felipe que, como escribe Barros Borgoño, "no era más que un pobre remedo de las atrasadas universidades españolas, que, como las yemas que brotan de un árbol vetusto, no produjo flores ni frutos". Un año antes, en 1842, había sido creada la Universidad de Chile, y a los pocos años era considerada ya como el primer centro intelectual de la América latina.

Durante la permanencia de Grajales en Chile, empezaron a llegar algunos médicos extranjeros, que luego dieron un gran impulso al desarrollo de la medicina. Entre ellos, se destaca la figura de don AGUSTÍN NATANIEL MIERS COX. Había nacido y se había educado en Inglaterra.

Cursó las aulas de "Medicina y Materia Médica", en Londres, y entre sus profesores figuraba el muy famoso Sir Astley Cooper, quién siempre lo distinguió y nunca perdió el buen recuerdo de su discípulo; muchos años después, cuando ya éste residía en Chile, expresó su sentimiento de que se hubiese alejado a otro país, un hombre que estaba llamado a figurar en el suyo propio. Don Nataniel Cox llegó a Chile, en 1814, en realidad, por una casualidad y por una serie de circunstancias fortuitas se radica en nuestro país. Era un hombre de vasta cultura y de profundos conocimientos médicos y quirúrgicos. Don Onofre Sotomayor, quién lo sucedió en la Facultad de Medicina, al incorporarse a ella, en 1869, año del fallecimiento de Nataniel Cox, traza sus rasgos biográficos y dice que " Cox era el primer médico europeo que venía a Chile, sabiendo un poco " de esa preciosa ciencia moderna, la química, que acababa de salir, con " Lavoisier, de los pañales de la alquimia, y que era, también, el primero " que venía a representar en Santiago a la cirugía moderna, personificada " en Francia, por Dupuytren, y en Inglaterra, por Cooper, su maestro". *Fué el primer cirujano laico del Hospital de San Juan de Dios,* cuando éste contaba solamente 25 enfermos, y como tal introdujo, naturalmente, muchas y profundas innovaciones. Cuando inició sus actividades, entre nosotros, no se usaban aún los anestésicos generales, la antisepsia también era desconocida; faltaban, todavía, muchas décadas, para que Pasteur y Lister revolucionaran, con sus descubrimientos, la cirugía. En esas condiciones, en un pobrísimo ambiente y, prácticamente, sin instrumental, Nataniel Cox tuvo que practicar sus primeras intervenciones. La cirugía abdominal no existía, y aún las hernias estranguladas no eran todavía intervenidas. Practicó muchas operaciones regladas, y para el tratamiento de las torsiones intestinales y retenciones estercoráceas, tan comunes en el pueblo, por los excesos y desarreglos alimenticios, hizo construir una cánula recta, de plata, y de proporciones descomunales, para tratar estas afecciones "de una manera mecánica". Este "bastón" de Cox, ha salvado, según muchos cirujanos del siglo pasado, a más de un enfermo, y muchos médicos de la generación actual, alcanzaron a verlo en uso. Fué el doctor Cox, según Lautaro Ferrer, el médico popular por excelencia; se dedicó por completo a su sacerdocio, bendecido por el pueblo que le quería como a un padre. Desempeñó varias veces el protomedicato, y contribuyó, en ese puesto, a dignificar la profesión médica, que hasta entonces se había caracterizado por el descrédito de los facultativos. En 1843, fué elegido miembro de la Facultad de Medicina, y en 1853, se retiró a Valparaíso, a llevar una vida

menos accidentada. En manifestación de reconocimiento por sus servicios prestados, fué nombrado Cirujano de la guarnición de Valparaíso. Falleció en esa ciudad, en 1869, a los 84 años de edad. El doctor Cox, no escribió. "Pertenecía a la categoría de los médicos prácticos" — escribe su biógrafo, Onofre Sotomayor — "que no tienen más escritos " que sus curaciones, ni más pluma que el bisturí".

Pocos años después de radicarse en Chile don Nataniel Cox, llegaba a nuestra tierra otro médico de nacionalidad irlandesa, que influyó poderosamente en el levantamiento moral de la profesión, y que debe considerarse, también, como uno de los innovadores y precursores del desarrollo médico científico entre nosotros: GUILLERMO C. BLEST. Fué uno de los fundadores de nuestra Escuela de Medicina, y durante 18 años, Profesor de Patología y de Clínica Médica. Varias generaciones de discípulos, aprendieron estos ramos con él, hasta su retiro del profesorado, en 1851. Guillermo Blest, no fué cirujano; pero contribuyó, también, como uno de los primeros internistas que había aportado, sobre todo, los adelantos y las novedades de la escuela inglesa, al mejor conocimiento de algunas afecciones abdominales. A los pocos años de su llegada al país, en 1828, publica un ensayo sobre "Las causas más comunes de las enfermedades que se padecen en Chile", con indicaciones de los "mejo- " res medios para evitar su destructora influencia". Menciona en él, las " epidemias constantes de disentería y, sobre el absceso hepático, la " abultada proporción de enfermos del hígado". Se refiere, también, a la " plaga aterradora de los heridos a cuchillo, la peste de Chile", como le llama gráficamente, que llena los hospitales, y cita 29 casos en 13 días, asistidos sólo por él. Perteneció, como hemos dicho, al primer cuerpo docente de nuestra Escuela de Medicina, y se distinguió por su laboriosidad y perseverancia.

En 1833, fueron inaugurados oficialmente los cursos de medicina, durante la presidencia de don Joaquín Prieto y de su ministro don Joaquín Tocornal, cuyo hijo, el doctor Javier Tocornal, llegó a ser, después uno de los profesores de nuestra Escuela. Al doctor Blest, como presidente del Protomedicato y profesor de medicina, le correspondió el honor de declarar abierto el primer curso de medicina, que empezó a funcionar en Marzo del año mencionado, y se componía de tres clases; la Medicina quedaba entregada a don Guillermo Blest, la Anatomía a don Pedro Morán, y la Cirugía a don LORENZO SAZIE, que había llegado a Chile, a principios de 1834. "La llegada del Dr. don Lorenzo Sazie, a

" Chile" —escribe Adolfo Valderrama, su biógrafo— "marcó, en efecto, " el principio de la época contemporánea en la historia de la medicina " entre nosotros".

Sazie, había sido un alumno sobresaliente de la Universidad de París, y siguió siendo, entre nosotros, un hombre de relevantes méritos científicos, que desde el primer momento se impuso en el medio social y cultural de esa época. Fué, sin duda, un gran cirujano y a la vez un gran maestro. No debe extrañarnos que, por sus múltiples obligaciones, como profesor de la Escuela, decano de la Facultad, ejerciendo a la vez las funciones de protomédico, jefe de los hospitales de Santiago, como también por la atención de su numerosa clientela, adquirida desde el primer año de su llegada a la Capital, no tuviese tiempo para cultivar la literatura médica; pero debemos lamentarlo. El único informe que merece citarse, entre los pocos que escribió, de interés para el cirujano, apareció en "El Mercurio" de Valparaíso, del año 1836: "*Memoria sobre la reunión inmediata y sobre las ventajas de retardar la renovación del primer aparejo, en las heridas que resultan de las grandes operaciones quirúrgicas*". Se muestra partidario, en ella, de la sutura inmediata en las amputaciones, en oposición a la práctica hasta entonces admitida. Le había dado buenos resultados, como también con la renovación retardada de los apósitos y vendajes de las heridas. Sobre todo, la "reunión inmediata" de ellas, era, según Sazie, una de las más bellas adquisiciones de la cirugía moderna, y había tenido la satisfacción que muchos cirujanos, en Francia, siguieran su consejo. Sazie, no tuvo la suerte de alcanzar a conocer la antisepsia de Lister; sus ideas no pudieron prosperar, en una época en que era excepcional el herido que no pagaba su tributo a la infección purulenta y a la podredumbre de hospital.

Por decreto dictado en Julio de 1834, había sido fundada la Escuela de Obstetricia, y dos meses después de su llegada al país, Sazie había sido nombrado director de la nueva Escuela. Quedaba, pues, como profesor de dos cátedras: Cirugía y Clínica Obstétrica. Al hacerse cargo del servicio de cirugía, en el Hospital de San Juan de Dios, introducía, por primera vez entre nosotros, una verdadera atención científica de los operados. En un Informe del Protomédico a la Facultad de Medicina, del año 1844, se expresaba, en la siguiente forma, del servicio hospitalario: "Monumentos del celo y la filantropía de los antepasados, los " hospitales de Santiago han quedado ceñidos a sus antiguos límites, en " medio del incremento de la población y de las enfermedades. A pesar " de su primitiva y bien entendida disposición, hace tiempo que son

" insuficientes, y aún en ciertas estaciones, los infelices pacientes son " depositados en un verdadero lugar de infección. El carácter grave de " la disentería y de otras afecciones, la tenaz persistencia de la gangrena " hospitalaria, de aparición reciente, el pronto desarrollo de la escrófula, " en individuos apenas predispuestos, son debidos a la acumulación de " los enfermos cuyas camas, escasamente compuestas, son casi siempre " duplicadas en todas las salas".

Con todo este primer servicio quirúrgico del Hospital de San Juan de Dios, fundado sobre base científica, ha sido la cuna de generaciones de cirujanos chilenos.

¿Cuál es el motivo de que Sazie fuera el iniciador de una nueva época en la medicina chilena?. Traía un bagaje enorme de conocimientos, que había adquirido en Francia. "Venía empapado en las ideas de Laennec", descubridor de la auscultación mediata y defensor de la doctrina del tratamiento de las enfermedades, sobre la base del conocimiento de su anatomía patológica y su relación con la fisiología patológica y el diagnóstico. Sazie, introdujo todo esto en la práctica de la profesión entre nosotros, y trajo, pues, una era nueva para la medicina. "La influencia que tuvo en nuestra Escuela Médica", —dice Adolfo Valderrama— "explica por qué, a pesar de que los primeros maestros de medicina fueron ingleses, nuestra Escuela pasó a ser evidentemente francesa". Todos los contemporáneos de Sazie, reconocieron en él al gran cirujano, de imaginación rica e inventiva fecunda; pero los éxitos que obtuvo en sus intervenciones quirúrgicas, no estaban en relación con su habilidad operatoria, porque se ignoraba, todavía, la etiología de los procesos infecciosos de las heridas, que impedían el proceso de su cicatrización normal. Falleció en 1865, a causa de un tifus exantemático que contrajo en el ejercicio de su profesión. Sólo dos años después, en 1867, Lister publicaba sus primeras observaciones sobre cirugía antiséptica. Lorenzo Sazie, no alcanzó a conocer, por lo tanto, los progresos de la cirugía abdominal. *Fué, sin embargo, el primero, entre nosotros, en practicar la herniotomía por estrangulamiento herniario, en 1840;* operación que, según Malgaigne, era una de las más mortíferas de la cirugía. (Cit. por Arístides Moll: Aesculapius in Latin America, 1944). Dió normas para muchas otras intervenciones, e ideó un procedimiento personal para la cura radical de las hernias, que Valderrama transcribe, como un homenaje a la memoria del ilustre maestro, en una publicación, a la cual nos referiremos en el capítulo sobre las hernias y su cura radical. Sazie y el médico español José Antonio Torres, que había llegado a Chile en 1818,

fueron, también, los primeros cirujanos que ejecutaron en Chile y en Sud América, la *traquetomía*, en 1837. *Igualmente, fué Sazie el primero en practicar, entre nosotros, la versión, en aplicar el forceps, e introdujo el uso del espéculo, en las exploraciones ginecológicas.* Siendo nuestro primer decano, conservó el puesto hasta su muerte. Durante su decanato, se introdujeron importantes reformas en la enseñanza de la medicina; la primera de ellas, en 1845, y la segunda en 1860. Luchó por elevar el prestigio profesional, pòr obtener un local apropiado para nuestra Escuela de Medicina y por un hospital clínico; pero no alcanzó a ver satisfechas muchas de sus aspiraciones. Murió a los 58 años. Sus restos descansan en tierra chilena.

Había quedado vacante la clase de Clínica Quirúrgica. El Gobierno acordó contratar en Europa, un profesor que viniera a reemplazar al ilustre maestro Sazie. Así vino a Chile, a fines de 1866, el doctor don ALFONSO MARÍA THEVENOT. Abrió su curso al año siguiente, y se conquistó luego, una gran reputación en la práctica de la medicina y de la cirugía. Su curso de cirugía operatoria, la hacía, según Valderrama, " con un método y una habilidad, que le reconocen todos cuantos le " han visto operar, con profundos conocimientos anatómicos, habiendo " visto operar a los más distinguidos cirujanos franceses, con un espíritu " brillante de claridad y precisión, con una mano segura e infatigable, " la cirugía es para él un placer que ni cansa su espíritu, ni le hace perder " jamás su imperturbable sangre fría". Thévenot volvió a Francia, en 1873, habiendo estado, durante seis años y medio, a cargo del servicio de cirugía del Hospital de San Juan de Dios. Luchó bravamente contra la infección purulenta y la gangrena hospitalaria, y le corresponde el mérito de haber introducido, en nuestros hospitales la cura por oclusión de Guerin, que volveremos a mencionar más adelante, al estudiar las condiciones de nuestros hospitales en el siglo pasado. Veremos, entonces, que corresponde también a Thévenot, otro mérito, *el haber usado en Chile, por primera vez, parte de la cura antiséptica de Lister*, casi diez años antes de su introducción definitiva, en 1881, por los doctores Manuel Barros Borgoño, Francisco Puelma Tupper, Vicente Izquierdo y Máximo Cienfuegos. Veremos, igualmente, al hablar de la ovariotomía, que fué Thévenot, uno de los primeros en ejecutarla entre nosotros, años antes de la era antiséptica. En el primer número de nuestra Revista Médica, del año 1872, encontramos una publicación suya, en que hace la historia de algunas extirpaciones de quistes del ovario. La primera

ovariotomía practicada en Valparaíso, en Febrero de 1872, fué efectuada por él; cirujano hábil y valiente, que dejó, con sus seis años de profesorado, una profunda y duradera enseñanza para los que fueron sus alumnos.

Sucesor de Thévenot, en la cátedra de Clínica Quirúrgica, fué don NICANOR ROJAS; profesional que se había formado en el país y que, gracias a su inteligencia y amor al estudio, había llegado a una situación espectable. Rojas, estudió, en su tesis de licenciado, del año 1853, las *afecciones carcinomatosas del útero*, en Chile. Volveremos sobre esta memoria, que demuestra que la afección era ya bien conocida y frecuente en aquellos años, en el capítulo correspondiente. La cirugía abdominal aún no existía, y las operaciones vaginales estaban todavía en pañales. El autor se refiere, también, a la extirpación de la matriz, por esta vía, que había sido ejecutada contadas veces por algunos cirujanos en Europa, "pero con un resultado ni siquiera mediocre".

No puede escribirse la historia de cualquiera rama de las ciencias médicas en Chile, sin dar en ella un lugar de preferencia a un hombre a quien se deben, en gran parte, todos los adelantos realizados en nuestra Escuela de Medicina, durante el medio siglo en que formó parte de su profesorado, don JOSE JOAQUÍN AGUIRRE. Había obtenido su título de médico cirujano en 1850, demostrando, desde el principio de su carrera, una acentuada preferencia por la enseñanza de la Anatomía. Fué sucesor de Lafargue, en la cátedra de Anatomía Descriptiva, dándole su verdadera orientación y toda la importancia y desarrollo que esta ciencia merece, por ser la base de los estudios médicos. Fué, también, interinamente, profesor de Clínica Externa, y ejerció la cirugía. "El Dr. Aguirre, —dice Augusto Orrego Luco, en sus "Recuerdos de la Escuela", — "ha sido cirujano, cuando sólo se conocía un instrumental rudimen-
" tario, cuando la ciencia no sospechaba los recursos poderosos de la
" asepsia, cuando el cloroformo no había entrado todavía en la práctica
" habitual y se presentaba rodeado de todos sus peligros; cuando el
" éxito afortunado dependía, casi por completo, del mérito personal del
" cirujano, de sus conocimientos anatómicos, de la seguridad y rapidez
" con que se operaba. El Dr. Aguirre, fué un gran cirujano, en esas
" condiciones deplorables. Fué un operador siempre asombroso y casi
" siempre feliz. Sólo Sazie, el ilustre iniciador de la cirugía en Chile,
" podía rivalizar con ese joven cirujano formado en nuestra Escuela".

La Facultad de Medicina lo eligió decano, en 1867. Como tal, inició y realizó grandes reformas y progresos que levantaron a la Facultad y la Escuela de Medicina, de la estagnación en que se encontraban a mediados del siglo, al alto grado de adelanto en que se hallaron a fines del siglo. Pero, el servicio más grande que prestó al progreso médico del país, fué el haber obtenido del Gobierno, que subvencionara, para seguir sus estudios en Europa, a cinco estudiantes sobresalientes de nuestra Escuela de Medicina. En Europa se desarrollaba, en esa época, la más trascendental revolución, que a los pocos años había de cambiar en absoluto, la faz de la medicina y de la cirugía. Veremos, en el capítulo sobre la introducción de la antisepsia en Chile, la enorme influencia que este grupo de jóvenes, salidos de un ambiente rutinario y atrasado, como era el de Santiago, entonces, para perfeccionar sus conocimientos en los centros médicos de Europa, tuvieron en la evolución y el progreso de la Medicina en Chile. Estos cinco becados por el Gobierno de Chile, elegidos con ojo experto por el decano Aguirre, eran: Manuel Barros Borgoño, Vicente Izquierdo, Máximo Cienfuegos y los hermanos Puelma Tupper. Al llegar de regreso a Chile, en 1880, en plena guerra del Pacífico, contaron, también, de inmediato, con el valiosísimo apoyo moral de J. Joaquín Aguirre, quién, ya en 1868, cuando en Europa Pasteur y Lister todavía no eran reconocidos, había tenido la osadía de hablar, en una nota oficial, de virus y de microbios. Aguirre murió a la avanzada edad de 79 años, y fué su sucesor en la cátedra de Anatomía, su hijo Roberto Aguirre Luco, cuyas brillantes clases todos recordamos. He aquí un hecho extraordinario, probablemente único en la historia de la enseñanza: *padre e hijo enseñaron Anatomía, uno después del otro, casi durante setenta años!*.

Hemos visto que uno de los becados, que el Gobierno había enviado a Europa, para su mejor preparación científica, fué MANUEL BARROS BORGOÑO. Había obtenido su título de médico en la Escuela de Medicina de París, y conocido, al lado de Lucas Championniere, quién, casi desde un comienzo, se convirtió en el campeón del método antiséptico en Francia, los nuevos sistemas curativos del maestro de Glasgow. Barros Borgoño llegaba a Chile, en compañía de Puelma Tupper, Izquierdo y Cienfuegos, en el momento oportuno, cuando más se necesitaba, en nuestros hospitales de sangre, en una época aciaga, la nueva cirugía de Lister. Veremos, en el capítulo sobre la introducción de la antisepsia en Chile, los asombrosos resultados que inmediatamente se obtuvieron, y que fueron los heridos de la guerra del Pacífico, los primeros beneficiados

con el nuevo tratamiento antiséptico. En un segundo viaje a Europa, Barros Borgoño, pudo robustecer y afianzar más aún, sus conocimientos científicos. En la mayoría de las grandes clínicas de Inglaterra, Francia y Alemania, los antiguos procedimientos de curación, habían pasado a la historia, y en muchas de ellas, se daban ya los primeros pasos de la antisepsia a la asepsia. A su vuelta a Chile, en 1882, Barros Borgoño fué designado para hacerse cargo de la nueva cátedra de Clínica Quirúrgica, que, desde el primer momento, adquirió un movimiento extraordinario. "*No cabe duda,* —dice uno de sus biógrafos— *que sus veinte años de Profesor de Clínica, significaron la evolución más trascendental de la cirugía chilena*". Abordó todos los problemas quirúrgicos, con gran maestría. En su servicio, y luego también en la Clínica Quirúrgica de Ventura Carvallo, empezaron a practicarse las primeras laparatomías, resguardadas por una nube de ácido fénico. El problema de la anestesia, mereció siempre una especial atención del maestro. En su clínica se ensaya por primera vez la eterización rectal, se estudian las anestesias combinadas del cloroformo con bromuro de etilo, se usan las inyecciones de atropina y morfina en las anestesias clorofórmicas. También la anestesia local encontró entusiasta acogida; al año siguiente de su descubrimiento, se ejecutaban ya una serie de pequeñas intervenciones con ayuda de ella, por el mismo Barros Borgoño y sus ayudantes. La cirugía de las vías biliares, tuvo su origen en su clínica, como igualmente una serie de otras intervenciones abdominales. Las heridas penetrantes, la obstrucción intestinal, entraron al dominio de la cirugía; antes de 1890, se habían ejecutado ya algunas nefrectomías y curas radicales, en las distintas formas de hernia. Se beneficiaron, también, enormemente, las intervenciones no abdominales. A los pocos años, la Clínica Quirúrgica de Barros Borgoño adquirió tal fama, que atrajo a muchos médicos y estudiantes extranjeros. En 1901, tuvo lugar en Santiago el Primer Congreso Médico Latino Americano, cuyo éxito fué, en gran parte, debido a la iniciativa de Barros Borgoño. Con razón dice Alonso Vial, en sus "Semblanzas de algunos maestros desaparecidos de la cirugía chilena":

"Si se pudo decir que Sazie echó las bases de la enseñanza quirúr-
" gica; Aguirre dió alas a la formación de los nuevos cirujanos, hay que
" decir que Barros Borgoño fué el gran realizador de todo lo quirúrgico
" y el formador verdadero de una escuela de cirugía en el país".

En 1889, Barros Borgoño fué nombrado Decano de la Facultad, en reemplazo de J. Joaquín Aguirre, cuando éste asumía la rectoría de

la Universidad. En 1901, fué elegido Rector, sucediendo a don Diego San Cristóbal, en este cargo. Barros Borgoño no sólo fué un gran cirujano y un eximio profesor. "A los más variados y profundos conocimientos científicos", —dice Lucas Sierra— "agregaba condiciones de carácter personal y principios que hacían de él una personalidad de primera fila". Como decano, en varios períodos consecutivos, modificó la organización de la enseñanza médica, dándole una base científica moderna. A él se debe la terminación de nuestra actual Escuela de Medicina, de cuya construcción había sido el alma impulsor. Con razón, después de su muerte, se colocó en el jardín de ella, su estatua, para perpetuar su memoria. Manuel Barros Borgoño, murió, a la temprana edad de 51 años, en 1903. "¿Por qué hemos de negarlo?" —decía uno de sus biógrafos, a principios del siglo— "Grandes méritos se han conquistado también otros; pero él fué el alma de nuestra Facultad, durante largos años". La cirugía abdominal le debe a él, igualmente, entre nosotros, su primer y más vigoroso impulso.

La otra cátedra de Clínica Quirúrgica, estaba en manos de VENTURA CARVALLO ELIZALDE, también desde 1882, año en que Barros Borgoño se había hecho cargo de la suya. Ventura Carvallo había sido alumno y luego ayudante de Nicanor Rojas, a quien sucedió a su fallecimiento. Esta cátedra, la más antigua de las dos, había pasado por manos de Sazie, Thévenot, Nicanor Rojas y Ventura Carvallo, quien la conservó hasta 1916. Durante más de treinta años, se dedicó así a la enseñanza de la cirugía y de la clínica quirúrgica, y a formar varias generaciones de profesionales. Es interesante recordar, que ambos profesores de clínica quirúrgica, llegaron a ocupar sus cátedras a muy temprana edad; Barros Borgoño tenía 30 años y Ventura Carvallo sólo 28. Esto explica el enorme impulso que ambos supieron dar a su enseñanza, que se caracterizaba por el entusiasmo de la juventud, que acepta y se adapta rápidamente a las nuevas ideas y a los nuevos procedimientos, que en aquellos años estaban a la orden del día. Carvallo fué un gran cirujano, un buen clínico y un eximio profesor. Supo rodearse de excelentes colaboradores, muchos de los cuales llegaron a ser cirujanos de nota, (Grez, Amunátegui, Navarro, Petit, Valenzuela Basterrica). Uno de los temas predilectos de Carvallo, era el abdomen agudo; la oclusión intestinal, las heridas penetrantes, la apendicitis, han sido, como veremos más adelante, materia de interesantes publicaciones de su pluma. *A Carvallo le corresponde el mérito de haber operado, en Chile,*

los primeros casos de apendicitis aguda, con diagnóstico previo y con extirpación del apéndice, en 1896. Al Congreso Médico Latino Americano del año 1901, que marca época en la historia de la apendicitis, en nuestro país, presenta un trabajo basado ya en 51 operaciones por apendicitis, y declara, en forma terminante, que esta afección carece de tratamiento médico. Como veremos en el capítulo correspondiente, en las clínicas europeas aun se discutían, en aquella época, las indicaciones operatorias de la apendicitis. Fué Carvallo, también, el primero, entre nosotros, en insistir, guiado por su práctica, en la *intervención precoz, en cualquiera de las variedades clínicas de oclusión intestinal.* De sus numerosas publicaciones, merecen especial mención, sus *"Lecciones de Clínica Quirúrgica"*, obra que permite formar un concepto bien exacto, sobre el estado de la cirugía abdominal de aquellos años, primera década de nuestro siglo. Desgraciadamente, su obra quedó inconclusa; por razones de salud, tuvo que dejar su Clínica, en 1916. Ventura Carvallo, fué, además, Decano de la Facultad de Medicina, entre los años 1891 y 1895, y diputado en tres períodos sucesivos. Impulsó el mejoramiento de la Escuela Dental, designando como jefe de ella, a su ayudante Germán Valenzuela Basterrica. Falleció Carvallo, en 1917, a los 63 años de edad.

Entre las figuras prominentes de los precursores de nuestra cirugía y en especial, lo que más nos interesa, de nuestra cirugía abdominal, debemos recordar, también, a don DIEGO SAN CRISTOBAL. Había participado, con gran acierto, en la organización y dirección del servicio sanitario del Ejército, que hizo las campañas de la Guerra del Pacífico. Apenas terminada ésta, y con el deseo de perfeccionar sus conocimientos, hizo un viaje al Viejo Mundo, visitando, en los diversos países, las más famosas clínicas y los grandes maestros de esa época. A su regreso a Chile, se encontró en posesión de un vasto caudal de conocimientos quirúrgicos modernos que, desde el primer momento, le aseguraban un puesto entre los más hábiles cirujanos de la capital. Fué nombrado profesor titular de medicina operatoria, en nuestra Escuela de Medicina, en 1889, y reemplazó, también, a Ventura Carvallo, transitoriamente, en su Clínica Quirúrgica. San Cristóbal era conocido como un cirujano de gran destreza y habilidad operatorias, que poseía, además, una calma y una tranquilidad imperturbable. Figura, entre los primeros que, en Chile, ejecutaban grandes intervenciones abdominales. *Junto con Moericke y Koerner, debe considerarse como fundador de la ginecología*

chilena, Según Lucas Sierra, se debe a San Cristóbal, la divulgación de la *laparatomía exploradora*. Realizó, lo que en aquellos años, (1893), tenía el valor de un verdadero descubrimiento terapéutico, el desagüe o sifonaje, como él lo llamó, de una ascitis, en el caso de una cirrosis hepática. Tuvo un éxito inesperado, con este "sifonaje de la cavidad peritoneal", y muchos imitadores. En 1897, fué elegido Rector de la Universidad; elevado cargo que sólo pudo servir, conjuntamente con su cátedra, hasta fines de 1900, año de su fallecimiento.

Si Barros Borgoño debe considerarse como el verdadero formador de una escuela de cirugía en el país, no cabe duda, tampoco, que después de él, el que mejor encarna la cirugía chilena, es su alumno, ayudante y sucesor de su obra: LUCAS SIERRA. Había obtenido su título de médico, en 1888, demostrando, desde el principio de su carrera, una marcada preferencia por la cirugía. Al año siguiente ingresa ya como ayudante a la Clínica de Barros Borgoño, marcando esta fecha, el punto de partida de su actividad docente. Después de la Revolución del 91, obtiene, en concurso, una vacante de cinco, destinadas a mandar médicos jóvenes a Europa, para su perfeccionamiento científico. Eran los tiempos heroicos de la cirugía, que se sentía convulsionada por las innovaciones derivadas de los descubrimientos de Pasteur, de Koch y de Lister. La antisepsia, aún no había prendido en las mentes de todos los cirujanos, a pesar de que en algunas clínicas y centros quirúrgicos más avanzados, se obtenían ya magníficos resultados con la sola asepsia. Doce años antes, Barros Borgoño había asistido, en Europa, al nacimiento de la cirugía antiséptica, y a Sierra le toca convivir un período de efervescencia quirúrgica, en que la antisepsia se abre paso transformándose en la asepsia de nuestros días. "Tuve el privilegio de asistir " de cerca, durante cuatro años completos, a esta prodigiosa transfor- " mación, la más gloriosa de todos los tiempos por que haya atravesado " jamás nuestra ciencia; ví en acción a sus más grandes propulsores, y, " como la cosa más natural del mundo, he ansiado, con todas las fuerzas " de mi alma, que mis conciudadanos participaran de sus incalculables " beneficios". Son estas palabras de Sierra, que pronunciara años después, en ocasión de la celebración de sus bodas de plata, en la cátedra de Clínica Quirúrgica. En Francia, Inglaterra y Alemania, conoció todas las grandes figuras de la cirugía, y en 1892, fué testigo presencial del legendario abrazo que, en la Sorbonne, se dieron Pasteur y Lister. A su regreso a Chile, en 1896, fué nombrado para ocupar el puesto de Jefe de

Clínica del Profesor Barros Borgoño, y al año después, desempeñaba, también, el cargo de Cirujano del Hospital San Borja, en reemplazo del doctor Raimundo Charlin, considerado como uno de los más notables cirujanos de la época. En 1903, fallece Barros Borgoño, y Lucas Sierra lo sucede, como profesor titular en la dirección de su clínica. A través de 34 años de labor docente ininterrumpida, su personalidad fué creciendo, hasta colocarse entre los más destacados cultores del arte quirúrgico de Chile y Sud América. Sierra, no sólo fué un gran cirujano y un gran maestro; sus numerosísimas publicaciones, sobre diversos temas de medicina y cirugía, ocupan miles de páginas en revistas nacionales y extranjeras. Sus mejores lecciones de clínica, las dedicaba a la cirugía abdominal, y es, seguramente, el que más ha contribuído, entre nosotros, a divulgarla. Tendremos que mencionar constantemente su nombre, en las páginas siguientes. *Con Sierra, nace la cirugía de las vías biliares, entre nosotros.* En la Clínica de Barros Borgoño, se habían practicado ya algunas colecistostomías; *pero corresponde a Sierra el honor de haber practicado, por primera vez entre nosotros, en 1898, la colecistectomía,* intervención sobre la cual descansa toda la cirugía moderna de las vías biliares. Fué, también, el primero en efectuar la coledocotomía, y, poco después, la primera prostatectomía. A continuación de Ventura Carvallo, es, incuestionablemente, Lucas Sierra, quién ha contribuído en forma más efectiva, para el mejor conocimiento de la apendicitis en Chile. Su predilección por la cirugía abdominal, lo había hecho elegir, como tema para su tesis de licenciado, "*La laparatomía Exploradora*", basándose según él mismo refiere, "en dos tímidas exploraciones realizadas en el abdomen superior". Algunos años después, había abordado, quirúrgicamente, casi todas las vísceras abdominales, y esto, en una época en que para muchos de los cirujanos, entre nosotros, esgrimir un bisturí, era todavía punto menos que una temeridad. Sórdidas eran las salas donde Sierra iniciaba su brillante carrera, "la cirugía abdominal", — escribe el maestro — "era mirada " allí con marcado recelo. Un fracaso, daba lugar a los más amargos " comentarios". Sólo por excepción, se podía saber de qué se morían " las enfermas, pues rara vez se practicaba una autopsia. A las 18 horas " se cerraba el establecimiento, sin que fuera permitido que un médico " permaneciera en el hospital; no existía, por lo tanto, ningún servicio " nocturno para las accidentadas u operadas, sino el que pudiera sumi- " nistrarle la "veladora". "Los especímenes, que deberían haber enri- " quecido un museo, o debieran ser analizados en un laboratorio, se

" entregaban a un gato... para el cual, una sesión operatoria, era un " día de especial regocijo".

No todas las publicaciones de Sierra, son de índole quirúrgica, pues bien conocidos son sus trabajos sobre *historia de la medicina.* Todos ellos y, en especial, sus *"Cien años de enseñanza de la Medicina en Chile"*, mucho nos han servido en la confección de nuestra exposición. No pretendemos, en esta rápida reseña de su vida, dar una idea suficiente de la gran actividad y talento, poco comunes, del maestro, que, después de Barros Borgoño, más ha contribuído al progreso de la cirugía en Chile. Fué fundador y primer presidente de nuestra Sociedad de Cirugía, en 1922-1923, y durante toda su vida, uno de sus más activos animadores. Supo rodearse de una pléyade de colaboradores, muchos de ellos brillantes cirujanos que, inspirados en su escuela, se han repartido por todos los rincones del país. Fueron, sucesivamente, sus jefes de clínica, Julio Valdés Barros, Marcos Donoso, Alvaro Covarrubias y Alfonso Constant. Hasta el momento de su muerte, acaecida en 1937, Lucas Sierra puso todo su esfuerzo, íntegramente, al servicio de la enseñanza y al perfeccionamiento de su arte, la *cirugía*, que amó por sobre todas las cosas. Fué su sucesor, el actual profesor de Clínica Quirúrgica, ALVARO COVARRUBIAS, quién, con talento y entusiasmo, ha sabido seguir la ruta que trazara su maestro.

Con la muerte de Diego San Cristóbal, había quedado vacante la cátedra de medicina operatoria. Fué nombrado, en su reemplazo, GREGORIO AMUNÁTEGUI, licenciado del año 1891 y que recién llegaba a Chile, de un largo viaje de perfeccionamiento a las clínicas del viejo mundo, especialmente de Alemania y de Francia. Desde un comienzo, supo imprimir a este ramo un rumbo más moderno y progresista. Luis Vargas Salcedo, en su lección inaugural de Clínica Quirúrgica, del año 1922, refiriéndose a su antecesor, el profesor Amunátegui, escribe: "En " efecto, hasta el año 1900, la enseñanza de la medicina operatoria, se " ceñía, estrictamente, a las normas del tratado clásico de Farabeuf, que " le daba una gran importancia y extensión a las operaciones regladas " de los miembros. Amunátegui, modificó substancialmente el concepto " anticuado, amplió el programa de las operaciones especiales e inten- " sificó los estudios de anatomía topográfica, coordinándolos con la " técnica quirúrgica. Desde entonces, se le dió importancia a las opera- " ciones especiales de la cabeza y cuello, pero se le prestó una atención " particular, a la técnica de la laparatomía, operaciones biliares y

" gastro-intestinales. De manera que el gran material y la experiencia " de las escuelas extranjeras, se difundió entre nosotros, para llegarnos " a ser familiares los nombres de von Bergmann, Koch, Koerte, Kehr, " Pean, Tuffier, Cushing, etc.". Sus lecciones fueron publicadas por el doctor Arístides Aguirre Sayago, en un manual de medicina operatoria, en el año 1908; texto que, durante más de dos décadas, sirvió de guía a estudiantes y también a médicos. La Facultad, comprendiendo el gran esfuerzo que este importante trabajo de documentación y experiencia significaba, lo premió, nombrando a Gregorio Amunátegui, Profesor extraordinario de Clínica Quirúrgica. En ambas cátedras, de cirugía, primero, y de clínica, después, Amunátegui se distinguió, por su gran talento de pedagogo; como profesor de clínica, estaba, en la opinión de muchos, a la altura de Barros Borgoño. Sus lecciones se caracterizaban por la sencillez y claridad de sus conceptos; sin ser un gran operador, supo, sin embargo, rodearse de colaboradores, que figuran entre los más destacados cirujanos de nuestra época. Fueron sus jefes de clínica, Eugenio Díaz Lira, Ricardo Kuschel y Arnulfo Yohow; todos ellos y muchos de sus ayudantes, cirujanos de actividad sobresaliente. Gregorio Amunátegui, fué Decano de nuestra Facultad, Rector de la Universidad y Ministro de Instrucción, y ha dejado huellas imperecederas en la historia del desarrollo cultural chileno. Fué, también, el organizador del primer servicio de cirugía infantil, en el Hospital Roberto del Río, que estuvo, durante muchos años, a cargo de su jefe de clínica e infatigable colaborador, Eugenio Díaz Lira. Falleció el profesor Amunátegui, a causa de un accidente, a los 70 años de edad, en el año 1938.

En el viejo Hospital de San Juan de Dios, encontramos, a principios del siglo, dirigiendo la Sección de Cirugía, a uno de los últimos de los genuinos representantes de ese grupo de médicos, que formaron la edad de oro de la Medicina Chilena: Emilio Petit. Puede decirse, que fué el continuador de la obra que en el mismo hospital habían iniciado dos cirujanos franceses: Lorenzo Sazie y Alfonso María Thévenot. Petit, había sido alumno de Ventura Carvallo, y tuvo una carrera brillante como cirujano y como profesor de patología externa. Es, también, el creador de esa brillante escuela de cirujanos del Hospital San Juan de Dios, que tanto ha contribuído, en los últimos decenios, al progreso de nuestra cirugía y, en especial, de la cirugía abdominal. Numerosísimas son las publicaciones que han tenido su origen en aquella clínica, y que tendremos que mencionar en los diversos capítulos de nuestra

exposición. Emilio Petit, falleció en 1930, y fué sucedido por uno de los más distinguidos cirujanos de la capital, RICARDO KUSCHEL, a quien cupo el honor de ser el último de los jefes de la Sección de Cirugía del "viejo caserón", cuna de generaciones de cirujanos chilenos, y cuya historia se confunde con la historia de la Medicina en Chile.

Entre los colaboradores de Ventura Carvallo, que llegó a ser su jefe de clínica, debemos mencionar a otro hombre excepcional como profesor y como cirujano, que a través de su cátedra de patología externa del Hospital de San Vicente, logró dar gran impulso a nuestra cirugía y, en especial, a la traumatología: FRANCISCO NAVARRO. Había obtenido su título de médico-cirujano, en 1896, alcanzando, a los cinco años, en 1901, la jefatura de clínica en el servicio del profesor Ventura Carvallo. Durante los años 1904 y 1905, tuvo ocasión de conocer, en Europa, en las clínicas más reputadas, la evolución que experimentaba la cirugía de la antigua antisepsia de Lister, a la perfección del sistema aséptico que hoy rige todos nuestros actos quirúrgicos. De regreso al país y de acuerdo con el profesor Carvallo, introduce una serie de innovaciones, llevando la asepsia a un alto grado de perfección, mediante la esterilización al autoclave. Francisco Navarro, tiene el mérito de haber usado, por primera vez, entre nosotros, los guantes, que al poco tiempo después fueron adoptados en la mayoría de los demás servicios quirúrgicos de la capital y algunos de provincias. Fué Navarro, también, uno de los primeros, entre nosotros, en usar la anestesia lumbar. Entre los años 1905 y 1908, habían sido operados ya, en la clínica de Ventura Carvallo, más de cien enfermos, con esta anestesia. En 1911, fué nombrado profesor de patología externa; cátedra que mantuvo durante 25 años, en que trabajó, enseñó y predicó con el ejemplo. Tenía gran predilección por la ortopedia y la traumatología, y puede decirse, con justicia, que su clínica fué la cuna de estas especialidades en el país. Formó una escuela de colaboradores, que han demostrado, con su actuación sobresaliente, los méritos de su maestro. No necesitamos sino mencionar los nombres de Fernando Opazo y Teodoro Gebaur. Francisco Navarro, falleció en 1940, a los 69 años de edad.

Con el retiro de la enseñanza del profesor Gregorio Amunátegui, en 1924, había quedado vacante la cátedra de Clínica Quirúrgica. En la terna que formó la Facultad de Medicina, ocupó el primer lugar, una de las personalidades más descollantes de ella, LUIS VARGAS SALCEDO,

quién fué nombrado por el Gobierno nuevo catedrático del ramo mencionado. Había obtenido su título de médico-cirujano, en 1905; nombrado profesor extraordinario de Vías Urinarias, en 1911, y de Anatomía, en 1918. Durante muchos años, prestó sus servicios en la sección de cirugía general y ginecología del Hospital de San Borja, mostrando siempre una marcada preferencia por la cirugía abdominal. La larga vida científica del maestro, está condensada en numerosísimas publicaciones, aparecidas en nuestras revistas médicas. Ha sido, con Lucas Sierra, uno de los pocos profesores, entre nosotros, que se preocupó de estudiar la historia de nuestra medicina, y en particular de nuestra cirugía. Su magnífica publicación, "*25 años de cirugía abdominal en Chile*", del año 1937, nos ha servido de guía en la confección de nuestra exposición. Fué un buen maestro y un gran cirujano, prolijo en los menores detalles, de técnica perfecta y rigurosa asepsia. La cirugía de las vías biliares y del estómago, encontró en él, a uno de sus primeros cultivadores en Chile. Numerosas son sus publicaciones, que tendremos que mencionar más adelante. Tan brillante labor educativa y científica, fué bruscamente interrumpida, por el súbito fallecimiento del maestro, en 1946. Tuvo, también, entusiastas y eminentes colaboradores, entre ellos, su jefe de clínica y actual profesor de Clínica Quirúrgica, Italo Alessandrini, Mariano Bahamondes, Luis Ilabaca León y algunos más, que, a través de su actuación de cirujanos, han sabido demostrar los méritos del que fué su maestro.

La historia de cualquiera rama del saber humano, será siempre la historia de sus hombres sobresalientes. Hemos pasado en revista los nombres más caracterizados de los que contribuyeron, tan eficazmente, en el desarrollo y progreso de nuestra ciencia quirúrgica; pero no pretendemos haberlos nombrado a todos. Adolfo Valderrama, Pablo Zorrilla y otras figuras brillantes de la historia de nuestra Medicina, no alcanzaron a conocer el nacimiento de la cirugía abdominal y sus rápidos progresos, con la introducción de los métodos antisépticos, No son, tampoco, *sólo* los profesores de nuestra Facultad, los que han laborado en el desarrollo de la cirugía chilena, pues son innumerables los que, tanto en la capital como en los principales centros quirúrgicos de las provincias, han contribuído, también, a difundir, ajenos a la enseñanza oficial, los conocimientos quirúrgicos, haciendo escuela y dejando recuerdos imborrables. Entre los precursores de la cirugía abdominal en Chile, debemos, igualmente, mencionar a RAIMUNDO

CHARLIN, eminente cirujano de fines del siglo pasado, que llegó a tener una gran situación, aunque siempre se mantuvo alejado de la Facultad. Tendremos que mencionar su nombre, con frecuencia, en los capítulos siguientes. Muchas provincias han contado, también, con centros quirúrgicos de importancia, desde principios del siglo. Veremos más adelante, que fué en Concepción donde se efectuó, por primera vez, una ovariotomía en Chile, por los doctores Pedro Ortiz, Osvaldo Aichel y Lorenzo Carrasco, y que cabe, a la misma ciudad, el honor de haberse practicado en ella, la primera histerectomía, por Wenceslao Hidalgo, años antes de la introducción de la antisepsia. La primera operación de apendicitis, que se halla registrada en nuestra literatura, no fué ejecutada en la capital, sino en Valparaíso, y se debe al cirujano Olof Page, uno de los primeros, también, en ejecutar ovariotomías, entre nosotros. Pero estos son, naturalmente, hechos aislados; en general, no cabe duda que la asistencia quirúrgica en provincias marchaba, entonces, con un retardo de varios años, en relación a la capital No se encuentran, en nuestras literatura médica, publicaciones sobre las actividades quirúrgicas en los centros provinciales, de tal manera que es difícil mencionar, siquiera, los nombres de los que fueron los más destacados cirujanos, años antes. Vargas Salcedo, en su magnífica publicación "25 años de cirugía abdominal en Chile", se refiere a algunos de ellos y menciona, para Iquique y Antofagasta, a Mariano Alcedan (peruano), Avelino Arriagada, Germán Aliaga, Evaristo Marín y Guillermo Ossa, que fueron los primeros en practicar operaciones abdominales, en el Norte, por los años 1903/4. En Talca, la cirugía abdominal parece haberse iniciado en 1906, con la llegada, a esa ciudad, del doctor César Garavagno. En algunas ciudades, descollaban los médicos extranjeros, así en Valparaíso, Jorge Thiele, v. Dessauer, Conrado Fiedler, Alfonso Klickmann y Eduardo Hoffmann; ginecólogo, este último, que había llegado de Alemania y, desde 1893, estuvo a cargo de la sección de ginecología del Hospital de San Agustín. Colaborador y ayudante de él, fué Buenaventura Cádiz; más tarde, destacado cirujano y ginecólogo. En Valparaíso debemos mencionar, también, entre los precursores de la cirugía abdominal, a *Guillermo Munnich*, alumno de Ventura Carvallo y de Koerner. Recién recibido, estuvo en Alemania, como ayudante, en las clínicas de v. Bergmann y v. Mikulicz, en donde adquirió la formación quirúrgica aséptica abdominal. Dirigió, durante muchos años, las secciones quirúrgicas del Hospital Alemán y San Agustín (hoy, Deformes). *Es el verdadero iniciador de la cirugía gástrica,*

entre nosotros, y el primero en ejecutar varias de las grandes intervenciones abdominales, entre ellas, con éxito, la resección de un cáncer esofágico, primera, también, ejecutada en Sud América. Ha publicado varios magníficos trabajos sobre cirugía abdominal, que mencionaremos más adelante. Fué nombrado miembro académico de la Facultad de Medicina, en 1920, para llenar el puesto que había quedado vacante por fallecimiento de Ventura Carvallo Elizalde, que había sido su profesor.

Tanto la obstetricia como la ginecología, eran consideradas, hasta la segunda mitad del siglo pasado, como ramas secundarias y de poca importancia de la cirugía. Las intervenciones en los órganos abdominales, en la era prelisteriana, parecían una aberración, que hacía decir a Boyer, en 1855: "la matriz, a pesar de su profundidad, también ha " caído en manos de la cirugía, quizás para desgracia de ésta y de las " mujeres". Las ideas de Semmelweis, Pasteur y Lister, han transformado la medicina, aportando, naturalmente, también, un inmenso beneficio para estas especialidades.

Con fecha 16 de Julio de 1834, el Gobierno había decretado la fundación de la Escuela de Obstetricia. He aquí parte del decreto:

"Considerando que la Obstetricia, uno de los ramos más intere-
" santes de la cirugía, se halla en Chile abandonada a mujeres de
" baja extracción que, ignorantes de sus primeros elementos, no sólo
" son incapaces de prestar los auxilios del acto, sino que aún ocasio-
" nan, por su torpeza, innumerables desgracias, y deseando remover
" estos inconvenientes, que tanto se oponen al aumento de la población
" y la felicidad de las familias, decreto:

"Art. 1.° Se establece una Escuela de Obstetricia bajo la dirección
" del doctor de medicina, don Lorenzo Sazie.

"Art. 2.° Serán admitidas gratuitamente las mujeres de esta ca-
" pital, que, deseando dedicarse a la profesión, sepan leer y escribir,
" hayan recibido una educación decente y sean jóvenes, robustas y bien
" constituídas". "Prieto.—Joaquín Tocornal".

Con la apertura de la Escuela de Obstetricia, se completó el curso de medicina, tal como se había pensado en establecerlo en 1832. Sazie, no sólo fué un buen profesor, sino también un admirable técnico, que introdujo la mayoría de las maniobras obstétricas. Fué, igualmente, el primero en usar el forceps, la versión y en enseñar el uso del espéculo, en las exploraciones ginecológicas. Entre sus alumnos, sobresalió el que había de sucederle, en la cátedra, en 1868, Adolfo Murillo.

En Europa, la obstetricia empezaba a entrar a una nueva era, gracias a los trabajos de Semmelweis, Tarnier y otros; pero entre nosotros, se miraba todavía con terror, por la gran mortalidad que su ejercicio acarreaba. Durante más de 30 años, Murillo ocupó la cátedra de obstetricia; 30 años de una vida laboriosa!. Gran número de publicaciones suyas, sobre diversos temas de medicina, se encuentran en nuestra Revista Médica de aquellos años. "Su pluma infatigable, continuaba " con un entusiasmo juvenil, —escribe Augusto Orrego Luco— en la " obra científica más vasta, más perseverante y más extensa que haya " producido un escritor chileno". *Fué el primero en practicar operaciones " cesáreas en Chile;* la primera de ellas, en 1877, "cuando la antisepsia " quirúrgica era casi desconocida, y cuando una operación de laparatomía, constituía un gran acontecimiento". *En su clínica se efectuaron las primeras laparatomías por preñeces extrauterinas, las primeras sinfisiotomías y multitud de otras intervenciones obstétricas.* Fué uno de los más brillantes colaboradores de nuestra Revista Médica hasta el año de su muerte, ocurrida en 1899. Murillo tuvo la suerte de vivir la época de la más trascendental transformación de la cirugía, por los postulados de Pasteur y de Lister, y supo aprovecharla para su especialidad. Con profundo criterio clínico y ejemplar perseverancia, empezó a transformar las pobres y miserables salas que había heredado de Sazie, en una Maternidad que hacía honor a nuestra Escuela de Medicina, y en la cual, a fines del siglo, se ejecutaban ya las más grandes y graves intervenciones obstétricas, sin mayor riesgo que en las clínicas de los viejos países europeos. En 1900, se llevó a cabo el concurso abierto para proveer el puesto de profesor de la asignatura de Clínica Obstétrica, vacante por la muerte de Adolfo Murillo. Fué elegido, en vista del mérito de sus numerosas y magníficas publicaciones y demás antecedentes, el doctor MARCIAL GONZÁLEZ, licenciado del año 1894 y ex profesor interino de Ginecología, en reemplazo del doctor Víctor Koerner. Corresponde a Marcial González, como lo veremos más adelante, el honor de haber sido el primero, entre nosotros, en recomendar y ejecutar la histerectomía abdominal total en los miomas del útero. En la Revista Médica de aquellos años, existe constancia de su intensa labor, en forma de magníficas colaboraciones sobre su especialidad. Cuando en 1905, por razones de salud, Marcial González hubo de renunciar a la enseñanza, fué nombrado profesor, en propiedad, de la cátedra de Obstetricia, el doctor CAUPOLICÁN PARDO CORREA, cuya asídua y eficaz labor es conocida por todos. Ocupó este cargo hasta 1921, año

en que el profesor Víctor Koerner había iniciado su expediente de jubilación. Optó, entonces, por la cátedra de Ginecología, cargo que desempeñó durante 12 años, hasta su fallecimiento, en 1933. Pardo Correa, introdujo los más modernos métodos de tratamiento en su Clínica de Ginecología, marcando, con esto, una etapa en la especialidad; en 1923, se logran efectuar en ella los primeros tratamientos del cáncer uterino por el radium. Fué también, el primer director del "Instituto Nacional del Radium", de cuya creación había sido uno de los más entusiastas impulsores. Como sucesor de Pardo Correa, en la cátedra de Obstetricia, en 1921, fué nombrado el doctor CARLOS MONCKEBERG quién ha sabido colocarla a la altura de sus similares de los países más avanzados.

No podemos hacer la historia de la cirugía abdominal, sin referirnos a la cirugía ginecológica, que tuvo su puesto de vanguardia, en los últimos decenios del siglo pasado, cuando recién se iniciaba la cirugía visceral. Hay historiadores para quienes la ginecología nació, en realidad, en 1842, año en que James Young Simpson, de Carolina del Sur, logró operar con éxito una fístula vésico-vaginal, afección que había resistido todas las tentativas quirúrgicas en los siglos anteriores. La verdadera cirugía ginecológica nace, sin embargo, también con la introducción de la antisepsia, y entre sus precursores, deben mencionarse, en primer término, a Spencer Wells y a Lawson Tait, a quiénes la especialidad debe gran parte de sus progresos iniciales.

Nuestra Clínica Ginecológica fué fundada en 1887, siendo su primer profesor, ROBERTO MOERICKE, quién había venido a establecerse al país, obteniendo su título en 1883. Siendo ayudante del profesor Schroeder, en Berlín, se había distinguido en su patria, por sus investigaciones histológicas y fisiológicas de los órganos genitales femeninos. Aunque ya en años anteriores habían sido efectuadas algunas ovariotomías e histerectomías, no cabe duda que fué Moericke, el primer ginecólogo entre nosotros. No hizo publicaciones en Chile, pero fué el primero en ejecutar la mayoría de las intervenciones ginecológicas que entonces se practicaban en Europa, entre ellas, la histerectomía vaginal, por cáncer y mioma, la castración u operación de Battey, como era designada por algunos ginecólogos de la época. Introdujo, también, la posición de Trendelenburg, que tanto facilita las grandes intervenciones ginecológicas. Cuando Moericke dejó su cátedra, en 1892, para trasladarse a su patria, fué reemplazado por VÍCTOR KOERNER, licen-

ciado del año 1881. Se había trasladado casi inmediatamente después a Europa, donde estudió la especialidad, sobre todo en Alemania, al lado de Martin, Gusserow y Schroeder, ginecólogos que gozaban ya de fama mundial. Koerner fué testigo, en Europa, de la enorme transformación que experimentaba, en aquellos años, la medicina y trajo todos los conocimientos adquiridos, a su patria, en beneficio de nuestra naciente cirugía y ginecología. *Moericke y Koerner, deben considerarse como los fundadores de la ginecología en Chile.* En manos de ellos, esta rama de la cirugía abdominal, rápidamente empezó a tomar cuerpo en su pequeño servicio del Hospital de San Borja. Víctor Koerner se retiró de la enseñanza, después de más de 30 años de labor docente, en 1921. Varias generaciones médicas han sido sus alumnos, y todos recuerdan, con cariño y respeto, la obra del maestro. Como Moericke, fué Koerner, también, uno de los primeros en ejecutar las diversas operaciones ginecológicas. Igualmente el primero, entre nosotros, en ejecutar con éxito, la extirpación del recto, por cáncer de este órgano; observación que publicó en el "Progreso Médico" del año 1890. Hemos mencionado anteriormente, que por jubilación del profesor Víctor Koerner, en 1921, la Facultad eligió como sucesor, al profesor Caupolicán Pardo Correa, quién, durante 12 años, hasta 1933, estuvo a cargo de la cátedra de Ginecología. Sucesor de él, como profesor titular, fué nombrado el doctor Juan Wood, cuya eficaz labor en el campo de nuestra ginecología, es bien conocida por todos.

No podemos olvidar, para no caer en una injusticia, que fueron muchos otros ginecólogos los que contribuyeron poderosamente en el desarrollo de esta especialidad entre nosotros; algunos de ellos llegados del extranjero, la mayoría, recibidos en nuestra Escuela de Medicina. Dice Vargas Salcedo, en sus "25 años de cirugía abdominal":

"La Clínica Universitaria de Ginecología y los centros quirúrgicos
" de mujeres, en San Borja y El Salvador, adquieren, durante el período
" de asepsia (1900-1910), un gran impulso, y contribuyen así a la forma-
" ción de una verdadera élite de cirujanos y ginecólogos, muchos de los
" cuales son hoy los jefes de los diversos servicios de Santiago y de
" provincia". Hace mención especial de Ramón Zegers, licenciado del año 1889 y notable cirujano, quién practicó y perfeccionó la técnica quirúrgica de la histerectomía total según Wertheim. Fué introductor, entre nosotros, de la aguja de Reverdin, de las valvas y agujas de Doyen, y pinzas para ligaduras metálicas en la operación mencionada.

" Trabajaba en la sección de mujeres del Hospital del Salvador, y allí " constituyó un centro quirúrgico importante, en donde se han formado, " entre otros, los distinguidos cirujanos y ginecólogos, doctores " Enrique Arancibia Basterrica, Alvaro Covarrubias P. y Hernán García " Huidobro".

En nuestra Revista Médica y, porteriormente, en los Boletines de la Sociedad de Cirugía, encontramos diseminadas muchas y magníficas colaboraciones sobre cirugía ginecológica, cuyos autores han contribuído al engrandecimiento, entre nosotros, de esta importante rama de la cirugía abdominal. No sería posible citarlos a todos, pero en los capítulos correspondientes al estudio de la historia y el desarrollo de algunas de las más importantes y comunes de las afecciones ginecológicas y obstétricas, tendremos que mencionar a muchos de ellos.

La cirugía, como la mayoría de las demás ciencias, ha dejado de ser el patrimonio de unos pocos; ya no son sólo, como en años anteriores, los grandes maestros que la representan, su difusión es hoy día enorme. También, entre nosotros, existe una pléyade de cirujanos jóvenes, repartidos en los diversos centros quirúrgicos de la República; cirujanos talentosos, entusiastas y activos que, junto con los profesores de clínica, siguen velando porque Chile continúe al compás con los progresos de la cirugía. Como ya lo dijo Adolfo Valderrama, a fines de la pasada centuria, "no podemos menos de sentir en el alma un " legítimo orgullo por los progresos alcanzados, y hacer votos porque " estos progresos se continúen en las generaciones médicas que vengan " en pos de nosotros".

CAPITULO II

SOBRE LA ANTIGUA CURACION DE LAS HERIDAS Y SUS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES

"Hay algo que nos rodea o que está en nuestras mismas manos y que causa tan terrible complicación de las heridas; felizmente no puede tardar en ser descubierto. Una vez que lo hayamos conseguido y evitemos esta complicación, la cirugía realizará enormes progresos".

Manuel Augusto Montes de Oca, 1875.

El tratamiento moderno de las heridas, se basa en la posibilidad de establecer la profilaxis de la infección. Mientras se desconocía la naturaleza infecciosa de la mayoría de las complicaciones que impedían el proceso de su cicatrización normal, no podía existir, tampoco, ningún tratamiento racional para obtener una cicatrización por primera intención. Con el advenimiento de las doctrinas microbianas, por las geniales investigaciones de Pasteur, quedó establecido el origen parasitario de las afecciones contagiosas; con los descubrimientos de Lister, quedó comprobado, también, que las diversas infecciones quirúrgicas tienen por agentes provocadores los gérmenes patógenos, cuyo desarrollo, Lister, trataba de combatir mediante su antisepsia. Veremos, en este capítulo, cuáles fueron estas complicaciones más frecuentes y graves, que nunca faltaban en los hospitales, hasta fines de la pasada centuria, y que constituyeron el más grande escollo que tuvo que ser vencido, para que la cirugía alcanzara el enorme desarrollo de nuestros días.

INFECCION PURULENTA.

Una de las complicaciones más graves de las heridas, era la *infección purulenta, piohemia o diátesis purulenta* de algunos de los antiguos autores. No existe, quizá, una afección que haya promovido discusiones tan animadas como ella; muchísimas teorías habían sido enumeradas para explicar su aparición. Se aceptaba casi sin discusión, que la afección era producida por la penetración de pus en la sangre, porque las autopsias así lo demostraban, al revelar la existencia de numerosísimos abscesos más o menos grandes, en casi todos los órganos. La historia de la infección purulenta, en la época prelisteriana, se debe casi exclusivamente a los cirujanos franceses, a pesar de que ya a fines del siglo XVIII, William Hunter, en Inglaterra, le había prestado su especial atención. En la primera mitad del siglo XIX, vemos a muchos de los grandes cirujanos franceses de la época, ocuparse con la infección purulenta, porque los grandes hospitales, sobre todo los de París, tenían el triste privilegio de contarla, constantemente, entre sus más terribles y mortíferas enfermedades. Así vemos a Velpeau, Cruevelhier, Dance, y algunos años después, a Terrier, Bonnet, Sedillot y muchos otros, exponer sus teorías sobre la génesis de la infección purulenta, y discutir en trabajos notables, la mayoría de los problemas relativos a ella. Pero, a pesar de todas las teorías inventadas para explicar las numerosas colecciones purulentas que aparecían en el organismo, principalmente en los pulmones, el hígado, el bazo, el cerebro, el corazón y las cavidades serosas, ninguna de todas las explicaciones podían considerarse muy satisfactorias. Para ciertos casos había que aceptar, como lo habían supuesto Nelaton y Gerdy, que la infección purulenta era originada por una flebitis, y que debido a ella, se producía el paso del pus a la sangre; pero, en la gran mayoría de los casos, la causa que determinaba el desarrollo de los abscesos metastásicos, era completamente desconocido, y era por esto que muchos autores del siglo pasado, adoptaban voluntariamente la denominación de *diátesis purulenta*, puesto que no prejuzgaba nada sobre la naturaleza de la enfermedad. La aglomeración de los heridos en los hospitales, la viciación del aire resultante, la falta de los preceptos más elementales de higiene, eran las causas más favorables y en parte ya reconocidas, en la primera mitad del siglo pasado, para el desarrollo de la infección purulenta. Como en la mayoría de los grandes hospitales europeos, también en los nuestros

casi nunca faltaban algunos casos de infección purulenta, como se desprende de las numerosas publicaciones de la época prelisteriana. Frecuentemente la infección purulenta reinaba en forma epidémica, siendo la causa de este "genio epidémico", completamente desconocida. El diagnóstico, rara vez era dudoso para el cirujano acostumbrado a verla constantemente entre sus heridos. Sin causa apreciable y frecuentemente en forma repentina, el enfermo experimentaba un escalofrío intenso, seguido a corto plazo de una sensación de calor y un sudor abundante. La expresión de la cara, se alteraba con gran rapidez, y el enfermo acusaba un malestar profundo y una gran debilidad. Los escalofríos reaparecían a intervalos variables, algunas veces de una manera periódica. El enfermo conservaba, ordinariamente, toda su inteligencia, a pesar de la profunda postración y el delirio que aparecía, especialmente durante la noche. Con la iniciación de la enfermedad, aparecían también cambios en el aspecto de la herida, ordinariamente palidecía y la supuración disminuía y aun se suspendía. En relación con la aparición de los abscesos metastásicos, el cuadro clínico se obscurecía con los síntomas locales de parte de los órganos afectados. La respiración se hacía difícil, la debilidad del enfermo aumentaba y el enfermo sucumbía en el curso de algunos días o de pocas semanas. A pesar de que probablemente no existía otra enfermedad contra la cual se había usado medicación tan variada, la mayoría de los cirujanos proclamaban, abiertamente, que no conocían remedio contra la infección purulenta, y Velpeau, veía en cada caso una muerte casi inevitable.

La diátesis purulenta no presentaba, por lo que hemos expuesto, ningún signo específico. El cortejo de síntomas de la enfermedad, raras veces era idéntico, y variaba, naturalmente, con la forma como se producía la penetración del pus en la sangre y según la localización de las embolías. La opinión de los cirujanos, sobre el mecanismo de la infección purulenta, fué en otro tiempo muy dividida y objeto de múltiples publicaciones y teorías. *El mérito de haber aclarado su mecanismo, corresponde a Virchow, quién, en 1850, pudo comprobar la penetración de los trombos sépticos procedentes de una flebitis, a la circulación sanguínea, y la formación de los abscesos metastásicos, en los órganos donde se producían las embolías.* Sin embargo, todas las doctrinas existentes tuvieron que revisarse, con las investigaciones de Pasteur, sobre la fermentación y la putrefacción, en 1861, es decir, con el comienzo de la bacteriología contemporánea. Desde entonces, la patogenia de la infección purulenta, se ha esclarecido y su nosografía muy simplificada. Sabemos

hoy día que el hecho principal de la septicemia, es la presencia de microbios patógenos en la sangre, y que existen dos formas clínicas principales de infección piógena general; en una de ellas, es en la sangre donde se encuentran los microbios, mientras que en la otra, los microbios llegan por la vía sanguínea a diferentes partes del cuerpo, y dan lugar a la formación de nuevos focos inflamatorios, las llamadas *metástasis*. Estas dos formas principales de la infección piógena general, la *metastásica* y la *no metastásica*, se enlazan con cierta frecuencia en un mismo enfermo, produciendo formas mixtas que conocemos con el nombre de *sépticopiemia*, pero que en otro tiempo no se distinguían. Sabemos hoy en día, que son muchos los agentes piógenos que pueden dar lugar a la producción de estos cuadros, pero que es el *estafilococo piógeno áureo*, el que interviene con más frecuencia en la producción de la forma metastásica. Otra afección que aumentaba la confusión existente sobre estos estados sépticos, fué la *osteomielitis metastásica*, cuya lesión dominante consistía en una inflamación perióstica, de ahí su nombre de *periostitis flemonosa*. Chassaignac, en 1854, la había designado con el nombre de *tifus de los miembros*, por la intensidad de los fenómenos generales, y Klose, con el nombre de *desprendimiento agudo de las epífisis*. Por su evolución, tan parecida con la piohemia de las heridas, muchos autores la designaron, posteriormente, *piohemia interna o espontánea*. Fué también objeto de muchísimas publicaciones y teorías, hasta que Rosenbach de Goettinga pudo establecer, en 1884, que era causada por el mismo microbio que producía la piohemia de las heridas, el *estafilococo piógeno áureo*.

En los antiguos tratados de patología quirúrgica, encontramos descrita, a continuación de la diátesis o infección purulenta, una enfermedad o complicación de las heridas, que se había confundido durante mucho tiempo con ella, la llamada *infección* o *intoxicación pútrida*. Hoy día sabemos que se trataba de una infección secundaria de las heridas, producida por los microbios de la putrefacción, que por regla general no pasan a la sangre, pero lo hacen sus toxinas, que van a aumentar la acción tóxica de los agentes piógenos. La autopsia de estos heridos, que habían sucumbido con los fenómenos de la infección pútrida, no revelaba, de ordinario, ninguna lesión. Las manifestaciones clínicas eran, por lo tanto, más o menos las mismas de la infección piógena general no metastásica, pero se diferenciaban ambas afecciones, en los fenómenos que se desarrollaban en la herida. Los tejidos necrosados en la infección pútrida, se transformaban, a consecuencia del proceso

de putrefacción, en una masa de color sucio y de olor fétido que se disgregaba fácilmente. A esto se agregaban los síntomas generales, fiebre continua con exacerbaciones, enflaquecimiento progresivo y debilidad progresiva, pero nunca aparecían los signos consecutivos a los abscesos metastásicos de los distintos órganos. Si la fetidez de la supuración persistía, el enfermo se debilitaba más y más, perdía el apetito, aparecían diarreas, sudores abundantes y fétidos, delirio, rapidez y pequeñez del pulso, etc., y el enfermo caía en un estado de marasmo que terminaba con la muerte. Pero mientras que en la diátesis purulenta nada podía contener el curso fatal de la enfermedad, en la infección pútrida, por el contrario, si se lograba facilitar la evacuación del pus y mejorar el estado general del enfermo, éste, con frecuencia, vencía su enfermedad y curaba. El pronóstico era, en consecuencia, menos grave que el de la infección purulenta. Hoy día sabemos que la infección pútrida se producía, por la presencia de anaerobios, y que los gérmenes capaces de producir la putrefacción de los tejidos, son numerosísimos. La infección pútrida, era como la gangrena nosocomial o gangrena de hospital, algo pasado a la historia, hasta que en la primera guerra europea, pudo observarse un trágico despertar de tan terrible azote.

GANGRENA O PODREDUMBRE DE HOSPITAL.

La gangrena o podredumbre de hospital, que figura en los antiguos textos también con los nombres de *mal de hospital, gangrena nosocomial, úlcera gangrenosa de las heridas o difteria de las heridas*, se caracterizaba, sobre todo, por una exudación seudo-membranosa de la superficie de una herida o cicatriz, y el reblandecimiento y la ulceración de los tejidos subyacentes al exudado. No eran siempre las grandes heridas las más expuestas a la gangrena de hospital, también hacía su aparición en lesiones insignificantes, como las picaduras de sanguijuelas, las ventosas escarificadas, las lesiones epidérmicas producidas por un vejigatorio, etc., pero nunca si las superficies de la piel permanecían intactas. A pesar de que la podredumbre de hospital pertenece ya a la historia de las heridas sépticas, por ser una especie extinguida, existe un gran número de trabajos sobre ella, desde los tiempos de Ambrosio Paré inspirados, la mayoría de ellos, en la observación de epidemias de gangrena nosocomial, ya sea en los hospitales civiles o en las ambulancias de los ejércitos. En las obras de Pouteau, encontramos ya una descripción

detallada de la podredumbre de hospital, y a partir de esta época, se suceden una serie de monografías sobre esta terrible y temida afección, de las cuales la más importante, por las magníficas descripciones clínicas de la enfermedad, que contiene, fué la frecuentemente citada monografía de Delpech (1815). La etiología era completamente desconocida, y eran muy diversas las opiniones respecto a ella. Admitían todos los autores del siglo pasado, antes del advenimiento de las teorías de Pasteur y Lister, que la afección debía su origen a malas condiciones *miasmáticas*, y que se propagaba, ya sea por contagio o bien en forma epidémica. *Hoy día es una enfermedad prácticamente desaparecida, que ni aun en las últimas guerras ha vuelto a aparecer.* Ya en el último tercio del siglo pasado, existían muchos cirujanos que habían tenido la fortuna o la desgracia, de no haber visto jamás la gangrena nosocomial. En Zurich, por ejemplo, según cuenta Billroth, no se había visto nunca la gangrena de hospital, y habían muchos cirujanos que creían que su aparición se debía, nada más que a un abandono y falta de limpieza de las heridas, una excesiva negligencia en la atención de los enfermos, u otra causa análoga. El hacinamiento y la aglomeración de enfermos en hospitales malsanos, poco ventilados, predisponía, naturalmente, al desarrollo de la enfermedad. Muchos autores de la época, culpaban también la vecindad de salas de enfermos atacados de ciertas afecciones epidémicas, como la fiebre puerperal, la escarlatina, el cólera, etc. Una aireación insuficiente de las antiguas salas de hospital, exponía a estos desgraciados, a una atmósfera infestada por los "miasmas que " exhalan las heridas supuradas, las orinas y materias fecales", etc. A estas causas generales, había que agregar las causas individuales; la gangrena nosocomial se desarrollaba, sobre todo con suma intensidad, en los individuos debilitados por la fatiga, las privaciones de todo género y una alimentación mala e insuficiente. Las enfermedades anteriores o concomitantes como la disentería, el escorbuto, la fiebre tifoidea, etc., eran también causas predisponentes para que la podredumbre hiciera su aparición en las heridas. Sin conocer su verdadera naturaleza, se sabía muy bien que era de carácter epidémico y contagioso, pues bastaba a veces un solo enfermo, para comunicarla a toda una sala. Pero, ¿cómo podían explicarse los casos aislados de podredumbre de hospital, que hacían su aparición fuera de los hospitales?. Aquí intervenían las influencias "miasmático-epidémicas". Billroth había observado una epidemia en la clínica quirúrgica de Berlín, y al mismo tiempo se observaron enfermos de este mismo mal, no sólo en otros hospitales de

Berlín, sino también en la población, y no se podía asegurar que los últimos hubiesen estado en comunicación con un hospital. La enfermedad había acometido repentinamente y desapareció al cabo de algunos meses, sin que se modificara el tratamiento de las heridas, y sin haberse verificado alteración alguna en el hospital, lo cual demostraba aparentemente, que las causas no residían en las condiciones del establecimiento. En un hospital francés, dice Jorbet, la podredumbre se desarrollaba, de preferencia, en cierta cama situada en un rincón de la sala, donde los "efluvios miasmáticos" parecían concentrarse. Un caso parecido encontramos narrado en nuestra literatura, en la memoria presentada a la facultad de Medicina, en 1850, por Rafael Wormald, y que estudia la podredumbre de hospital, en el Hospital de la Caridad en Santiago, en aquellos años. "Algunos autores" — decía este médico chileno, posiblemente el primero que estudió entre nosotros la podredumbre de hospital— "fundados en una multitud de experimentos, " establecen que la podredumbre es una enfermedad por infección " miasmática, que se propaga a semejanza de las epidemias, por la " acción continuada y creciente de las mismas causas que atacan a los " diferentes individuos, según sus predisposiciones, hasta que, extin- " guida su actividad, cesan o disminuyen en sus efectos; y por último, " que continuando las causas de esta degeneración, pueden hacer de " ella una verdadera endemia, y por no haberlas destruído, suele reinar " durante algunos años y sin interrupción en el mismo hospital, como " sucedía en el Hospital de la Caridad, que aparecía de cuando en " cuando, pero constantemente en el enfermo que ocupaba cierta cama " colocada en uno de los extremos de la sala, próxima a una fuente, la " cual, quitada, no ha vuelto a manifestarse el accidente".

Desde Delpech de Montpellier, por la claridad y exactitud de la descripción clínica de la podredumbre de hospital, se diferenciaban dos formas, la ulcerosa y la pulposa. En la primera forma, una herida reciente o una superficie en granulación, se cubría de pequeñas úlceras diseminadas cubiertas de una materia saniosa, grisácea, esculpidas en el espesor de los tejidos inflamados, que se extienden y reúnen unas con otras, hasta formar una superficie ulcerosa extensa. A veces tomaba el carácter fagedénico, invadía los bordes de la herida y crecía rápidamente en profundidad. En la forma pulposa, la superficie granulosa se cubría de una gruesa falsa membrana, que no tardaba en extenderse y aumentar en grosor y consistencia. Invadía, en pocos días, la piel sana circunyacente, y la herida rápidamente aumentaba en superficie,

en cambio progresaba poco en profundidad. Cualquiera que era la forma bajo la cual la podredumbre de hospital se manifestaba, los fenómenos avanzados eran ordinariamente idénticos. Frecuentemente los dos procesos se asociaban, destruyendo los tejidos a medida que iban avanzando, descubriendo masas musculares, desnudando vasos, abriendo articulaciones y produciendo la necrosis de los huesos. Aunque la experiencia había demostrado que los grandes troncos arteriales resistían, de una manera asombrosa, a la gangrena de hospital, la corrosión de los pequeños vasos arteriales y venosos, ocasionaban hemorragias, que frecuentemente eran la causa de la muerte. A todo esto se agregaban los síntomas alarmantes generales, la fiebre, la taquicardia, la intensa sed, un abatimiento extremo, y un gran número de estos pobres enfermos no tardaban en sucumbir.

La podredumbre de hospital, era la más temida de las complicaciones de las heridas; su pronóstico era de especial gravedad, durante las epidemias que sobrevenían en las grandes aglomeraciones de heridos, durante las guerras. La podredumbre esporádica, en cambio, terminaba muy frecuentemente en forma favorable. Las considerables mejoras higiénicas que sufrieron los hospitales, en el último tercio del siglo pasado, tuvieron como consecuencia, la casi total desaparición de la podredumbre de hospital. Las severas precauciones higiénicas, el riguroso aislamiento de los enfermos, la designación de cuidadores especiales, los apósitos e instrumentos que sólo servían para ellos, y otras precauciones para evitar la propagación del mal, no dejaron de producir sus efectos. "No deja de ser asombroso y sorprendente",— dice Forgue,— "como Delpech había presentido ya, en 1815, las reglas de la antisepsia preventiva, al recomendar: "Hacer depositar en el hospital, la blusa " que los alumnos acostumbran a ponerse, para practicar las curas, " desinfectar después de la visita esa ropa, por la fumigación muriática, " y lavar frecuentemente las manos y los instrumentos, con ácido " muriático diluído en agua". *Delpech, debe figurar como uno de los tantos precursores que tuvieron Semmelweis y Lister.* Como se ve, el tratamiento profiláctico de la podredumbre, consistía nada más que en ceñirse a las reglas generales de la higiene. Paul Broch había obtenido como medio preventivo muy buenos resultados con las llamadas *curas por oclusión.* Habiéndose desarrollado la podredumbre en las salas del Hospital Dieu, que tuvo a su cargo en el verano de 1854, se libraron del contagio, aquellos enfermos cuyas heridas fueron cubiertas a tiempo

con la tripa de buey, según el método de Laugier, o bien, simplemente con esparadrapo fijado con una capa gomosa. Por el año 1870, empezó a usarse el *método curativo de Guerin*, basado también en la cura por oclusión. Consistía este método, usado por primera vez, en gran escala, por los cirujanos franceses en la guerra franco-alemana de los años 70/71, en cubrir el muñón, con capas numerosas de algodón, a modo de compresas, sujetas y envueltas por la venda común. Esta cura se repetía sólo después de varios días, para impedir la acción deletérea de los diversos "miasmas", y luego, "gérmenes" del aire. *La cura por oclusión con algodón, de Guerin, fué introducida a Chile, por el profesor Alfonso Thévenot, y los resultados obtenidos, como lo atestiguan varios cirujanos de la época, fueron muy satisfactorios.* Ya en el primer año de su uso, 1873, bajó notablemente el número de muertos por la infección purulenta y la podredumbre del hospital. Volveremos sobre este procedimiento terapéutico, en el capítulo siguiente.

La podredumbre de hospital, pertenece, como lo hemos dicho ya, a las infecciones desaparecidas. Pero ha pasado con ella un hecho curioso, tal vez único en la historia de la medicina. Su desaparición coincide con la introducción a la cirugía, de los principios de antisepsia de Lister, pero como en aquellos años también los métodos de investigación bacteriológicos recién nacían, *no hubo el suficiente tiempo para determinar su verdadera naturaleza.* Muchos autores del siglo pasado, habían hecho notar la semejanza que existía entre las heridas afectas de gangrena nosocomial y las membranas mucosas invadidas por la difteria, de ahí uno de sus nombres, difteria de las heridas; pero una mejor observación, demostró luego que ambos procesos presentaban caracteres muy distintos, aunque los dos empezaban por una infiltración fibrinosa de los tejidos. Posteriormente se creyó, que el agente era el mismo que causaba las anginas de Vincent, el llamado bacilo fusiforme, pero tampoco esta teoría ha podido ser confirmada en forma definitiva. *Ha permanecido, pues, en la obscuridad, la causa verdadera de la podredumbre de hospital, que en los siglos anteriores al nuestro, era considerada, con razón, como la más temible y mortífera de las complicaciones de las heridas.*

TETANOS.

El tétanos era otra de las complicaciones de las heridas, pero que se diferenciaba de las anteriormente descritas, porque acometía a los heridos, con mucho menos frecuencia. No sólo se observaba en los hos-

pitales, sino también fuera de ellos; pasaban a veces años sin que se observara caso alguno de esta enfermedad, existían, en cambio, épocas, en que se presentaban muchos seguidos, lo que inducía, naturalmente, a atribuirle una causa epidémica. Todos los síntomas indicaban que se producía una irritación de la médula espinal y de la porción inferior del quinto par. Existían una multitud de opiniones, sobre las causas que daban lugar a este cuadro clínico de tanta gravedad, pero su verdadera naturaleza era completamente desconocida, como sucedía con aquellos procesos que no presentaban caracteres anátomo-patológicos perceptibles. Lo más inmediato era, naturalmente, dirigir la vista a los nervios y a la médula espinal, pero las lesiones encontradas, si es que existían, no tenían nunca nada de comprobante, y pronto tuvieron que convencerse, los antiguos cirujanos, que era inútil forjar teorías, para explicar la aparición de las convulsiones tetánicas. Todas las heridas podían producir el tétanos; Dupuytren, lo había visto aparecer después de una picadura de abeja; Simpson, después de un parto y aborto, otras veces eran pequeñas heridas de la piel, o ya en superficies granulosas próximas a la cicatrización, donde se presentaba el tétanos. Sin embargo, se había observado que, con singular preferencia, la enfermedad se producía a consecuencia de lesiones de las extremidades, y especialmente de las manos y de los pies. Por su aparición esporádica, no tenía, naturalmente, para los hospitales, la importancia de las complicaciones infecciosas anteriormente nombradas; pero la evolución, lo dramático del cuadro agudo de la enfermedad, su intensidad y los dolores insoportables que sufría el enfermo, habían llamado la atención de los médicos, desde tiempos inmemorables. Ya Hipócrates, le había dedicado un capítulo a su estudio. Después de haber recurrido en vano a la médula y los nervios, para explicar la naturaleza de los espasmos del tétanos, se echó mano de la influencia de las diversas temperaturas, creyendo ver en ellas, una de las causas predisponentes del tétanos. El pronóstico, sobre todo en las formas traumáticas agudas, era siempre muy grave. Había cirujanos que jamás habían visto sanar un herido de tétanos. En los casos de carácter subagudo, había derecho para concebir algunas esperanzas, si pasaban los 10 o 14 primeros días de la enfermedad. Ordinariamente, el enfermo sucumbía, del segundo al cuarto día; la mayor dificultad en la deglución, el aumento de los síntomas de asfixia, el enfriamiento de las extremidades, eran los indicios de la terminación fatal de esta grave complicación. Dada la falta absoluta de conocimientos sobre su etiología, la terapéutica tenía que ser pura-

mente empírica, y el tratamiento más generalmente empleado, eran los narcóticos, el opio y el cloroformo.

Con el advenimiento de la bacteriología, hemos reconocido que el tétanos es una enfermedad infecciosa, cuyas contracciones musculares y convulsiones, son debidas a la impregnación de las células nerviosas motoras, por las toxinas del *bacilo de Nicolaier*. Con la antisepsia y la práctica de la administración precoz y abundante de la antitoxina tetánica, el tétano traumático había casi desaparecido, pero en las últimas guerras, volvieron a observarse centenares de casos, que dieron nuevamente un interés de triste actualidad a esta temible infección.

Nicolaier, había descubierto el agente productor del tétanos, en 1884, un bastoncillo movible, provisto en su extremidad, de esporas redondeadas, que le dan la conocida forma de palillo de tambor. Al año después, Rosenbach pudo identificar el bacilo de Nicolaier, en las heridas de los tetánicos, y finalmente, en 1889, Kitasato logró cultivarlo y reproducir la enfermedad en los animales de laboratorio. Con la toxina antitetánica de Behring, usada sobre todo en forma profiláctica, una de las grandes conquistas de la bacteriología, vemos que no sólo disminuye enormemente la mortalidad, sino que también la frecuencia de la enfermedad. Nuestros conocimientos actuales, sancionados por la experiencia de las últimas guerras, nos obligan a considerar como sospechoso de tétanos, a todo individuo portador de una herida que haya podido ser contaminada con tierra, y a instituir el tratamiento profiláctico. Hoy día, el tétanos se ha hecho rarísimo en nuestros hospitales, y mucho de los médicos contemporáneos jamás lo han visto.

ERISIPELA.

La erisipela traumática, era otra de las complicaciones graves y frecuentes de las heridas. Como se ignoraba su verdadera naturaleza, muchos autores del siglo pasado, la clasificaban entre los exantemas agudos; pero ocupaba entre ellos un lugar especial, de una parte, porque aparecía con mucha frecuencia complicando las heridas, si bien podía también aparentemente presentarse en forma espontánea; de otra, porque no se propagaba de ordinario en forma tan activa como el sarampión, la escarlatina, etc. Una mejor observación, mostró luego que, mientras en éstas la transmisión se efectuaba por el aire, la erisipela lo hacía, en cambio, por el contagio de las manos y de las curaciones. En los antiguos servicios hospitalarios, hacía a veces su aparición en

forma de verdaderas epidemias, acerca de cuyo origen reinaban, naturalmente, las más contradictorias opiniones. Semmelweis, había dedicado su vida entera, inútilmente, para convencer a los médicos de su época, que no se trataba de una naturaleza "miasmática", sino que eran infecciones que llevaban en sus propias manos y que se producía por contagio directo, de un enfermo a otro. Actualmente, nadie pone en duda la naturaleza estreptocócica de la erisipela, y que las antiguas formas traumática y médica, son en realidad una y la misma. El microorganismo de la erisipela, fué descubierto por Fehleisen, alumno de Koch, en 1882; es una de las múltiples razas del estreptococo, de virulencia muy variable. La enfermedad comienza, casi regularmente, por un escalofrío violento, seguido de una fuerte elevación térmica y sensaciones subjetivas de una grave enfermedad general. Doce a veinticuatro horas después, aparece la placa erisipelatosa en los bordes de la herida, que se extiende con mayor o menor rapidez, según la virulencia de la infección microbiana. En las salas de los antiguos hospitales, se observaba a menudo el transporte de la erisipela de un enfermo a otro, siguiendo el orden de las curas sucesivas. La terminación de la enfermedad, era ordinariamente favorable en la mayoría de los casos; los más amenazados eran los niños, los viejos y los enfermos debilitados por padecimientos anteriores. Pero no faltaban formas de infección más virulenta, formas de carácter septicémico, flemonoso y gangrenoso. Con la cura moderna de las heridas, la erisipela casi ha desaparecido de las salas de hospitales, y los casos que llegan a ellas, desde afuera, tienen ordinariamente una evolución mucho más benigna que antiguamente. Prácticamente, han desaparecido los casos de muerte a consecuencia de una erisipela.

CAPITULO III

NUESTROS HOSPITALES EN EL SIGLO PASADO

"Monumentos del celo y la filantropía de los antepasados, los hospitales de Santiago, han quedado ceñidos a sus antiguos límites, en medio del incremento de la población y de las enfermedades. A pesar de su primitiva y bien entendida disposición, hace tiempo que son insuficientes".

Lorenzo Sazie, 1844.

¿Qué eran nuestros hospitales en el siglo pasado, antes del advenimiento de la cura antiséptica de Lister?. Para contestar esta pregunta, veamos primero cuáles eran los hospitales de mayor importancia que existían en Chile, y especialmente en Santiago, durante el siglo pasado.

El más antiguo de ellos, fué el *Hospital de San Juan de Dios* de Concepción, fundado, provisoriamente, en el año 1552. Más o menos en la misma época, el año no ha podido ser bien determinado, fué fundado, también por don Pedro de Valdivia, Gobernador General de Chile, el *Hospital San Juan de Dios* de Santiago. Abrió sus puertas por primera vez, con el nombre de Hospital de Nuestra Señora del Socorro, en 1554. Su principio fué, naturalmente, muy pobre; sólo tenía doce camas, y su primer médico, que fué también el primer titulado en la ciudad de Santiago, el licenciado Castro, contemporáneo de don Pedro de Valdivia. El estado lamentable en que funcionó durante los primeros sesenta años, fué modificado por don Alonso de Rivera, quién solicitó del Gobierno de Lima, que se enviaran a Chile padres hospitalarios

de San Juan de Dios, para el cuidado de los enfermos, tanto en el Hospital de Santiago como en el que se había fundado en Concepción. En 1717, estos frailes tomaban posición del Hospital. Bajo la administración de los "Padres Capachos", como habían sido bautizados por el pueblo de Santiago, se produjo un cambio muy favorable en los servicios hospitalarios. El número de camas se aumentó de 12 a 21 y cuando faltaban, por exceso de enfermos, se colocaban de a dos en una. Con el gran terremoto de 1647, el Hospital quedó casi en ruinas, y desde esa fecha hasta principios del siglo XVIII, llevó una vida muy precaria. En los primeros años de este siglo, fué reconstruído en el sitio que ocupó hasta su demolición, en 1943. En 1714, el Hospital reabría sus puertas con mayores comodidades, contando con sesenta camas para enfermos de ambos sexos. Fué un hospital mixto, desde su fundación hasta el año 1801, que pasó a ser sólo de hombres. En 1790, fué transformado para darle la arquitectura que persistió hasta su demolición. Para esto se comisionó a Toesca, un gran arquitecto de la época, quién confeccionó los planos que eran un remedo del Hotel Dieu de París. En 1821 un decreto de don Bernardo O'Higgins, fundaba la *Junta de Sanidad*, precursora de la actual Junta de Beneficencia. Desde esta fecha, el Hospital San Juan de Dios siguió un camino francamente ascendente de progreso, aunque no pocas veces fué duramente atacado, como veremos más adelante. En él se estableció la primera Escuela de Medicina, y por la calidad de los médicos que se fueron sucediendo bajo sus aulas y la labor realizada en él, constituye un legítimo orgullo para los médicos chilenos. Hemos seguido en esta rápida exposición al doctor Alfredo Santelices, quién en 1931, recomendado por la Administración del Hospital San Juan de Dios, escribió una reseña histórica de él, en la cual con razón dice el autor que es pretender escribir la Historia de la Medicina en Chile, "porque ambas cosas se encuentran tan " estrechamente enlazadas, tan íntimamente confundidas, que no se " pueden separar una de la otra". En 1900, la capacidad del Hospital era, más o menos, para 300 enfermos.

El *Hospital San Francisco de Borja*, en Santiago, había sido fundado en 1767, se erigió en 1782 con 50 camas y fué inaugurado en 1872. Sus progresos fueron también rápidos, pues a principios del siglo XIX, contaba con 110 camas y salas especiales de parto. Fué, desde sus comienzos, un hospital para mujeres. En 1900, pudo contar ya con más o menos 600 camas.

El *Hospital de San Vicente de Paul*, fué fundado en 1872, y al principio se le destinó sólo para hombres. Se hizo mixto y clínico, desde que se trasladaron los servicios de la Escuela de Medicina, que había funcionado antes de 1889 en el Hospital de San Juan de Dios. La construcción de la sección de mujeres de este establecimiento, se inició en 1888 y se terminó en 1890, con 116 camas. En 1900, el Hospital contaba con casi 700 camas.

El *Hospital del Salvador* en Santiago, fué destinado al principio para Lazareto, fué inaugurado en 1890, con cinco salas. Se terminó en 1905, como hospital mixto y con maternidad. Fué durante muchos años, el mejor de la ciudad, y contaba en 1900 con una capacidad para 600 enfermos.

El *Hospital de Niños "Roberto del Río"*, fué instalado en 1900 y tenía una capacidad para 350 camas. Hasta aquí, los hospitales de la capital. En Valparaíso se había construído el *Hospital de San Juan de Dios* (hoy Van Buren), en 1790, siendo mixto, y en 1898 fué inaugurado el *Hospital de mujeres, "San Agustín"* (hoy Enrique Deformes).

Muchos otros hospitales de provincias, fueron fundados en los siglos XVII y XVIII, varios de ellos, como el de Valdivia, destruídos repetidas veces por las invasiones araucanas. No podemos, naturalmente, referirnos a cada uno de ellos en particular; pero con raras excepciones la asistencia hospitalaria y particularmente la quirúrgica, ha tenido que marchar en ellos con un retardo considerable, en relación a los hospitales de la capital.

Hemos mencionado ya, que la Universidad de Chile se creó en 1842, que al año siguiente se publicaba el primer tomo de los Anales de la Universidad y que el primer número de la Revista Médica, salió a la luz sólo treinta años después, en 1872. Desde entonces y a través de las páginas de estas dos publicaciones, que siguieron apareciendo en forma ininterrumpida hasta nuestros días, es naturalmente mucho más fácil seguir los adelantos de la Medicina y Cirugía en nuestro país, que antes de su publicación. Como también lo hemos hecho notar ya, en los Anales de la Universidad se publicaban regularmente los trabajos, o extractos de ellos, más meritorios e interesantes de las distintas facultades. No puede considerarse casual, por lo tanto, que en los Anales aparecieran extensas publicaciones desde el año 1850, relacionadas con la *higiene hospitalaria* y en especial con las *enfermedades infecciosas* tan frecuentes en aquellos años en Chile, y entre las cuales ocupaban un amplio lugar, las tan temidas complicaciones de las heridas: *la podre-*

dumbre de hospital, la infección piógena, la infección purulenta y la erisipela. Tampoco podemos considerar como casual, el hecho que en el primer tomo de la Revista Médica, Guillermo Murillo se ocupe ya, en forma extensa, de la *infección purulenta* en los hospitales de Santiago. La lectura de todas estas publicaciones, entre las cuales varias son memorias presentadas a la Facultad de Medicina para optar al grado de licenciado, nos facilita formar un concepto, más o menos cabal, de lo que eran esos establecimientos antes del imperio del ácido fénico. Sin embargo, para un cirujano que jamás ha visto un caso de gangrena de hospital ni de infección purulenta, o que jamás ha visto morirse un caso de erisipela, es muy difícil formarse con exactitud una idea, sobre la realidad de lo que en aquellos años ocurría en las salas destinadas a los enfermos quirúrgicos. Pero basta, también, leer los nombres de algunos de los autores de las publicaciones a que nos referimos, para darnos cuenta que todas estas terribles complicaciones de las heridas, eran una honda preocupación para los cirujanos de aquellos días, y, a pesar de su ignorancia absoluta sobre las verdaderas causas que producían tan graves accidentes, se sentían afectados de una responsabilidad real, y buscaban afanosamente una solución al problema que muchos de ellos, afortunadamente, alcanzaron a ver. Francisco Javier Tocornal, Adolfo Valderrama, Guillermo Murillo, Jacinto Ugarte, Isaac Ugarte Gutiérrez, Adolfo Murillo, Ricardo Dávila, Manuel J. Barrenechea, casi todos, posteriormente, profesores de nuestra naciente Escuela de Medicina, y otros, se ocuparon, algunos de ellos en forma extensa, de estas infecciones quirúrgicas que en aquellos años segaban con inexorable frialdad, las salas de la mayoría de nuestros hospitales. Nada podían saber sobre la verdadera etiología de ellas, porque desconocían la existencia de los microbios, pero la experiencia les había enseñado, que aparecían sobre todo donde existía un acúmulo de enfermos, en hospitales malsanos, poco ventilados, y que las mejoras introducidas en el régimen de estos hospitales, traían ordinariamente consigo, una disminución o aún la desaparición pasajera de este azote de las salas de enfermos quirúrgicos. Por esto no debe extrañarnos que, desde mediados del siglo pasado, encontremos en nuestra literatura médica, constantes y enconados ataques contra la administración del Hospital San Juan de Dios de la capital, que en realidad parecía reunir todas las condiciones necesarias para que en él hayan podido reinar, en forma epidémica y endémica, todos estos graves y trágicos accidentes que, con frecuencia alarmante, impedían la cicatrización normal de la más leve

de las heridas. Como se desprende de las publicaciones de los Anales de la Universidad, existía, a mediados del siglo pasado, una terrible epidemia de podredumbre o gangrena de hospital. En 1851 y 1859, don Francisco Javier Tocornal, también en los Anales, hace un resumen del plan curativo observado en algunas enfermedades del Hospital de San Juan de Dios, y en una comunicación a la Facultad de Medicina, explica las principales causas de las enfermedades en Santiago de Chile. Bajo cualquier aspecto que se las considere, decía el autor, era necesario convenir en la existencia de causas determinadas de las enfermedades que producían la crecida mortalidad en los hospitales de Santiago. Y el estudio de estas causas, es el principal objeto de sus publicaciones. El verano de 1851, había sido notable por su benignidad y algunas mejoras higiénicas del Hospital de San Juan de Dios, habían disminuído considerablemente el número de enfermedades, de manera que al Hospital albergaba nada más que la mitad del número de enfermos que en otras épocas. Mucho había influído en la mejora de la salud, según la opinión del autor, la medida laudable de hacer venir hasta la ciudad el agua pura del Mapocho, preferible a la del Maipo. De la segunda de las publicaciones de Tocornal, se desprende muy bien la enorme importancia que se daba en aquellos años, a los agentes atmosféricos y telúricos en la aparición de todas las enfermedades infecciosas. Al estudiar la topografía médica de Santiago, dice: "La circuns- " tancia de hallarse esta ciudad considerablemente lejana del mar, no " permite que su atmósfera sea constante y frecuentemente renovada. " De aquí resulta que el aire de la capital, se impregna fácilmente de " miasmas deletéreos en más o menos abundancia, según las estaciones". Después de estudiar las demás condiciones atmosféricas, manifiesta, que son ellas las que hacen tomar a las enfermedades diferentes caracteres particulares, que constituyen el "genio epidémico" reinante.

Refiriéndose al agua potable, dice más adelante: "Las aguas que " forman la bebida natural de la población, adolecen también de " algunos defectos, por el origen de donde nacen: provienen del derreti- " miento de las nieves; están privadas de cierta cantidad de oxígeno; " vienen de una altura de más de 2.000 varas sobre el nivel del mar; " contienen cantidad notable de sales; y estas circunstancias las hacen " diferentes de las de los ríos que bañan las principales capitales de " Europa. Con mucha razón ha dicho el señor Domeyko, que estas " aguas difieren de las que se conocen en el antiguo continente".

Adolfo Valderrama, en una comunicación a la Facultad de Medicina, sobre las condiciones mórbidas de la ciudad de la Serena, en 1861, hace ver que las complicaciones de las heridas en el hospital de aquella ciudad, casi se desconocen. "No sería mucho decir" —escribe— "si " aseguramos que la clínica quirúrgica del Hospital de la Serena, puede " competir, por sus resultados, con las clínicas más afamadas del mun- " do civilizado". En todas las amputaciones, había casi la seguridad de hallar cicatrizadas las tres cuartas partes, en la primera curación. De cien amputados, habían sanado noventa y tres. El resultado no pudo haber sido más brillante. ¿Y la causa de esto?. El autor no duda que es el clima templado de la Serena, que, obrando sobre el organismo de una manera sedante, influye en la marcha de las cicatrizaciones y en la circulación general; "pero", —dice— "efectos tan marcados deben ser " producidos por alguna otra causa más poderosa". Y ésta era una " sola, en su opinión: "la lentitud de las acciones nerviosas, debida a " la falta de electricidad atmosférica".

El Hospital de la Serena era, por lo visto, una honrosa excepción con respecto a la mayoría de los demás del país. En los Anales del año 1871, encontramos publicado el extracto de una memoria de prueba en la que su autor, don Constancio Silva, hace algunas consideraciones sobre los hospitales de Santiago, que nos permiten formar una buena idea sobre las condiciones higiénicas y el estado sanitario de aquellos años. Revisando la estadística general que llevaba el Hospital San Juan de Dios, de los enfermos entrados y los que habían fallecido, encontró las siguientes cifras: en 1868 habían sido asistidos 7,100 enfermos, 1,565 de los cuales habían sucumbido, o sea uno sobre 4,53. Para los dos años siguientes, 1869/70, las cifras eran casi las mismas. Según el autor, la mortalidad en años anteriores a éstos, había sido también más o menos la misma, y esto en una época en que Santiago no había sido visitado por ninguna de esas mortíferas epidemias que aparecían tan continuamente. Esta mortalidad era muy considerable y sólo podía compararse a la que había en el Hotel Dieu de París, a principios del siglo. En el Hospital de San Borja, la mortalidad era mucho menor, a pesar de que con el mismo número de camas, se asistía en él muchos más enfermos. Esta desigualdad tenía su explicación; en el San Juan de Dios, se asilaba un número más grande de enfermos con afecciones quirúrgicas, que requerían una estadía más larga en el Hospital. ¿Y cuáles eran las causas de esta mortalidad tan espantosa?. ¿Cuáles eran los motivos para que el enfermo que entrara al Hospital de San Juan de Dios, no

tuviera más de una probabilidad sobre cinco, de volver a salir?. En primer lugar, menciona el autor, la *infección purulenta*, tan bien caracterizada por los largos escalofríos, los sudores profusos, los intensos dolores en los diversos puntos donde se localizaban los abscesos metastásicos, y todo el cortejo de síntomas que regularmente acompañaba a esta afección. No podía amputarse un brazo o cortar una pierna, no podía un individuo venir al servicio con una fuerte contusión, ni recibir una herida, sin que apareciese ésta, la más mortífera de las complicaciones. No podían los médicos del establecimiento, sin antes pensarlo mucho, emplear un revulsivo, una mosca de Milán, un vejigatorio, porque en poco tiempo podía estar cubierto de fungosidades. Correspondía esto a lo que Velpeau había dicho para los hospitales franceses: " La menor solución de continuidad del tegumento, es una puerta de " entrada que se abre a la muerte". Y si a todo esto se agregaban los estragos producidos por la gangrena de hospital, podemos imaginarnos cuán desesperante era el cuadro que ahí se presentaba. "Y a esto"—exclama indignado el autor—"se da el nombre de hospital".

En uno de los capítulos anteriores, hemos recordado a uno de los antiguos profesores de cirugía de nuestra Escuela de Medicina, que fué también miembro académico de la facultad, don Alfonso Thévenot. Vimos que había llegado a Chile, a fines de 1866. Por muerte del ilustre doctor Lorenzo Sazie, ocurrida en Diciembre del año anterior, había quedado vacante la clase de Clínica Quirúrgica en nuestra Escuela, y nuestro Gobierno había pedido a Europa, un profesor que viniera a reemplazar a aquel célebre maestro. Thévenot permaneció en Chile, hasta Agosto de 1873; estuvo a cargo del servicio de cirugía del Hospital de San Juan de Dios, durante algo más de seis años. Según una crónica del año 1872, desde el primer momento tomó muy a lo serio defender a sus operados contra la insalubridad de sus salas, en aquel hospital. Después de haber clamado contra la falta de aseo que hacía morir a tantos enfermos, decía aquella crónica, determinó no remover la causa, "porque aquello era pedir peras al olmo", sino hacer a sus enfermos inatacables por aquella atmósfera malsana. Con este fin, Thévenot empleó un procedimiento de curación enteramente nuevo, para los hospitales de Santiago, que había sido propuesto y aplicado, por primera vez en Francia, por Alfonso Guerin, y que consistía, de un modo general, en la aplicación de numerosas vendas de algodón colchado, que hacían imposible la penetración de los miasmas hasta la solución de

continuidad, y que ponían el miembro amputado a cubierto de pequeñas contusiones y compresiones dolorosas, haciéndolo así mucho más manejable. Como lo veremos en el capítulo siguiente, también Lister, en Edimburgo, había recomendado el algodón, pero no tanto con el objeto de filtrar el aire, que era en lo que estaba basada principalmente la cura por oclusión de Guerin, sino de mantener una atmósfera antiséptica alrededor de la herida, con el ácido fénico y otros antipútridos. Una segunda ventaja tenía este nuevo procedimiento, la rareza de la curación; en esto había insistido particularmente y con mucha visión, Alfonso Guerin. Thévenot había empleado un procedimiento mixto, en sus salas del Hospital San Juan de Dios. De Lister, había aceptado el empleo del ácido fénico como antipútrido asociado al alcohol o la glicerina; de Guerin, todas sus indicaciones. Si había necesidad de renovar el aparato, ya sea porque existía una transudación abundante, una hemorragia o por el mal olor, a veces insoportable, que producían naturalmente estas curaciones que a veces no se renovaban por muchos días, insistía en que nunca debía hacerse la renovación en la sala, sino que era absolutamente necesario llevar al enfermo al anfiteatro. Los resultados que obtuvo Thévenot con esta nueva experiencia, parecen haber sido muy satisfactorios, disminuyó considerablemente la infección purulenta; en doce amputados consecutivos, en 1872, tuvo sólo dos casos de infección purulenta y uno de gangrena hospitalaria. También la erisipela y las demás complicaciones inflamatorias, habían disminuído notablemente. Quedaban, pues, de manifiesto, las incomparables ventajas de la cura por oclusión de Guerin, y *a Thévenot correspondía el mérito de haberla ensayado por primera vez en nuestros hospitales; pero le corresponde otro mérito mayor, el de haber usado en Chile, por primera vez también, parte de la cura antiséptica de Lister,* casi diez años antes de los primeros ensayos del método listeriano puesto en práctica entre nosotros, en 1881, por los doctores Manuel Barros Borgoño, Francisco Puelma Tupper, Vicente Izquierdo y Máximo Cienfuegos. Pero, a pesar de que Thévenot había logrado mejorar su estadística horrible, por la cual se habían aprovechado muchos para hacerle la guerra, el uso desmedido del algodón, levantaba ahora grandes protestas de parte de la administración del Hospital y de las buenas monjas. Francisco Puelma Tupper nos pinta, en sus *"Recuerdos de medio siglo"*, un cuadro bien triste de lo que era una de las salas del Hospital San Juan de Dios, a cargo de Thévenot, "un cirujano muy inteligente". "La muerte de sus pacientes

" no provenía del descuido, sino porque el Hospital se hallaba comple-
" tamente infectado. No se lavaban nunca los pisos, no se blanqueaban
" jamás las paredes. Así la sala de Elguero, tenía colgado el retrato
" de un viejo que se veneraba como un santo milagroso, pero era un
" santo con cuello, lo que me lo hizo sospechoso; en realidad se trataba
" del fundador de la sala, señor del Villar, que aparecía misterioso, por
" la tierra y suciedad que lo cubría. Los instrumentos no se desinfecta-
" ban nunca. Las heridas se curaban diariamente, cuando no dos veces
" al día, pasándoles una esponja empapada en manteca de chancho,
" llamada cerato. La misma esponja iba de una cama a otra y reco-
" rría todos los enfermos de la sala".

Durante los primeros nueve meses del año 1873, el estado higiénico de las salas quirúrgicas del Hospital de San Juan de Dios, había sido muy satisfactorio, a fuerza de las severas medidas que había tomado Thévenot, que se referían sobre todo a los cuidados que se ponían en la curación de los enfermos, en la forma ya indicada. Existían pues, sobrados motivos para esperar éxitos quirúrgicos brillantes; pero los acontecimientos vinieron a deshojar tan halagüeñas esperanzas, en el momento mismo en que volvió a presentarse el primer caso de infección purulenta. Pronto el mal había tomado nuevamente grandes proporciones, y cuantas medidas se tomaron para combatirlo, fueron inútiles. Otra vez el Hospital, es el tema de publicaciones en la prensa y en la Revista Médica; otra vez aparecen los rudos e irónicos ataques hacia su administración. "¿Qué es lo que pasa en el Hospital de San Juan de Dios?" —escribe Guillermo Murillo en 1872— "En esa casa
" que tan impropiamente y sin sonrojarnos siquiera llamamos Hospital,
" en donde se ceba la fiebre supurativa y en el cual es excepcionalísimo
" el soldado que entra con una superficie en supuración, sin que pague
" su tributo a la infección purulenta y especialmente la podredumbre
" hospitalaria".

"Entrando a cualesquiera de las demás salas, al que no le causa
" sorpresa le produce hilaridad el ver en las camas, un enfermo de tifus
" al lado de un operado de talla; un amputado del muslo u otro que
" tiene una fractura conminuta, junto con un enfermo de rubeola o de
" desintería. Pero no es eso sólo; veamos cómo en esas salas de lujo, se
" hace la curación de los pobres operados o de los desgraciados que
" entran con superficies en supuración. Tomemos por tipo las salas de
" la clínica quirúrgica, que a todas luces son las mejor servidas".

"En la mañana, el cirujano se encarga de hacer las curas para " enseñar a sus discípulos. Le traen trapos limpios, esponjas e hilas de " buena calidad; pero, ¡infeliz del que necesite renovar su curación en la " tarde!. El practicante se ve precisado a recibir lo que le dan, por temor " de ser reconvenido, y hace las curaciones con trapos sucios y mal " lavados. En las salas mixtas, la miseria es mayor; los practicantes, " únicamente están encargados de hacer las curaciones. Hacen la cura de " la mañana y llevan los trapos a la lavandería; en la tarde, renuevan " las curaciones con esos mismos trapos que les han sido devueltos, y " lavados tan malamente, que cuando no están todavía impregnados " del cerato rancio que ha servido para las curas anteriores, a lo menos " llevan pegados los granos de linaza. El practicante hace su oficio, se " sirve de ellos como de esponja, porque en estas salas es desconocido " este indispensable utensilio, y el trapo que en la mañana sirvió para " cubrir un bubón supurado, una úlcera fagedénica o un chancro duro " va ahora a servir para cubrir una herida simple. Debemos prevenir " que esto lo hemos visto nosotros mismos, y les hemos oído a los practi- " cantes, que esto pasa constantemente. Más de una vez hemos visto al " médico de la que llaman la sala de Nuestra Señora de las Mercedes, " verse obligado, después de ver tres o cuatro enfermos, a salir de este " calabozo para respirar el aire del estrecho balcón, por temor de " asfixiarse. Esto le pasaba constantemente que hacía su visita, a poco " de haber abierto las puertas en la mañana. Creemos que podría " decirse con propiedad que en estos calabozos inmundos, los pobres se " mueren por asfixia antes de perecer por sus dolencias".

"Más de una vez nos ha pasado cubrirnos de rubor y enrojecer- " nos de vergüenza, cuando algún extranjero nos ha comprometido a " que le mostremos este establecimiento, lo que habríamos hecho gusto- " sos con muchos de nuestros gobernantes, a ver si en vista de espec- " táculo semejante, tomaban algún interés por la salud de los pobres, " cosa que hasta ahora no ha podido preocuparles, ya por ignorancia, " ya por una indolencia verdaderamente criminal".

Palabras muy parecidas habían sido pronunciadas por Lister, en 1867, al dar a conocer los resultados de sus primeros ensayos con el método antiséptico, al referirse a sus salas en el *Glasgow Royal Infirmary:* "Y muchas veces me he sentido avergonzado, al recordar " los resultados de mi práctica, tener que referirme tan frecuentemente " a la gangrena de hospital y a la piohemia".

De una comparación que hace Guillermo Murillo, entre el Hospital San Juan de Dios y el San Francisco de Borja, se desprende que en todos aquellos años en que las complicaciones infecciosas de las heridas reinaban en forma endémica en el primero de ellos, eran casi desconocidas en el segundo. De un examen comparativo entre ambos establecimientos existía tanta semejanza para Murillo, como la que puede existir entre un palacio y una cabaña. ¿Y cuál era el medio de transformar este calabozo en una casa de sanidad?. Para Murillo había un solo camino, la venta inmediata de esa casa funesta de insalubridad, o su inmediata demolición. Pero en obsequio de la verdad, debemos decir que ninguno de los médicos de aquellos años, que tan duros y enconados ataques habían dirigido contra el antiguo Hospital, no dejaba de profesar, a pesar de todo, un profundo cariño por aquel viejo caserón, que a través de sus centurias había funcionado casi sin interrupción, por el cual habían desfilado los más prominentes de los médicos chilenos, y que había sido, durante algunos años, su segundo hogar donde aprendieran los primeros rudimentos de su difícil ciencia. En homenaje de esos recuerdos, escribía don Isaac Ugarte Gutiérrez en 1875, valdría más, tal vez, cerrar silenciosamente la página que envuelve su triste historia.

Hemos tratado de mostrar, en este capítulo, lo que eran los hospitales en nuestro país, antes que se hiciera sentir en el mundo entero, la influencia benéfica de los nuevos conceptos de Pasteur y de Lister, que habían de cambiar en pocos años la faz de la cirugía entera. Si nos hemos referido de preferencia, en nuestra exposición, a las condiciones higiénicas que reinaban en el Hospital de San Juan de Dios, es por la razón ya mencionada, que su historia se confunde con la historia de la Medicina en Chile, y que sobre ningún hospital se ha escrito tanto en el siglo pasado, como sobre él. Las condiciones higiénicas que reinaban eran, por lo que hemos expuesto y para el concepto que hoy tenemos sobre higiene hospitalaria, pésimas, y sobre todo el cuadro que presentaban las salas de los enfermos quirúrgicos, francamente desesperante. Si esto pasaba en la capital, centro de todos los recursos, es de suponer que los hospitales de provincias no se hallaban mejor atendidos en sus necesidades más apremiantes, a pesar de que seguramente existían algunas hermosas excepciones, hospitales más higiénicos y mejor atendidos, como el de la Serena, en el cual la mortalidad, según Adolfo Valderrama, ya en 1861 había sido inmensamente más baja.

Con la inauguración del Hospital San Vicente de Paul, que abrió sus salas a los enfermos en Noviembre de 1874, Santiago contaba con un tercer establecimiento, que en un principio estaba habilitado para 200 enfermos y que había sido tildado en uno de los diarios de la capital, como el *primer hospital sud-americano*. Para muchos médicos de la época, sin embargo, faltaba mucho aún para cumplir con los preceptos esenciales de la higiene. En una crónica sobre higiene de hospitales, del año 1884, leemos lo siguiente: "Su colocación al norte, hace que sea " una amenaza continua de infección para la población, sobre todo en " invierno, época en que los vientos reinantes son en este sentido".

"Pero ¿cómo concebir que al elegir un local para la instalación " de un establecimiento de esta naturaleza, se le coloque en las puertas " mismas de un cementerio?. Cabría disculpa cuando los vientos no " soplasen jamás del cementerio hacia el hospital, pero aquí no sucede " esto porque en una buena parte del año reinan los vientos del norte " llevando al hospital todos los miasmas, gases deletéreos, etc., que se " producen en un panteón, y cuyos efectos deben hacerse sentir indu- " dablemente, tanto más, cuando que la disposición del edificio no " permite su fácil aireación".

Sin embargo, y a pesar de estas críticas, la mortalidad en el Hospital San Vicente de Paul, fué desde el primer año de su inauguración, mucho más baja que la del San Juan de Dios, fluctuando entre un cinco y seis por ciento, mientras que en este último era en la misma época, alrededor del diecisiete por ciento. Pero esta gran diferencia se explicaba, según la crónica a que nos referimos, porque la mayor parte de los enfermos que asilaba el Hospital San Vicente de Paul, eran soldados atacados de sífilis y otras enfermedades crónicas. "Si se llenase" —dice el cronista— "de enfermos como los otros, la mortalidad sería " como la del San Juan de Dios".

Después de todo lo dicho sobre las condiciones higiénicas de nuestros hospitales, durante la mayor parte del siglo pasado, no puede extrañarnos que los cirujanos de aquella época, que veían diezmadas sus salas por las terribles complicaciones a que nos hemos referido, efectuasen nada más que las intervenciones más necesarias y que frecuentemente postergaran otras, aun las de necesidad, por meses y meses. Y en esto, seguían nada más que el ejemplo de sus hermanos de países más avanzados que el nuestro. Los propios cirujanos tenían miedo de la cirugía, y en esto tenían razón. Las operaciones abdominales, eran

consideradas como temerarias, casi prohibidas, por lo cual, tampoco se encuentran descritas ni en los Anales de la Universidad ni en el primer decenio de la Revista Médica (1872-1882). Fuera de algunos casos de quelotomía, de ovariotomía y una operación cesárea, sobre los cuales volveremos en los capítulos correspondientes, no se registran más operaciones abdominales. "La cavidad abdominal", — dice Vargas Salcedo — "era como un tabernáculo al cual no nos era permitido entrar". Pero todo esto cambió casi de la noche a la mañana, al impulso de los hechos que evidenciaron Pasteur, Lister y Koch.

Antes de estudiar la más trascendental evolución que tomara nuestra cirugía, bajo los nuevos postulados hacia la antisepsia y enseguida la asepsia, veremos en forma rápida, cuáles fueron los resultados del tratamiento de los heridos de la guerra del Pacífico. Podemos invocar aquí, el testimonio de algunos médicos de aquellos años, que todos están de acuerdo que llegamos a esa guerra con una organización sanitaria deficiente, cuando nada se conocía todavía en Chile de la antisepsia quirúrgica, a pesar de que en esos años existían ya en algunos países de Europa, sobre todo en Alemania y Francia, clínicas que daban los primeros pasos de ella a la asepsia. Era jefe del Servicio Sanitario chileno, el doctor Ramón Allende Padin, y su segundo, el doctor Diego San Cristóbal, que algunos años después fué designado para servir la cátedra de medicina operatoria. Dentro del marco de la rutina de esos tiempos, el Servicio Sanitario del Ejército fué bueno, pero la mortalidad de los heridos que sucumbían a las complicaciones infecciosas y especialmente aquellos que eran transportados a Santiago y Valparaíso, era espantosa. Durante los años de guerra, era natural que toda la atención de los cirujanos se dirigiera hacia la cirugía de guerra. F. Puga Borne, en sus Recuerdos de los primeros años de la Revista Médica de Chile, dice: "Esta afirmación " de que todos los enfermos que venían del Norte, en 1880, tenían sus " heridas gangrenadas, podrá, quizás, parecer exagerada. Nosotros " queremos aportar en confirmación de su exactitud, nuestra experiencia " personal. Estuvimos de servicio en el Hospital de Guadalupe, cerca " del Callao, asistiendo a los heridos de Chorrillos y Miraflores, como " mes y medio, y regresamos a Valparaíso, en Marzo, en un vapor " completamente cargado con heridos".

"Recordamos que unos y otros, casi sin excepción, presentaban " la complicación de la gangrena de hospital. Uno de los que hizo excep-

" ción fué el comandante José María Soto, que volvía con el pecho
" traspasado por una bala de rifle. Por regla general, a los pocos días de
" entrar al hospital, los enfermos tenían escalofríos, fiebre y el aspecto
" de la herida se descomponía; los mamelones se marchitaban, la supu-
" ración cesaba y la superficie se cubría de una capa gris, negruzca,
" filamentosa, como el musgo que nace sobre los troncos en la humedad.
" El tratamiento consistía en cortar cuanto fuera posible de las partes
" mortificadas, lavar con agua fenicada y cubrir con polvo de alcanfor.
" La primera parte de la curación era la más larga, y se hizo proverbial
" el dicho de "trabajar a pinzas y tijera". En el Hospital de Guadalupe,
" que está ubicado en una región pantanosa, culpábamos principalmen-
" te a la fiebre malarial, de provocar las complicaciones gangrenosas,
" de todos modos esta creencia tuvo buen resultado práctico, porque
" contribuyó al repatriamiento de los heridos. Nosotros repetíamos sin
" cesar: herido que no se manda al Sur, se muere".

Que la mortalidad de los heridos fué muy grande, lo confirman también otros testigos de la época. Según Francisco Puelma Tupper, de trescientos heridos que venían a bordo del buque Amazonas, murieron todos, oficiales y soldados, sin librar uno, de infección purulenta. Manuel Barros Borgoño y Francisco Puelma Tupper, vueltos recién de Europa, en 1879, fueron los primeros en enseñar a los cirujanos del Ejército, la aplicación del procedimiento antiséptico de Lister, que se inició en Santiago, en el hospital de sangre de los señores Matte. Cuenta el doctor Puelma Tupper, que las nuevas ideas despertaron gran resistencia entre los jefes del Ejército, y recuerda que el Ministro de la Guerra, al hablarle sobre la organización de ambulancias, se sonrió y contestó: "En la batalla de Loncomilla, no tuvimos ambulancias, " y lo más bien salimos del paso". También la cirugía de guerra cambió inmediatamente en sus resultados, con la aplicación del método antiséptico, y fueron los primeros usufructuarios, los heridos que venían de los campos de batalla del Norte.

No podemos cerrar este capítulo, sin recordar a un cirujano que durante la Guerra del Pacífico, trabajaba en el hospital de sangre de la Serena, Joaquín Zelaya, y que, bajo el título de "Tratamiento de " la gangrena por el sistema de la irrigación, en el hospital de sangre de " la Serena", publica una memoria aparecida en la Revista Médica en 1880. Expresa en ella, que todos los enfermos que llegaban del Norte, venían con sus heridas gangrenadas, y como el tratamiento ordinario de aquellos años no daba resultado, empleó, en forma sistemática, la

irrigación continua por el agua, gota a gota. Si había mucha fetidez o la parte gangrenada era extensa, agregaba al agua cloruro de calcio, ácido carbólico, licor Labarraque u otras sales antisépticas solubles. Obtuvo con este método, sorprendentes curaciones, y con la notable particularidad que en un centenar de casos, no hubo fallado una sola vez en su aplicación. El método por irrigación de las heridas, con agua fría, había sido usado ya a mediados del siglo pasado, sobre todo en Francia, donde fué aceptado y perfeccionado por algunos cirujanos, pero había caído en desuso. El procedimiento, descrito y recomendado por Joaquín Zelaya, era, en sustancia, el procedimiento de Carrel y Dakin, tan usado en la primera guerra mundial, con el objeto de activar la limpieza de los tejidos mortificados de una herida. Con razón F. Puga Borne habla de un "tesoro escondido", en las páginas de nuestra modesta Revista Médica del año 1880.

SEGUNDA PARTE

ANTISEPSIA Y ASEPSIA

CAPITULO IV

LISTER Y SUS PREDECESORES

"Se ha dicho que solamente existen dos períodos en la historia de la cirugía, antes y después de Pasteur y Lister".

Ignacio Felipe Semmelweis, húngaro de nacimiento, ayudante de una de las clínicas de partos de la Universidad de Viena, descubrió, en 1847, la causa de la fiebre puerperal, que diezmaba a las clínicas de esa ciudad. El camino que lo llevó a este descubrimiento, se desprende de sus propias palabras: "La autopsia de los muertos por " piohemia, muestra lesiones idénticas a las que se encuentran en las " fallecidas por fiebre puerperal; se trata de una y la misma enferme- " dad, que tiene, por lo tanto, también la misma causa y esta causa " se encuentra, sin duda alguna, con la mayor frecuencia en la mano " de los médicos". Para evitar la fiebre puerperal insistía, en consecuencia, en el aseo prolijo y cuidadoso de las manos, antes de cualquier examen de una embarazada o puérpera. Llamó también la atención hacia el peligro de los instrumentos y del material de curaciones, exigiendo su desinfección cuidadosa. Ya en 1861 definía la fiebre puerperal como una enfermedad debida a la reabsorción de una materia orgánica-animal en descomposición, introducida al cuerpo desde fuera; esta es la infección externa, siempre evitable; en raras ocasiones aquella materia infecciosa suele ser producida por el cuerpo mismo de la enferma, y en este caso se habla de una auto-infección, no siempre evitable. Si en esta definición de Semmelweis, en lugar de la palabra materia orgánica en descomposición, decimos bacterios y sus productos, tenemos la idea fundamental de lo que actualmente entendemos por fiebre puerperal. Hasta la mitad del siglo pasado, la causa de la fiebre puerperal, lo mismo que la de las complicaciones infecciosas de las heridas, era completamente desconocida y se relacionaba con influencias

miasmáticas-epidémicas que nadie sabía definir. Era espantoso el número y la proporción de mujeres que sucumbían por efecto de esta enfermedad, que arrasaba las maternidades europeas, en forma de mortíferas epidemias, y no pocas veces se había pedido la supresión de ellas. Horrorizado Semmelweis ante este cuadro que se le ofrecía diariamente, y convencido de sus ideas, se dirigió repetidas veces a los profesores de la Facultad y a los directores de las clínicas de maternidad europeas, sin conseguir hacer oír su voz. Sus teorías fueron ignoradas por la mayoría de ellos o combatidas maliciosamente. Viendo que nadie quería oirlo, se dirigió un día a varios de los ginecólogos y parteros más destacados, llamándolos "asesinos". "El asesinato debe terminar " alguna vez, y para que esto suceda, voy a montar la guardia y " el que se permita propagar ideas erróneas sobre la fiebre puerperal, " encontrará en mí un enemigo. Para combatir el asesinato, no hay " más remedio que presentar desnudo al enemigo". Y a un profesor de Wuerzburgo, escribía: "Si continúa, señor profesor, educando a sus " discípulos en la teoría epidémica de la fiebre puerperal, declaro ante " Dios y el Mundo, que es Ud. un asesino". Decepcionado y viendo que nadie quería aceptar sus doctrinas, decidió dirigirse directamente al público: "Sabes tú, padre de familia, lo que significa llamar a un " médico o a una matrona para que asista a tu esposa?. Significa " poner en peligro la vida de tu mujer y la de tu hijo, pero no creas " tampoco que tienen la culpa de esto el partero o la matrona que " llamas, sino el profesor de la Universidad donde estudiaron ese partero " y esa matrona y que no enseñó a sus discípulos que era posible " suprimir la fiebre de reabsorción, evitando la llegada de substancias " impropias a este acto por las manos del operador o utensilios que no " estaban limpios".

En 1847, Semmelweis había ordenado en su clínica, el lavado enérgico de las manos, con jabón y escobilla, y en seguida la desinfección con una solución de cloruro de cal. *Con esta sencilla prescripción, disminuyó de golpe la mortalidad, en forma tan apreciable, que no podía dudarse de la bondad del procedimiento.* La historia nos refiere que, a pesar de todas las tribulaciones de Semmelweis, tuvo también sus admiradores, entre los cuales había médicos de fama, como Rokitansky, en cuyas salas de autopsias había hecho sus observaciones anátomo-patológicas, Skoda, Hebra y otros; pero en Viena mismo, la mayoría de los profesores de la Universidad, no sólo no le reconocieron sus descubrimientos, sino que se mofaban de él. Disgustado, se retiró a su ciudad

natal, Pest, y en el curso de doce meses, logró reducir la mortalidad por fiebre puerperal en la Clínica Obstétrica de esta ciudad, a 0.85%. En 1855, fué nombrado profesor de Obstetricia de la Universidad de Pest. Aquí publicó su obra clásica sobre *"La etiología, profilaxia y concepto de la fiebre puerperal"*. Explica en ella, con toda clase de detalles sus observaciones sobre esta fiebre, y las medidas que deben tomarse para extinguirlas de las maternidades. A pesar de que sus doctrinas fueron extendiéndose lentamente, la mayoría de los cirujanos no quisieron aceptarlas y aún el mismo Virchow, en 1861, se mostraba todavía contrario a ellas. Semmelweis, a pesar de sus trascendentales descubrimientos, no fué un hombre ni de dicha ni de gloria; murió en un manicomio de Viena, en 1865, a consecuencia de una herida supurada de una mano, que él mismo se había inferido en uno de sus ataques de excitación, es decir de la *septicemia* que él había reconocido como idéntica con la *fiebre puerperal!*. Budapest, lugar de nacimiento de Semmelweis, le ha dedicado una estatua en un parque público y una placa conmemorativa en la casa en que nació. "Cientos de mujeres y hombres", dice Malade, "peregrinan anualmente con respetuoso recogimiento " delante de su tumba y su casa, para ofrecerle el testimonio de su " agradecimiento y simpatía. Entretanto su espíritu está presente en " todos aquellos lugares del mundo en que una joven madre, sana de " cuerpo y alma, ha pasado la hora del sacrificio y, radiante de feli- " cidad, oprime en su corazón al recién nacido".

Se ha discutido sobre a quién de los dos, Semmelweis o Lister, corresponden mayores méritos en el descubrimiento de la antisepsia y asepsia. Semmelweis, veinte años antes de Lister, sin conocer la existencia de bacterias, ni los trabajos de Pasteur, reconoció claramente la importancia de la infección por contacto, no solamente en obstetricia sino también para las heridas quirúrgicas. Para él lo más importante, era la limpieza de las manos y de los instrumentos; la infección por el aire, como lo creyó el ponderado "genio epidémico" de aquel tiempo, jugaba un rol muy secundario. Lister, en un principio le daba, en cambio, la mayor importancia a los gérmenes del aire y ninguna a la infección por contacto; la profilaxia, en las enseñanzas de Lister, en un principio, por lo menos, eran de una importancia muy secundaria. Para muchos, Semmelweis debe considerarse como el verdadero fundador de la asepsia; pero sus teorías no fueron reconocidas sino por algunos pocos, fué necesario que muchos años después las teorías listerianas de la infección de las heridas quirúrgicas y su tratamiento por medio de la

Schwann, Semmelweis y Pasteur, y supo aprovechar los conocimientos que ellos habían legado. Impulsado por los trabajos del último de ellos, se había ocupado, durante años, con el estudio de los gérmenes y su posible relación con las heridas. Sabía Lister, lo que había sido aceptado ya por la mayoría de los cirujanos, que la putrefacción causaba la infección de las heridas y la formación del pus. Sabía que ella tenía algo que ver con la exposición de las heridas al aire, pero tenía que aceptar, al mismo tiempo, que la sola acción del aire no era la responsable de la putrefacción de las heridas. Porque ¿cómo podía explicarse el hecho tan bien conocido por todos los cirujanos de su época, que las complicaciones inflamatorias de las heridas eran, sobre todo, el triste privilegio de los grandes hospitales, particularmente de aquellos en que existía un hacinamiento de enfermos, mientras que en los enfermos privados estas complicaciones eran inmensamente menos frecuentes?. La composición del aire, era aparentemente igual en todas partes, había pues que buscar otro factor, aún desconocido pero asociado con el aire. Pasteur le enseñó cuál era este factor: *la existencia de microbios que nos rodean por todas partes y flotan en el aire atmosférico;* ellos tenían que ser la causa de las complicaciones de las heridas accidentales u operatorias, que con espantable frecuencia, terminaban con la vida de los pacientes. Avidamente, Lister, se impuso de todo lo que Pasteur había escrito, y su mayor preocupación en el tratamiento de las heridas, se convirtió ahora en evitar el contagio de ellas por los microbios. Pasteur había demostrado, que éstos podían destruirse por el calor o los agentes químicos, y Lister empezó a buscar el agente químico más adecuado. Se decidió por el *acido fénico*. Este agente destructor de los gérmenes, que tan gran papel ha jugado en el procedimiento antiséptico de Lister, había sido, sin embargo, usado ya en cirugía antes de Lister, tanto en Alemania, por Küchenmeister en 1860, como también en Francia por Lemaire, en 1863. Lister nos refiere, que fué debido a los buenos efectos que había producido, en 1864, como desinfectante en los desagües de Carlisle, que él se decidió a ensayarlo en sus salas del *Glasgow Infirmary*. Empezó a usar el tratamiento fenicado, primeramente en las fracturas complicadas y luego en los abscesos, partiendo siempre de la base que las complicaciones inflamatorias de las heridas eran debidas únicamente a la acción de los gérmenes; había, por lo tanto, que impedir el acceso de ellos sobre la herida, o bien su destrucción, si se encontraban ya en ella. En el *Lancet* del año 1867, apareció su primer trabajo sobre cirugía antiséptica, titulado: "*De un*

nuevo método de tratamiento de las fracturas complicadas, abscesos, etc., con observaciones acerca de las condiciones de la supuración". Esta publicación llamó poderosamente la atención y muchos cirujanos querían conocer mayores detalles, sobre el tratamiento antiséptico. Por insistencia de Syme, uno de los primeros cirujanos ingleses de la época y suegro de Lister, éste presentó un segundo trabajo, a la reunión anual de la Asociación Médica Británica en Dublín, titulado: "*De los principios antisépticos en la práctica quirúrgica*". En él, Lister hace ver el gran cambio que se había producido en sus salas del *Glasgow Royal Infirmary*, con la introducción del procedimiento antiséptico. Mientras que antes había tenido que sentirse frecuentemente avergonzado, al recordar la enorme frecuencia de la gangrena de hospital y piohemia, ahora el carácter de su servicio había cambiado totalmente. En los últimos nueve meses, no había aparecido ningún caso de piohemia, ni de gangrena de hospital, ni de erisipela. Como no le cabía la menor duda acerca de la causa de este brusco cambio, nadie podía negar la enorme importancia de su nuevo tratamiento antiséptico. Y ésta fué reconocida ampliamente en los años siguientes, por muchos cirujanos de todos los países europeos y de Estados Unidos. Pero Lister tuvo también sus enemigos y detractores, y uno de los más poderosos de ellos, fué James Young Simpson, el mismo que en 1847 había recomendado el cloroformo, como anestésico. Atacó a Lister, diciendo que el ácido fénico había sido usado años antes por Lemaire, en Francia, para la curación de las heridas, pero olvidando completamente que no era el ácido fénico lo más importante en la cura antiséptica, sino el *método* de Lister. Su forma primitiva fué, naturalmente, susceptible de mejoramientos y perfecciones. La práctica había demostrado, que un contacto demasiado largo de soluciones muy concentradas de ácido fénico con las heridas, producía frecuentemente una irritación de ellas y de sus alrededores y un aumento de su secreción. Lister le daba, en los primeros años de su práctica antiséptica, una importancia exagerada a la infección por los gérmenes del aire. Para sustraer la herida del contacto de ellos y para impedir, por otro lado, la acción directa y prolongada del ácido fénico sobre ella, ideó su "cura de oclusión". De paso debemos agregar aquí, que en Francia había sido usada ya, la curación algodonada por Guerin, con la cual su autor había querido formar una barrera infranqueable a los gérmenes de la atmósfera, siguiendo las experiencias de Pasteur, que en sus laboratorios había empleado este medio para conservar los líquidos de cultivo. Como lo hemos mencionado ya, entre

nosotros, fué Alfonso Thévenot, el primero en aplicar el algodón a sus heridos, para filtrar y purificar el aire, y los resultados que obtuvo con este apósito de oclusión, en una época en que reinaba la infección purulenta, fueron buenos.

Guerin, en Francia, procuraba con su apósito, impedir que los gérmenes de la atmósfera llegasen a la herida. *Lister se proponía, además, de destruirlos ya antes que llegasen a ella.* Su método, como lo hemos dicho, sufrió varias transformaciones en el transcurso de los primeros años. Describiremos sumariamente, en qué consistía y cómo se practicaba, en los años en que fué introducido a Chile. El principio del método, volvemos a repetirlo, consistía en perseguir a toda costa los gérmenes infecciosos que pueden llegar al enfermo. Por esto, todo lo que se acercaba o ponía directamente en contacto con él, debía estar de antemano sometido a la acción fermenticida del ácido fénico. Conforme a esto, Lister había consignado una serie de preceptos, que debían cumplirse rigurosamente. Después de muchos ensayos, se había decidido por dos soluciones de ácido fénico, una fuerte al 5%, y una más débil al 2.½%. Antes de practicar cualquiera operación, las manos del cirujano y de su ayudante, eran lavadas con la solución débil; las piezas de curación, los instrumentos, las esponjas, etc., se sumergían desde antes de la operación, en la solución fuerte. La piel de la región en que se operaba, debía ser lavada con esa misma solución. Para destruir los gérmenes de la atmósfera, Lister había recurrido a la *pulverización fenicada.* Durante la operación, una nube de vapor fenicado al 2.½%, era proyectada desde un metro de distancia. A veces se empleaban dos pulverizadores, los ayudantes encargados de manejarlos, debían seguir atentamente la maniobra operatoria, para desviar según convenía, el chorro pulverizado, y no mojar o incomodar demasiado al cirujano. Si por algún accidente había que interrumpir la pulverización, se colocaba en el campo operatorio una compresa empapada en agua fenicada al 4%, hasta que empezara de nuevo la pulverización. Una vez terminada la operación, se colocaba un hule de seda sobre la herida; este hule estaba mojado en la solución débil y era tallado un poco más grande que ella. Tenía por objeto, de impedir el contacto directo y prolongado del ácido fénico, encima se colocaban algunas tiras de gasa fenicada, empapada también en ácido fénico, solución débil, y todo se cubría con otra gasa de la misma naturaleza, plegada en ocho dobleces. Entre las dos últimas hojas, se colocaba una tela impermeable, el *mackintosh.* Esta misma curación se seguía en un principio diariamente, pero

estaba dispuesta en tal forma, que no existía la necesidad, cada vez que se cambiaba, de descubrir la herida; bastaba con levantar la parte superior del apósito e impregnar la parte inferior con la solución fenicada, para obtener una acción antiséptica constante sobre la herida. Posteriormente Lister recomendaba, para los casos en que no existía una secreción muy abundante, mantener todo el apósito durante varios días sin cambiarlo, es decir, adoptaba lo que Guerin había recomendado ya en Francia, el apósito por oclusión.

Los resultados que obtenía Lister, eran cada vez mejores. Ya en 1867, empezó a preocuparle otro problema de la mayor importancia para las intervenciones quirúrgicas, el de la *ligadura de los vasos*. Hasta entonces habían sido usados, de preferencia, los hilos de seda impregnados de cera. Como no eran esterilizados, provocaban, naturalmente, de ordinario abundantes supuraciones, con los peligros consecutivos: trombosis y hemorragias postoperatorias. Lister empezó a buscar un material de ligadura, que no presentara estos inconvenientes. Hacía lo que muchos cirujanos antes, desde los tiempos de Ambrosio Paré, habían tratado de obtener. Pero Lister sabía que la primera condición de este material, debía ser su pureza, es decir, no debía estar infestado por microorganismos. Empezó por usar la seda previamente desinfectada en una solución de ácido fénico, y luego el catgut, del cual creía que podía desinfectarse más cuidadosamente. El catgut había sido usado antes de Lister, por muchos cirujanos, pero había sido abandonado. Lister, antes de usarlo, lo mantenía durante algunos meses en una emulsión fenicada especial, y como se trataba de un material que se absorbía con facilidad, hizo una cosa que nadie se había atrevido anteriormente: *una vez hechos los nudos, cortaba las cuerdas al nivel mismo del nudo*. Hasta entonces, la práctica había consistido en hacer el nudo y dejar ambos extremos del hilo de seda, largos, de manera que colgaban fuera de la herida.

Ya al año siguiente, en 1868, el *catgut fenicado* era el material de sutura preferido por muchos cirujanos de varios países europeos. Lister reconoció también, la importancia que tiene el buen drenaje de una herida, para obtener su rápida cicatrización. Ya en 1859, Chassaignac, había usado el tubo de cautchouc, para drenar los abscesos. Lister empezó a usarlo en 1871. Posteriormente empezó a reemplazarlo, en ciertos casos, por el tubo de crin de caballo, que obraba por capilaridad, gracias a los intersticios que quedan entre uno y otro crin, y que tenía

además la ventaja de poder reducirse a un grosor más pequeño, cuando disminuye el derrame del líquido; para esto no había más que sacar uno a uno los crines de que estaba formado dicho tubo.

Así, Lister fué lentamente perfeccionando y simplificando su procedimiento, y a pesar de la insistencia, pero al mismo tiempo también modestia con que exponía sus éxitos cada vez más convincentes, no había sido reconocido todavía, por la mayoría de los cirujanos más prestigiosos de la época. El brusco cambio, tan en pugna con los antiguos conceptos y tradiciones, el mediocre resultado que se había obtenido en otras clínicas con el procedimiento antiséptico mal aplicado, los frecuentes cambios que el mismo Lister le había imprimido, y finalmente, de parte de muchos de sus contemporáneos, la apatía, la ignorancia y la envidia, eran todos factores que explican el atraso con que fueron aceptadas las nuevas teorías de Lister, sobre la infección de las heridas. Era demasiado duro para los viejos cirujanos, dice Sierra, someterse casi como esclavos serviles, a las mil y una exigencias que comportaba la práctica correcta del método listeriano. En Inglaterra y Escocia, muchos de ellos se mostraban francamente hostiles, otros mostraban sólo una gran indiferencia por el procedimiento de Lister. En la vieja *Infirmary* de Edinburgo, todavía en 1876, viejos colegas cirujanos, como Watson y Annandale, no habían aceptado los nuevos preceptos de Lister y Pasteur, y aún muchos años después, cirujanos de la talla de Lawson Tait, de Birmingham, se vanagloriaban de obtener iguales y mejores resultados que Lister, sin recurrir al ácido fénico, sirviéndose exclusivamente de objetos rigurosamente aseados. Reconocemos hoy día, en Lawson Tait, a uno de los precursores de la asepsia, pero en realidad nunca supo comprender la concepción genial de Lister, que hace que todos lo acatemos como uno de los más grandes descubridores. La resistencia que Lister encontró en Francia, fué en un principio aún más grande que en Inglaterra. Francia había sido en los siglos XVIII y XIX, sin lugar a duda, el país de los adelantos quirúrgicos, y los cirujanos franceses no veían por esta razón, con agrado, cualquiera innovación que venía desde fuera. Sin embargo, un cirujano, se convirtió luego en el campeón del procedimiento antiséptico en Francia, Lucas Championniere. Pero fué Alemania, el país en que Lister pudo celebrar sus mayores triunfos. Un cirujano tras otro, aceptaba su procedimiento, uno de los primeros fué Thiersch, quién lo adoptaba apenas Lister lo había dado a conocer, y gracias a esto, ya en 1874

trasplantaba con éxito los injertos que llevan su nombre. Tan estrictamente seguía las instrucciones de Lister, que pudo vanagloriarse que en un año en su servicio, no vió un sólo caso de gangrena de hospital, y sólo uno de piohemia. El gran cirujano Volkmann, usó el tratamiento antiséptico, por primera vez, en 1872, y desde entonces fué uno de los más entusiastas defensores de Lister. Envió sucesivamente a sus asistentes Gussenbauer, Woelfler y Mikulicz, a estudiar al lado del mismo Lister, y decidió a su amigo Billroth, a que estudiara y practicara el método. Esmarch, Trendelenburg, Nussbaum, fueron otros que redujeron rápidamente la mortalidad en sus salas, nada más que adoptando el método antiséptico. Con algunos años de retraso, pasaba un fenómeno parecido en los demás países europeos y en Estados Unidos, donde la teoría microbiana fué aceptada sólo después de cierta resistencia. En todas partes aparecían apóstoles, que predicaban las doctrinas del maestro de Escocia.

El mismo año en que Lister se retiraba de la enseñanza del King's College, 1892, Pasteur celebraba su 70.° cumpleaños. Aquella memorable fecha fué celebrada en la Sorbonne y ha quedado inmortalizada en el cuadro de Rixens, que decora el auditorio de la Facultad de Ciencias de París. Lord Lister abraza a Pasteur, ya muy achacoso y apoyado en el brazo del Presidente de la República, Mr. Carnot, pronuncia las siguientes palabras, que sintetizan la trascendencia de la obra de la figura más destacada científica mundial: "Realmente, en el mundo entero no existe nadie a quién la Ciencia Médica deba tanto como a Ud. Debido a Ud., la cirugía ha realizado una revolución completa". Uno de los testigos presenciales de este legendario abrazo, fué Lucas Sierra, que en aquellos años hacía su primer viaje de estudios por los países de Europa.

Se ha dicho que existen solamente dos períodos en la historia de la cirugía, antes y después de Pasteur y Lister. En realidad, la revolución científica operada después del advenimiento de los descubrimientos de estos dos genios, permitió realizar en 25 años, mayores progresos que los que se habían obtenido en todos los siglos anteriores. Hemos tratado en un capítulo anterior, de exponer cuáles eran las condiciones que reinaban en nuestros hospitales, en el siglo pasado antes de la introducción del procedimiento de Lister para la curación de las heridas, a nuestro país. Y estas condiciones que convertían a los hospitales, frecuentemente, en lugares de espanto, no sólo se observaban en

Chile, eran universales. A mediados del siglo pasado, un cirujano escocés había calificado a los hospitales, de casas de muerte, y el mismo Lister dijo, que eran poco menos que albergue de plagas. A veces la podredumbre de hospital y la infección purulenta, diezmaban a los enfermos, en tal forma, que más de una vez los pabellones y aun los hospitales enteros, debían cerrar sus puertas esperando que la mala racha terminara. El célebre cirujano alemán, Volkmann, como hemos visto uno de los entusiastas admiradores de Lister, desde un principio, desesperado por sus continuos fracasos operatorios y por las condiciones higiénicas de su hospital en que practicaba en Halle, había pedido la clausura de él, en 1871. Solamente por cumplir con su deber, pero sin ninguna esperanza, empezó a ensayar el procedimiento de Lister, en 1872. Pero los resultados que obtuvo inmediatamente, siguiendo rigurosamente las instrucciones del cirujano de Glasgow, fueron tan inesperados y halagadores, que no volvió a abandonarlo nunca más. Lister había consagrado su atención, primeramente, en las fracturas complicadas de los miembros inferiores, cuya mortalidad era tan espantosa, que James Syme, su suegro y uno de los más famosos cirujanos de su tiempo, había llegado a decirle que sería preferible, en toda fractura complicada de los miembros inferiores, proceder inmediatamente a practicar la amputación de la pierna, sin hacer tentativa alguna de conservación. Tal era, en realidad, el estado de la cirugía en aquellos años; los traumatismos graves, no tenían más tratamiento que las amputaciones de regla. En la guerra del 70/71, fallecían el 70% de los heridos, de gangrena hospitalaria y septicemia. Según Lécene, todos los operados de resecciones articulares de esta guerra, en la ambulancia de Orleans fallecieron. Pero aun para pequeñas intervenciones, la palabra seguridad era singularmente inaplicable en la práctica de la cirugía. Los cirujanos podían perder sus operados, por lesiones aparentemente benignas. La ablación de un seno, de un quiste sebáceo, de una uña encarnada, era en esa época, tan temible como una gran amputación. Todo estaba infestado, las manos del cirujano, los instrumentos, las esponjas, las hilas, etc., infectados, según Delbet, con microbios entrenados desde largo tiempo en la lucha victoriosa en contra del hombre. Se había realizado, sin saberlo, la experiencia del propio Pasteur, que consistía en exaltar la virulencia de los gérmenes de una especie, haciéndolos pasar por varios individuos de la misma especie.

Y si estas condiciones reinaban en los hospitales de las capitales, según Doyen, en las provincias eran más terribles todavía, adonde gra-

cias a la rutina hospitalaria, las complicaciones infecciosas de las heridas, se manifestaban bajo todas sus formas y más virulentas. Sir James Simpson, el descubridor del poder anestésico del cloroformo, había asegurado, que el hombre colocado sobre una mesa de operaciones estaba más expuesto a la muerte, que un soldado británico en el campo de batalla de Waterloo. Para nosotros es casi imposible, a pesar de todos estos documentos de aquella época, concebir cuán grandes eran los horrores de la cirugía de hace un siglo. El número de operaciones que se efectuaban era, necesariamente muy reducido, por la gran mortalidad y el terror que involucraban. La cirugía que podríamos llamar periférica, era la única que se practicaba, en tanto que la profunda, la que tocaba a las serosas sobre todo al peritoneo, parecía una aberración. Un cirujano inglés, John Erichson, decía en 1873, que la cirugía no podía ya avanzar más. Habrá partes del cuerpo humano, decía, que serán siempre sagradas para el cirujano, el abdomen, el tórax, el cerebro, nunca estarán al alcance de él. Y este era el pensar de la mayoría de los cirujanos. Una laparatomía debía clasificarse, según uno de ellos, entre los métodos de un verdugo. Y falsos profetas como ellos, abundaban en todas partes. Mc. Dowell, de Kentucky, había practicado deliberadamente en medio de un mundo hostil, en 1809, la primera ovariotomía; fué criticado duramente, y una revista americana de cirugía, dijo editorialmente en 1825, que a pesar de todo lo que se había escrito sobre esta cruel operación, no podían creer de ninguna manera que jamás había sido efectuada con éxito, ni creer que jamás se ejecutará. Todavía en 1857, Velpeau rechazaba la ovariotomía, y decía que no puede disculparse a un médico, que se hace el instrumento de semejante suicidio involuntario. También en los hospitales de Londres, se prohibió seguir practicando la ovariotomía, como la había proscrito Velpeau, à pesar de los buenos resultados que se habían obtenido ya en algunos pocos casos. Todo esto cambió bruscamente, con el advenimiento de los nuevos conceptos de Pasteur y de Lister; la cirugía sufrió una revolución completa, que rápidamente había de extenderse por el mundo entero. Para conocer este cambio, basta echar una mirada sobre el mismo hospital en que había trabajado Lister. En los doce años antes de la introducción de la anestesia, solamente el once por ciento de los enfermos de las salas quirúrgicas, se consideraban aptos para una intervención, y ésta consistía en una amputación, cinco veces de cada diez casos. Doce años después de la introducción de la antisepsia, 34% de estos enfermos, fueron operados, y la amputación se efectuaba nada más

que dos veces en cada diez casos. El aumento del número de las operaciones, se desprende también del antiguo *Glasgow Royal Infirmary*. En 1873, el número de operaciones era todavía menos de 400 en un año, en 1898, en cambio, habían sido ejecutadas ya más de 2,000 intervenciones quirúrgicas. Y este cambio se observaba, en todos los hospitales de todos los países civilizados. Todas las formidables y mortíferas complicaciones de las heridas, desaparecieron rápidamente o se redujeron a proporciones insignificantes. En los grandes hospitales, se practicaban a diario operaciones más y más audaces; la cavidad abdominal, torácica y craneana, fué abordada con éxito siempre creciente, y a fines del siglo pasado, quedaban muy pocos órganos que no habían sido atacados por el cirujano. El corazón queda nada más que a dos pulgadas de la superficie del tórax, y sin embargo, el bisturí demoró dos mil años para recorrer esta distancia. Goethe, dijo: "un corazón herido, sólo puede curarse con dificultad"; lo había dicho en forma figurativa, pero ya en 1896, se practicaba por Farina, en Italia, la primera sutura de un corazón herido.

La introducción de la antisepsia, significó, naturalmente también, una transformación inmensa en la ginecología y la obstetricia, que no habían salido todavía del rango secundario en que se mantenían. Las maternidades ofrecían, por épocas, tan alta mortalidad de las asiladas, que en muchos países se había pedido la supresión de ellas. También en Chile, en 1876, el profesor Adolfo Murillo, se vió en la necesidad de cerrar la Maternidad, por algún tiempo, porque todas las enfermas tenían fiebre puerperal, de las que muy pocas escaparon con vida. "La maternidad en esa época", —escribe el profesor Caupolicán Pardo— "era considerada casi como una antesala del cementerio; asistir al " servicio, practicar en él, eran motivos suficientes para ahuyentar la " clientela civil". En París, hasta 1876, no había sido ejecutada una sola operación cesárea coronada de éxito; y en un Manual de Partos, español del año 1871, por tanto, poco antes de la introducción de la antisepsia en España, se dice que, por cada operación cesárea feliz, hay sesenta muertes.

Las ideas de Lister, tardaron también mucho, antes de vencer la resistencia de los comadrones. Muchos se satisficieron en el comienzo, al igual de muchos cirujanos, con una burda imitación de sus principios, y los resultados no podían, por lo tanto, compararse con los de

Lister o de sus verdaderos discípulos. Leemos en "La historia de la obstetricia y de la ginecología en España", de Usandizaga:

"Así Campá, catedrático de Obstetricia en Valencia, en la segunda " edición de su libro de partos (1885) —bueno por muchos conceptos " — incluye un excelente y extenso capítulo destinado a estudiar los " entonces muy recientes avances en bacteriología y su aplicación a " las infecciones puerperales, pero al describir las operaciones obsté- " tricas, no menciona ninguna de las más elementales precauciones de " antisepsia o asepsia. Es más, al hablar de las aplicaciones del forceps, " dice que no debe decírsele a la parturienta que se va a intervenir, " para no asustarla: "los preparativos los hará el profesor fuera del " aposento en que deba operar, o por lo menos, fuera del alcance de " la vista de la enferma, y al acercarse a la cama, debe llevar las ramas " del forceps desarmado, escondidas dentro de la manga de su traje. " Luego las saca con disimulo y las coloca entre los colchones de la " cama, al alcance de su mano y de manera que cada rama corres- " ponda frente a la mano que debe manejarla"... Ahora bien, para la " cesárea ya aconseja el método antiséptico de Lister".

CAPITULO V

LA INTRODUCCION DE LA ANTISEPSIA EN CHILE.

"Costó mucho convencer a la gente, de la existencia de los microbios, como no los veían y nosotros los jóvenes los veíamos en todas partes, nos creían perturbados, alucinados".

Francisco Puelma Tupper.

La primera vez que se hace mención del método de curación de Lister en nuestra literatura, es en 1873, año en el cual Elías Fernández Frías, alumno de Alfonso Thévenot, se ocupa de ella, aunque en forma muy superficial, en su tesis para optar al grado de licenciado. En un buen trabajo, *"Del algodón como agente terapéutico-quirúrgico"*, que mereció los honores de su publicación en los Anales de la Universidad del mismo año, su autor se ocupa de las tendencias "modernas" para preservar las heridas de las influencias deletéreas cuyo germen está en el aire, y apresurar su cicatrización. A Alfonso Guerin, cirujano francés, inspirado por las experiencias de Pasteur, pertenece la gloria de haber aplicado por primera vez el algodón a sus heridos y amputados, en una época en que se veía con gran dolor sucumbir a la infección purulenta, a casi todos los heridos de la guerra que sostenía Francia con Alemania. Lo había hecho con la idea deliberada de que el aire llegara a las heridas, en forma puro y filtrado "despojado de sus gérmenes y miasmas destructores", tal como Pasteur ponía a cubierto de fermentaciones, cualquiera de sus infusiones orgánicas. Hemos mencionado ya en la pág. 61, que Thévenot introdujo esta cura de oclusión, en su servicio quirúrgico del Hospital San Juan de Dios y que los resultados fueron muy halagadores, precisamente en una época en que reinaba una terrible epidemia de gangrena de hospital e infección purulenta. Pero el procedimiento empleado por Thévenot había sido mixto,

de Lister, cuyos trabajos también menciona Fernández Frías, había tomado el empleo del ácido fénico como antipútrido asociado al alcohol o a la glicerina. El mal olor, a veces insoportable, que se producía a consecuencia de la putrefacción de los líquidos trasudados en una curación que no se cambiaba durante muchos días, se neutralizaba rociándola con una solución fenicada o espolvoreándola con alcanfor. Las ideas de Lister no habían sido bien comprendidas todavía, pero el autor ya dice que entre ambos métodos existía una diferencia bien clara; Lister había recomendado también el algodón, como Guerin, pero con el objeto no de filtrar el aire, que era en lo que estaba basado principalmente el procedimiento del cirujano francés, sino de mantener una atmósfera antiséptica alrededor de la herida, con el ácido fénico.

Es necesario llegar a 1879, para encontrar las primeras publicaciones en nuestra Revista Médica, sobre cirugía antiséptica. En un comentario que hace la Comisión editora sobre un artículo aparecido en un periódico parisiense "Le Practicien", el médico chileno puede por primera vez imponerse a través de una revista nacional, de lo que era y perseguía la curación de Lister. "Quedaría del todo sorprendido el médico", decía el periódico francés, "que, residiendo más de diez años " en provincia, tuviese la saludable curiosidad de venir a visitar nues- " tros hospitales y sus salas de cirugía. En la mayor parte de éstas, " no vería las curaciones de cerato que tanto usábamos; las antiguas " hilas están casi abandonadas, el alcohol mismo en decadencia, sólo " el ácido fénico reina en todas partes como señor...La nueva gene- " ración quirúrgica, sin piedad alguna por la tradición, no opera, no " cura, no vive más que con el ácido fénico, y la confianza que " le inspiran los procedimientos del método antiséptico es tal, que " los más jóvenes no retroceden ante las dificultades quirúrgicas que " todavía amedrentan a sus maestros".

"Hemos tenido el honor de servir de interno a Maisonneuve, que " no era considerado ciertamente como un hombre tímido y cuyo " recuerdo durará siempre en la memoria de los que le conocieron; pero " debemos confesar que la audacia de nuestro antiguo maestro no llega " a la altura de la práctica diaria, por decirlo así, de cierto número " de cirujanos de la nueva escuela. Así, en la última semana presen- " ciamos una abertura de la articulación de la rodilla, que el doctor " Périer practicaba a causa de una antigua hidrartrosis; los dedos del " cirujano se paseaban tranquilamente en la cavidad articular, explo- " rándola por todas partes como si se tratara de la cosa más sencilla

" del mundo. ¡Y el peritoneo! ¡Qué terror nos inspiraba! Hoy día
" se le trata sin cuidado, la gran serosa está humillada, la abertura
" de la pared abdominal se hace sin más ceremonia que la que en otro
" tiempo se empleaba para abrir un absceso; no se discute ya el valor
" relativo de la embriotomía, y el de la operación cesárea, se porrotisa
" a las mujeres de pelvis contrahecha; del mismo corte se saca del
" abdomen al niño vivo y al útero, que no es más que un objeto de
" lujo peligroso; y todo esto con felicidad".

En realidad, la operación propuesta por Porro de Pavia, en 1876, y que consistía en la extirpación del útero después de la cesárea, a fin de evitar la gran mortalidad por infección, había sido recibida con mucho entusiasmo, por la gran inseguridad y alta mortalidad de los métodos conservadores.

En 1879 se fundaba en Santiago el hospital de sangre "Domingo Matte", donado por la familia Matte, con el objeto de suministrar auxilios a los numerosos heridos de guerra que venían del Norte. Estaba situado este establecimiento, en el barrio sureste de la población, en la calle de Lira esquina de Santa Isabel; era un edificio espacioso para aquella época, con sus salas aseadas y bien ventiladas. Podía contener 54 enfermos, con comodidad, y en caso de necesidad, este número podía elevarse a 64, y aún más. *Fué en este hospital donde se puso en práctica, por primera vez en Chile, por los jóvenes médicos Manuel Barros Borgoño, Francisco Puelma Tupper, Vicente Izquierdo y Máximo Cienfuegos, el tratamiento antiséptico de Lister.* Todos ellos recién habían visitado las universidades europeas y habían tenido ocasión de comprobar, en la mayoría de las grandes clínicas de Inglaterra, Francia y Alemania, donde el procedimiento de Lister había sido reconocido y aceptado en forma amplia, sus grandes ventajas sobre los procedimientos antiguos de curación y sus hermosos triunfos. La influencia que tuvieron estos médicos que habían sido enviados a Europa por el Supremo Gobierno a perfeccionar sus estudios, en la evolución y el progreso de la Medicina y en especial de la Cirugía en Chile, fué naturalmente trascendental. Lister había hecho su primera publicación en 1867; su procedimiento estaba, por lo tanto, ya en uso casi doce años, y había sufrido varias transformaciones durante este tiempo, antes de llegar a establecerse entre nosotros.

Como dato comparativo diremos, que en la Argentina la antisepsia fué introducida por Manuel Augusto Montes de Oca, en 1875.

Preocupado por la mortalidad que provocaban la gangrena y las infecciones piógenas, Montes de Oca escribió estas palabras proféticas: "Hay algo que nos rodea o que está en nuestras mismas manos y que " causa tan terrible complicación de las heridas; felizmente no puede " tardar en ser descubierto. Una vez que lo hayamos conseguido y " evitemos esta complicación, la cirugía realizará enormes progresos". Acusaba al Hospital General de Hombres de ser el foco de la erisipela, de la piohemia y de la podredumbre. (Cit. por Ivanissevich). Entreviendo el peligro, abogó por "la demolición del viejo nosocomio " en nombre de la humanidad, como los republicanos de Francia " habían demolido la Bastilla en nombre de la libertad". Era la suerte que pedían muchos médicos entre nosotros, como ya lo hemos mencionado, para nuestro viejo Hospital San Juan de Dios. Pero tampoco en la Argentina se logró obtener resultados satisfactorios con la curación de Lister, desde el primer momento de su aplicación. Al contrario, al cabo de corto tiempo hubo que renunciar a ella, por lo infructuoso de sus resultados. (Cit. por Ivanissevich). Solamente en 1886, Ignacio Pirovano dió a conocer los resultados por demás satisfactorios que había obtenido en sus intervenciones con el método antiséptico bien aplicado, con su "cirugía acuática", como había dicho un médico argentino al describir la sala de operaciones en que trabajaba Pirovano.

Como en Europa, también en Chile encontró sus detractores. "Costó mucho", cuenta Francisco Puelma Tupper, "convencer a la " gente de la existencia de los microbios, como no los veían, y nosotros " los jóvenes los veíamos en todas partes, nos creían perturbados, " alucinados". En 1879, Puelma Tupper fué caricaturado matando con una escopeta, microbios a diestra y siniestra. Pero también los mismos profesores de Santiago, se burlaban del nuevo procedimiento tan aparatoso, y sobre todo de las pulverizaciones de ácido fénico con que se impregnaba la atmósfera al hacer las curaciones. Criticaban su olor, su acción irritante sobre las heridas y la piel, su infidelidad como antiséptico y sobre todo su acción tóxica. En realidad habían sido observados algunos casos de intoxicación por el ácido fénico, tanto entre los enfermos como entre los cirujanos. Los intoxicados se quejaban de mareos, cefaleas, a veces vómitos, las orinas tomaban un color negro, y en los casos más graves aparecían los síntomas propios de la nefritis. Pero en cambio, ahí estaban las estadísticas de las operaciones, que demostraban hasta la evidencia, los enormes beneficios de la curación de Lister. Ya en 1879, cuando recién empezaba a practicarse en el

hospital de sangre "Domingo Matte", nuestra Revista Médica exige editorialmente su introducción a todos los hospitales de Santiago. "Nada " más admirable ni portentoso", decía, "que los prodigios llevados a " cabo en la cirugía, por medio de este método tan eficaz y tan sencillo, " y sin embargo tan poco practicado en Chile". Pedía a los médicos, que instiguen a los administradores de los hospitales de Santiago, que desconocían los beneficios que produce este magnífico método, para que consigan los útiles para esta curación. Pero éstos eran caros y los administradores no parecen haber estado muy convencidos de las ventajas de su adquisición, porque todavía en 1882 y 1883, existían algunos hospitales en la capital en los cuales no se había adoptado la curación listeriana. En la gran mayoría de los hospitales de provincia, nunca se llegó a practicar en la forma como lo había indicado Lister; en ellos se pasó en realidad de los métodos antiguos de curación de las heridas y a través de un corto período de antisepsia mal aplicada, a la asepsia que hoy domina en todos los hospitales del mundo. Manuel J. Barrenechea, posteriormente, un reputado oftalmólogo, residente en Antofagasta, fué alumno y luego ayudante del profesor Barros Borgoño, en el hospital de sangre "Domingo Matte". Allí conoció los detalles del nuevo método de curación antiséptica, y fué también uno de los primeros en dar a conocer los resultados que se habían obtenido en Chile, en los primeros años con él. En la Revista Médica de los años 1882/83, encontramos publicada su memoria de prueba: *"Ligera reseña sobre la curación de las heridas, según el método antiséptico de Lister"*. Este existía ya en varios de los hospitales de Santiago, pero aún no se habían llevado a cabo estadísticas exactas. Sin embargo, según Barrenechea, los resultados obtenidos, por sí solos bastaban para llevar el convencimiento al ánimo de los que no quieren reconocer la verdad de las teorías de Lister. Se le había hecho muchos reproches al método, pero Barrenechea los refuta, como también la objeción más poderosa que hacían los adversarios de la curación antiséptica y que sería el costo de los materiales que en ella se emplean, y que su instalación en los hospitales, aumentarían considerablemente los gastos de él. Citando a Nussbaum, que había sido uno de los primeros en aceptar en Alemania el procedimiento de Lister, y que también había tenido que refutar estas mismas objeciones, dice: "La curación fenicada " para la amputación de un muslo, cuesta 50 centavos. Un amputado " no permanece nunca más de 30 o 40 días en el hospital, con la " nueva curación. Generalmente se hacen 4 o 5 curaciones, raras

" veces 7 a 8. El mantenimiento de un enfermo, cuesta al hospital 50
" centavos. De esta manera tenemos:

40 días de mantención a 50 centavos	$ 20.—
8 curaciones a 50 centavos	4.—
	$ 24.—

"Por el antiguo método cuesta actualmente, sin tomar en cuenta las
" curaciones ni las medicinas que se emplean durante una permanencia
" de 180 días. 180 × 50 = $ 90.—. Habría por consiguiente por
" cada operado, una economía mínima de $ 66.—, es decir, cerca de
" la cantidad necesaria para mantener tres amputados más". Hay que recordar que Barrenechea hacía esta exposición, en época de la guerra del 79, después de los combates de Chorrillos y Miraflores, cuando recién había llegado una remesa de heridos al hospital "Domingo Matte". Termina su memoria, diciendo: "El método antiséptico de Lister, para
" la curación de las heridas, es el mejor de los conocidos hasta ahora,
" y el que debe emplearse en todo caso. Su institución en todos nues-
" tros hospitales, es fácil y en extremo ventajosa".

¿Y cuáles fueron los resultados de su implantación en nuestros hospitales?. Hemos mencionado ya, que la mortalidad de los heridos de la guerra del Pacífico que sucumbían a las complicaciones infecciosas, fué espantosa, y que ellos fueron los primeros beneficiados con el nuevo tratamiento antiséptico. Rápidamente cambió el pronóstico, aun en los traumatismos más graves, para los cuales hasta entonces existía un solo tratamiento, la amputación de regla. No hubo que lamentar ya, como había sucedido en el primer año de la guerra, la pérdida, no sólo de tantas vidas sino también de miembros, en los gloriosos soldados que eran transportados del Norte a la Capital o a Valparaíso. Muy distinta fué, también, la suerte corrida a los heridos de la guerra civil de 1891; esto se desprende de una estadística del Hospital de San Vicente de Paul, publicada en forma de un cuadro sinóptico, por Germán Valenzuela Basterrica, al año siguiente:

Heridos de Pozo Almonte, Concón y Placilla, ingresados a ese establecimiento	1993
Salidos de alta	1893
Fallecidos	15
Existencia el 1.° de Enero de 1892	85

A este cuadro, Valenzuela Basterrica agrega algunos datos personales sobre 300 heridos atendidos por él, personalmente, o por Ventura Carvallo, de los cuales sólo en dos casos hubo necesidad de practicar una amputación, ambas del muslo. En cambio, ya se hacían numerosas resecciones y artrotomías, que ordinariamente curaban bien.

Manuel Barros Borgoño se había hecho cargo de la nueva cátedra de clínica quirúrgica, en 1882, y desde el primer momento empezó a enseñar la aplicación del método antiséptico. En sus magníficos *"25 años de cirugía abdominal en Chile"*, Luis Vargas Salcedo invoca el testimonio de algunos médicos de aquellos años, para recordar las condiciones como se asistía a los heridos, en las salas de cirugía de los hospitales de San Juan de Dios y de San Borja, a fin de apreciar la evolución y el progreso y reproducir con fidelidad el ambiente quirúrgico de aquellos años. Transcribe, también, el testimonio del doctor Manuel J. Barrenechea, ex ayudante del profesor Barros Borgoño, que al referirse a la cirugía antes de 1883, decía así: "sobre cirugía " abdominal en Chile, puedo decir terminantemente que antes de 1882, " no hay absolutamente nada; la razón es fácil de comprender; todos " los operados, casi sin excepción, morían de infección purulenta..." Y más adelante, dice en su comunicación: "Ud. comprenderá la enorme " impresión que me produjo el cambio tan considerable en el trata- " miento de las heridas... La cirugía abdominal no podía existir, " no había por aquel entonces ningún cirujano que tuviera el atrevi- " miento de abrir el abdomen, y puedo asegurarle, que hasta ese mo- " mento llega el antiguo período de la cirugía en Chile. Poco tiempo " después, el Presidente Santa María reorganizó la enseñanza de la " medicina en Chile y dividió la clase de cirugía y clínica quirúrgica, " en dos cátedras, quedando una a cargo del doctor Ventura Carvallo " Elizalde, y la otra, de don Manuel Barros Borgoño. El doctor Barros " Borgoño abrió su clase, el 25 de Junio de 1882. Los acompañé desde " ese momento, en calidad de ayudante. En la clínica del profesor " Barros Borgoño, se puso en práctica, desde el primer momento, la " curación antiséptica, y el más brillante éxito coronó su obra: des- " aparecía como por encanto, la infección purulenta de las heridas. " Entonces adquirió la Clínica Quirúrgica, una importancia extraordi- " naria, los médicos y estudiantes asistían con frecuencia al auditorio, " y en esos casos el pequeño Pabellón de Operaciones se hacía estrecho, " para contener el crecido número de visitantes".

Ese había sido el resultado práctico de los descubrimientos de Pasteur y de Lister; un auge inesperado de la ciencia quirúrgica y los rápidos progresos de aquella época, no dejaron tampoco de hacerse sentir a los pocos años en Chile. Todos los órganos de nuestro organismo, fueron abordados con éxito siempre creciente, y a fines del siglo pasado quedaban ya muy pocos que habían escapado de ser atacados por el cirujano. Todavía en 1878, Verneuil había dicho en forma espiritual, que no se había logrado todavía cortar impunemente el hígado, el estómago o el bulbo raquídeo, pero era necesario no tener entendimiento o cerrar voluntariamente los ojos, para no renonocer los grandes progresos que ha permitido hacer a la cirugía el empleo de los procedimientos antisépticos. No era posible, naturalmente, que los conceptos anticuados que reinaban todavía entre nosotros, cediesen rápidamente a las nuevas teorías y métodos quirúrgicos. Ya hemos dicho que en el primer decenio de la Revista Médica, 1872/1882, prácticamente no se registran operaciones abdominales; ya se abrían por regla los abscesos hepáticos, se ejecutaban amputaciones de la mama, naturalmente sin vaciamiento de la axila, se hacían amputaciones, etc,. pero los órganos internos estaban vedados a la mano del cirujano. La patología abdominal, era casi totalmente desconocida; indistintamente se llamaba con el nombre de cólico, a cualquiera afección dolorosa, ya fuera provocada por un cálculo biliar, renal o una apendicitis aguda. Si el enfermo moría, había muerto de un cólico, mayores detalles no se exigían. En el segundo decenio de la Revista Médica (1882/1892), en cambio, las descripciones de operaciones abdominales ya no son escasas, sobre todo las operaciones ginecológicas, se ejecutan ya en forma muy frecuente y con resultados excelentes. Una colaboración de Germán Valenzuela Basterrica, aparecida en 1892 en nuestra Revista Médica, nos facilita mucho el estudio sobre los progresos realizados por la cirugía en los hospitales de Santiago, entre los años 1882, en que había sido introducida la antisepsia, y 1892. Los doctores Barros Borgoño y Ventura Carvallo, que habían tomado a su cargo las clínicas quirúrgicas, dieron un gran impulso a la cirugía, emprendiendo las más grandes operaciones que antes de la implantación de los procedimientos antisépticos hubiesen sido tildadas de absurdas o criminales. En el hospital de San Borja, los doctores Moericke, Koerner y San Cristóbal, practicaban constantemente laparatomías, sobre todo las variadas operaciones de la ginecología. Valenzuela Basterrica, recuerda respetuosamente de una época anterior a los distinguidos cirujanos que habían

alcanzado justo renombre, Lorenzo Sazie, Alfonso Thévenot, José Joaquín Aguirre y Allende Padín, todos excelentes operadores, pero cuyo éxito que habían obtenido en sus intervenciones quirúrgicas, no había correspondido a su habilidad operatoria, porque habían carecido del conocimiento de las causas que perturbaban o impedían el proceso de cicatrización de las heridas, es decir, ignoraban aún la etiología microbiana de las enfermedades.

De una corta reseña con la nómina de algunas de las principales operaciones ejecutadas en aquellos años por los doctores Barros Borgoño, Charlín, San Cristóbal, Koerner y Moericke, transcribimos lo siguiente: Barros Borgoño había ejecutado varias nefrectomías y nefrotomías, algunas con éxito, tallas hipogástricas, varias curas radicales por hernia y muchas intervenciones no abdominales, como resecciones de rodilla, etc., y una extirpación de bocio. Charlín había ejecutado ya 7 laparatomías, 6 ovariotomías, entre ellas una por hidátide supurada, 1 nefrectomía, algunas tallas hipogástricas, 3 trepanaciones craneanas y 3 extirpaciones de bocio. San Cristóbal contaba entre sus operaciones, 27 laparatomías, 8 ovariotomías, 6 estrangulaciones intestinales con 4 curaciones, 3 miomectomías con 3 curaciones, 1 histerectomía abdominal, 1 esplenectomía con muerte del enfermo, 6 histerectomías vaginales, 1 nefrectomía por tuberculosis, etc. Koerner había ejecutado 20 laparatomías, 13 ovariotomías con 9 curaciones, 7 miomectomías con 4 curaciones, 18 histerectomías vaginales. Valenzuela Basterrica dice en esta parte de su exposición, que Koerner había operado recientemente dos fibromiomas uterinos, en una señora embarazada de cuatro meses, y que se había obtenido una curación por primera intención y que se esperaba un parto de término. Según la autorizada palabra de Moericke, sólo se conocían seis casos de esta clase de operados con éxito en el mundo médico. Moericke había ejecutado 14 laparatomías, 10 ovariotomías, 3 castraciones, 1 laparatomía por embarazo extrauterino. Termina Valenzuela Basterrica, enumerando algunos de los más destacados cirujanos jóvenes de la capital, de los cuales mucho se esperaba, y menciona a Cornelio Guzmán, Waldo Silva Palma, Luis Avalos, Emilio Petit, Lucas Sierra, Guillermo Cordero y Javier Grez. Vemos que la cirugía había cambiado totalmente de aspecto; los cirujanos habían perdido el miedo que hasta entonces sintieran por la cavidad abdominal.

CAPITULO VI

DE LA ANTISEPSIA A LA ASEPSIA

El tratamiento de las heridas había entrado a una nueva fase, en 1887, con las investigaciones de Roberto Koch, sobre la etiología de las enfermedades infecciosas de las heridas. Conviene recordar, para demostrar la importancia de los descubrimientos de Koch, que en aquella época no se aceptaba todavía, la existencia de razas bacterianas bien caracterizadas. Naegelí, un conocido botánico de Munich, escribía, en 1877, que la fría reflexión fisiológica, tenía que considerar como cosa casi fantástica e ingenua, la teoría de los gérmenes patógenos *específicos*. Koch, creó el método tan genial como simple, del cultivo en medios sólidos o solidificables. Por medio de sus cultivos, pudo aislar especies determinadas de una mezcla de bacterias, y estudiar sus condiciones biológicas. Koch había recomendado, como uno de los antisépticos más poderosos, el sublimado, cuyo uso fué extendiéndose rápidamente, porque cirujanos de la talla de Kümmel, v. Bergmann, Schede y otros, empezaron a darle la preferencia sobre todos los demás antisépticos en uso. Billroth, había tratado en vano, durante años, de aislar los microorganismos de las heridas infectadas, pero como no conocía los métodos de cultivo ni de colaboración, tuvo que fracasar. Pero lo que no pudo hacer Billroth y tantos otros investigadores, lo logró Koch, con sus nuevos medios de cultivo; a él y sus alumnos, debemos el conocimiento de los microbios causantes de las infecciones de las heridas. Fehleisen pudo reconocer, en 1883, el *estreptococo erisipelatoso;* Rosenbach, al año siguiente, el *estafilococo piógeno* y el *estreptococo piógeno,* y Nicolaier, en 1885, el *bacilo del tétanos.*

A Neuber, cirujano de Kiel, corresponde incuestionablemente el mérito de haber abandonado en su práctica quirúrgica, años antes que otros siguieran su ejemplo (1883), en forma deliberada, los antisépticos y reemplazarlos nada más que por un procedimiento físico, la *ebullición*

Siguiendo siempre el principio de Lister, de evitar la contaminación de las heridas, por los microbios, siguió un camino distinto, obteniendo desde el principio, los mismos o mejores resultados. Todo lo que podía llegar en contacto con la herida operatoria, la ropa, los instrumentos, las esponjas, etc., etc., todo lo hervía, como también la solución de suero fisiológico con que irrigaba las heridas. Sus resultados fueron tan brillantes, que pronto muchos cirujanos, sobre todo alemanes, adoptaron su misma técnica. Para comprender la importancia de este paso dado por Neuber, en la evolución de la antisepsia hacia la asepsia, debemos recordar que en 1885, Lister, todavía operaba envuelto en una nube fenicada y con todos los cuidados antisépticos que él mismo había establecido años antes; que von Bergmann, uno de los precursores de la asepsia, en Alemania, usaba todavía, en 1889, la desinfección química de las heridas operatorias, y que Kocher, aún seguía fiel a algunas de las prácticas antisépticas, en 1894. Como lo hemos dicho ya, el período de la curación antiséptica, propiamente tal, se inicia entre nosotros alrededor de 1881, y dura más o menos hasta 1900, año en que en algunos hospitales se inicia la era aséptica.

Ya algunos años antes al del Congreso de Berlín, en que Lister comunicaba sus nuevas investigaciones sobre la antisepsia y donde, fiel a sus principios, recomendaba a los cirujanos, nuevos antisépticos, en particular el cianuro de zinc, existían señaladas tendencias de otros cirujanos, tanto en Inglaterra misma, como en Francia y Alemania, que buscaban substituir los antisépticos por la asepsia quirúrgica. El uso del ácido fénico, había sido reconocido como perjudicial, tanto para el enfermo, como también con frecuencia para el operador y sus ayudantes. También el sublimado en la solución al milésimo, que había sido recomendado por Koch, como el mejor antiséptico, producía tantos fenómenos secundarios desagradables y perjudiciales, que pronto fué abandonado. Y así sucedió con muchas soluciones antisépticas más, que todas eran más o menos tóxicas. Así nació el esfuerzo de los cirujanos de aquellos años, y particularmente de los ginecólogos, para transformar totalmente el "modus faciendi" de la práctica antiséptica. En Inglaterra, esta tendencia fué sobre todo marcada en el *Samaritan Hospital* de Londres, donde el doctor G. Bantock usaba, en vez de las soluciones antisépticas, nada más que agua hervida durante las operaciones; lo mismo había sido recomendado ya por Lawson Tait, quién había sido un hábil y formidable contradictor de las ideas listerianas, y exigía, ante todo, una rigurosa limpieza durante las intervenciones.

A él corresponde el mérito, en Inglaterra, de haber sido uno de los primeros en abandonar la idea de que los antisépticos eran necesarios en el tratamiento de las heridas (1880). Pero no bastaba la sola limpieza. Desde las investigaciones de Koch, se conocían ya las grandes dificultades con que se tropezaba para producir una verdadera desinfección, nada más que por medio de soluciones antisépticas. Más y más empezó a reconocerse, que el peligro de la infección de las heridas no radicaba tanto en los microbios que contenía el aire, como lo había enseñado Lister, sino que sobre todo en el contacto con los objetos infectados (manos del operador, instrumentos, material de curación, etc.), y los cirujanos y ginecólogos, se vieron obligados a desenterrar las ideas que Semmelweis había preconizado más de un cuarto de siglo antes. Pero esta transformación de la cirugía antiséptica a la cirugía aséptica, no se produjo, naturalmente, en forma brusca, sino lentamente en el curso de varios años. Cuando un cirujano utilizaba el método antiséptico en todo su rigor, tal como lo había preconizado Lister, lo era, naturalmente, con el objeto de preservar a su operado, de toda infección. No estando seguro de la asepsia de sus manos, de su campo operatorio y de sus instrumentos, de sus esponjas, etc., utilizaba los antisépticos que disminuían las probabilidades de una inoculación séptica. En el concepto de los cirujanos de aquella época de transición, el uso de los antisépticos se imponía siempre, cuando la lesión por la cual se practicaba la operación, había determinado una infección local, cuando se trataba, por ejemplo, de la abertura de una colección purulenta. Por el contrario, la antisepsia podía substituirse por la asepsia, en todos aquellos casos en los cuales la región sobre la cual se intervenía, estaba indemne de toda infección. Los cirujanos que en un principio habían seguido las reglas formuladas por Lister, en forma rigurosa, poco a poco iban modificando su manera de proceder, substituyendo las soluciones fenicadas fuertes y débiles del procedimiento original de Lister, por otras soluciones antisépticas más o menos eficaces pero más de su agrado. De cirujano listeriano puro, hubo primeramente una evolución hacia el cirujano antiséptico, pero con cierto eclecticismo en la elección de los agentes antisépticos. Esta evolución siguió su camino con los esfuerzos de muchos cirujanos, en el sentido de disminuir lo más posible el empleo de los antisépticos, por los inconvenientes que ellos presentaban. Durante años, la práctica quirúrgica de muchos de estos cirujanos, era en este sentido de carácter mixto, antisepsia y asepsia a la vez. En Alemania fué sobre todo la clínica de v. Bergmann en Berlín,

la que enseñó el camino hacia una asepsia casi perfecta. Su asistente, Schimmelbusch, publicó en 1891, un trabajo sobre el procedimiento aséptico, cuyas ideas básicas rigen aún y que están basadas en que la limpieza mecánica y la desinfección por el calor, bastan para evitar un contagio de las heridas por las bacterias patógenas. En el Décimo Congreso Internacional de Medicina, en Berlín, al cual habían asistido los cirujanos más notables de Europa, entre ellos Lister, y entre los sudamericanos también algunos de Chile, v. Bergmann había expuesto su método de curación aséptica de las heridas. Su discurso había sido distribuído a todos los concurrentes, traducido a varios idiomas. Un extracto de él se publicaba en el *Progreso Médico* del año 1892. Definitivamente había quedado demostrado, que la infección de las heridas por el aire, se efectúa muy rara vez. El mismo Lister confesó, que esta falsa creencia lo había llevado a descuidar otros detalles de su método antiséptico. El polvo con gérmenes que cae del aire no tiene en general influencia nociva, conviene, sin embargo, proteger la superficie cruenta contra el polvo atmosférico, cubriéndola por medio de compresas, tanto como la operación lo permita. En cambio, v. Bergmann daba la mayor importancia a la posible infección por contacto.

En Francia se llegaba, en los mismos años, al mismo resultado, gracias a los esfuerzos de otros precursores de la asepsia, Terrillón y más particularmente Félix Terrier. Este último había instituído en el Hospital Bichat, el aislamiento de su servicio de cirugía, tal como se había aceptado ya para las maternidades; había exigido una rigurosa separación de las afecciones sépticas de las no sépticas, y, como consecuencia de esto, en siete años, antes de 1900, no había visto más de dos casos de erisipela, en las salas de sus operados. Había, como tantos otros cirujanos, abandonado ya el "spray", porque lo creía inútil, perjudicial y desagradable para el cirujano y sus ayudantes, pero pulverizaba, en cambio, cierta cantidad de agua esterilizada y hervida, en la sala de operaciones, durante más o menos media hora, mientras se trabajaba con el abdomen abierto. Todavía se conservaba el respeto a los microbios del aire. Terrillón y Terrier, habían disfrutado en París del beneficio de estar en contacto directo con el propio Pasteur, y habían llegado, como en Alemania en la clínica de v. Bergmann, a la esterilización por el calor seco o el vapor de agua a alta presión. Frecuentemente se discutía, sobre el valor de los términos asepsia y antisepsia. Un cirujano francés de la época, decía al respecto, que desde el punto de vista de la práctica quirúrgica, bastaba haber asistido, por ejemplo,

a algunas operaciones en los servicios de Lucas Championniére, que fué uno de los primeros que habían aceptado los preceptos de Lister, de una parte, y los de Félix Terrier, de otra parte, para convencerse rápidamente, que existía una diferencia notable entre ambos métodos. En el servicio de Terrier, todo estaba dispuesto para asegurar la pureza del ambiente, para impedir que los gérmenes se pusieran en contacto con la herida, todo se sacrificaba a la esterilización previa del material de operaciones. Para Lucas Championniére, que permanecía fiel a las tradiciones listerianas, el ambiente, contrariamente importaba mucho menos: abría el abdomen, "que nos perdone esta exageración voluntaria" —dice el autor— en una sala repletá de infecciones purulentas. En todo caso perseguía, por sobre todo, la destrucción de los microorganismos patógenos que podían invadir su campo operatorio en semejante ambiente, por medio de los antisépticos fuertes.

La esterilización previa del material de operaciones, aseguraba una asepsia rigurosa, pero quedaba por resolver todavía, el difícil problema de la desinfección de las manos del operador y de sus ayudantes, y del campo operatorio del enfermo. Al principio se creyó en la posibilidad de aseptizar las manos, por el lavado y el uso de soluciones antisépticas. Numerosísimas son las publicaciones y discusiones que han habido alrededor de este problema, y numerosos son, también, los medios propuestos y empleados para alcanzar este resultado. También los cirujanos chilenos mostraron su interés por este problema capital de la asepsia, en varias discusiones y publicaciones habidas entre los años 1897 y 1900. Pronto se vió, por los trabajos de Kümmel, Fürbringer, Ahlfeld y otros, que sólo podía obtenerse una asepsia relativa de las manos, pero nunca absoluta. Las manos de los operadores seguían siendo, pues la parte vulnerable de todo el edificio de la asepsia. El método más aceptado y que todavía sigue en uso en muchas clínicas, fué el propuesto por Ahlfeld, y que consistía en cepillarse las manos con jabón y agua caliente, durante cinco minutos, y durante otros cinco minutos, con alcohol puro. Se exigía, naturalmente, una limpieza previa y rigurosa de las uñas; pero la ley suprema era ya, para muchos cirujanos de la época, lo que Semmelweis había preconizado en 1847, evitar todo contacto séptico o dudoso con las manos. Lo mejor sería, decía Kocher, algunos años después, que el cirujano lleve siempre guantes, y sólo se los quite para operar. El descalabro de la teoría de la desinfección de las manos, hizo nacer la idea del uso de los guantes.

La práctica de operar con las manos cubiertas con guantes impermeables, se inició en la clínica de William Halsted, en el Hospital de John Hopkins de Baltimore, en 1889, y fué recomendada en 1891, para las operaciones que requerían una asepsia rigurosa. Corresponde a Mikulicz, quién no conocía la publicación de Halsted, el honor de haber introducido el guante en la práctica corriente, en precisar su valor y en emplearlo sistemáticamente. Pero remontándonos aún más, vemos que Halsted y Mikulicz, tuvieron también sus predecesores, en el uso de los guantes. Ya en 1869, I. Bischoff de Basilea, usaba guantes de cauchuc para los cursos de medicina operatoria, a fin de evitar el contacto de sus manos con el cadáver. Reconocida por la mayoría de los cirujanos, la necesidad del uso de los guantes, porque con el mejor de los métodos antisépticos se lograba obtener sólo una asepsia relativa de las manos, quedaba por encontrar el guante ideal. Debía ser impermeable, blando, delgado, fácil de esterilizar y barato, toda una serie de cualidades que no es fácil encontrar reunidas. En Alemania, Zoege von Manteuffel, propuso, en 1897, el empleo de guantes de goma; Mikulicz, los de hilo y Perthes, de la clínica de Trendelenburg, los de seda. En Francia, Chaput ideó su modelo en 1905, que tuvo gran aceptación y se usó durante muchos años, también, en los hospitales de Chile. Los guantes de hilo, presentaban el gran inconveniente de no ser impermeables y dejar de ser una barrera al pasaje de los microbios, desde el momento en que estaban mojados, razón por la cual Mikulicz continuamente se cambiaba los guantes, obteniendo, sin embargo, magníficos resultados en sus intervenciones. Pero el guante de hilo no llenaba su objeto, sino estando seco. Hoy día, todos reconocen que el uso de guantes impermeables de cauchuc, constituye un gran progreso en la asepsia quirúrgica, significando el máximo de seguridad para el enfermo y el cirujano. Entre nosotros, el uso de los guantes fué introducido a los pocos años de su aceptación por los cirujanos europeos. En una de las sesiones científicas del "Progreso Médico" del año 1897, es decir, el mismo año en que Manteuffel había propuesto el uso de guantes de goma para las operaciones, se trató *in extenso* todo lo concerniente a la desinfección de las manos del cirujano; A. Vicencio, se refiere a los trabajos de Fürbringer; Ventura Carvallo, habla sobre el método de desinfección seguido en su clínica quirúrgica y en su práctica privada, y Gregorio Amunátegui, llama la atención sobre el trabajo de Zoege von Manteuffel, publicado en una revista alemana del mismo año, y que trataba del uso de los guantes de goma, en la práctica

quirúrgica. Corresponde también a Gregorio Amunátegui, el mérito de ser el primero, entre nosotros, de hacer una extensa publicación sobre la materia, aparecida en el "Progreso Médico" del mismo año. Solamente cuatro años después, en 1901, encontramos una segunda publicación, sobre las ventajas del uso de los guantes por el cirujano. Su autor, Arturo Brandt, era ayudante de la clínica del profesor Barros Borgoño. De ambos trabajos se desprende, que hasta ese año, los guantes, aparentemente no habían sido usados todavía en Chile. Según Fernando Opazo, el mérito de haberlos usado por primera vez, entre nosotros, corresponde a Francisco Navarro siendo jefe de clínica de Ventura Carvallo. Había estudiado la asepsia en Europa, en los años 1904 a 1905 y la introdujo a la clínica mencionada. En los años siguientes, el uso de los guantes parece haberse extendido, poco a poco, por los hospitales de mayor importancia de la capital y algunos de provincia.

En su afán de evitar cualquiera causa de infección de las heridas operatorias, los cirujanos dieron aún otro paso más hacia adelante. Flügge, de la clínica Breslau, había llamado la atención sobre la importancia de bacterios patógenos de la boca y cavidad nasal del operador y sus ayudantes, en el acto de hablar, toser o estornudar. Flügge, había probado la posibilidad de contaminación por estos microbios, y es por esto que Mikulicz había implantado en su clínica la costumbre de no hablar durante las operaciones, bastándole servirse de gestos o movimientos ya convencionales, para darse a entender de sus ayudantes. Según Flügge, el cirujano que padecía de una coriza o de un resfrío, se encontraba completamente imposibilitado para operar. Para salvar estos inconvenientes y el mutismo absoluto durante la operación, Mikulicz introdujo, al año siguiente del uso de los guantes, la mascarilla, que cubría la boca y sus dependencias, compuesta de una capa de gasa aséptica, a la cual los cirujanos rápidamente se habituaron, a pesar de que no faltaron los que han creído que se trataba de una precaución un poco exagerada. En 1900, fué introducido su uso en Inglaterra y usada por primera vez en el Charing Cross Hospital. En los dos trabajos recién nombrados, de Gregorio Amunátegui y Arturo Brandt, de la clínica de Barros Borgoño, también se menciona ya la mascarilla facial y se recomienda su uso. Poco tiempo después empezó a usarse, también el gorro, para evitar una posible infección de los pelos, etc.

Lo mismo que para las manos del cirujano y de sus ayudantes, la experiencia había demostrado que no existía un procedimiento con el

cual podía obtenerse una asepsia absoluta del campo operatorio del enfermo, porque aún hoy en día es imposible esterilizar la parte profunda del dermis. Y como en los primeros años de la era aséptica, todavía existía un respeto casi sagrado por el abdomen, no debemos extrañarnos por las extraordinarias y minuciosas precauciones que se tomaban, cada vez que se trataba de hacer una laparatomía. Las reglas que se formulaban para la desinfección de la pared abdominal, tenían naturalmente, una importancia especial para los sujetos que por ser diabéticos, alcohólicos o padecer un estado constitucional que podía disminuir la resistencia del organismo y cuya superficie cutánea constituía, por estas razones, un mejor ambiente de cultivo para los microorganismos que en ella pululan. En un enfermo que debía someterse a una laparatomía y en el cual la piel no estaba infectada, el procedimiento de desinfección rigurosa, en el último decenio del siglo pasado, era más o menos el siguiente. La primera precaución constituía, naturalmente, en el baño de cuerpo entero; éste podía ser simplemente de agua, o bien antiséptico (sublimado). Muchos cirujanos escrupulosos, exigían que el enfermo tomara estos baños, varias veces en la semana que precedía a la intervención. Después del último baño, la piel era rasurada, dos o tres días antes de la intervención, y lavada con el mayor cuidado. El lavado del campo operatorio, se efectuaba escrupulosamente con una escobilla, con jabón, primeramente, en seguida con éter o con alcohol, finalmente con una solución de ácido fénico o, lo que posteriormente preferían algunos cirujanos, con una solución de sublimado. Compresas de gasa impregnadas en una solución antiséptica, eran aplicadas en seguida sobre todo el campo operatorio, y se mantenían por medio de telas adhesivas o un vendaje, durante dos o tres días. Se tenía especial cuidado de recomendar al enfermo que iba a ser operado, de no deshacer este vendaje y de no exponerse a ninguna clase de infección, después de esta limpieza tan rigurosa. Como el ácido fénico y el sublimado producían frecuentemente eritemas, sobre todo en la región escrotal o del ombligo, empezó a usarse posteriormente, el ácido bórico, que no era irritante. En el momento mismo de la operación, se procedía a un último lavado del campo operatorio, de una manera más cuidadosa todavía. El ombligo exigía, naturalmente, cuidados especiales. La limpieza de la piel debía efectuarse en tal forma, que no volvía a reinfestarse la parte que estaba ya desinfestada; exigía, por lo tanto, una serie de maniobras a la cual, los cirujanos escrupulosos, daban una gran importancia.

Hoy día, rechazamos toda preparación complicada del campo operatorio, domina la sencillez de los procedimientos, pero para llegar a ella, tuvieron que pasar muchos años. En nuestros hospitales, por falta de los medios adecuados, la preparación de los enfermos, probablemente nunca pudo ser tan escrupulosa como la hemos descrito más arriba. Veamos, cómo el profesor Adolfo Murillo describe, en 1893, los preparativos para efectuar una de las primeras cesáreas hechas en Chile.

Desinfección de la sala operatoria: piso, paredes y suelo, fueron lavados con la solución fenicada al 50 por 1000; acto continuo, cerrando herméticamente todas las puertas y ventanas, se le sometió a la acción prolongada del ácido sulfuroso. La temperatura a que se mantuvo la sala durante la operación, fué de 28°. La saturación de la atmósfera, se obtuvo mediante el funcionamiento de dos "spray" hacia el medio de la sala, aparato que dirigía un chorro de vapor fenicado hacia arriba.

Desinfección de la enferma: En la mañana, se le hizo tomar un baño de cuerpo entero. Evacuación del recto, por medio de lavativas boratadas. Desinfección prolija de los órganos genitales externos, con solución fenicada al 3%. Inyección vaginal, con creolina al ½%. Se hizo el cateterismo de la vejiga y, por último, después de rasurar los pelos abdominales y pubianos, se lavó el abdomen, primero con jabón y cepillo, sublimado al 1 por mil, después con éter y en seguida con alcohol absoluto. Para evitar trato ulterior, se colocó compresas sublimadas sobre el abdomen.

Instrumentos: Se les sometió durante una hora, al calor seco, y fueron después colocados en la solución fenicada al 5%. El catgut, seda, esponjas usadas en la operación, estaban preparados de antemano, mediante riguroso procedimiento antiséptico.

De esta descripción se desprende que también en Chile, como es lógico suponerlo, al igual de lo que pasaba en las clínicas europeas, el paso de la antisepsia a la asepsia, se hizo gradualmente en el curso de años, siendo durante algún tiempo los procedimientos en uso, francamente mixtos, antisépticos y asépticos a la vez.

La preparación de la piel del campo operatorio, en la forma como la hemos descrito, tenía, naturalmente, sus grandes inconvenientes. El lavado con jabón, agua y escobilla, era un procedimiento largo, aburrido y, no pocas veces, si se hacía con demasiado entusiasmo y

energía, también un procedimiento doloroso para el pobre enfermo. La piel se irritaba, los pequeños rasguños que se producían al afeitarla, se infestaban, produciendo frecuentemente pequeños abscesos de la pared abdominal, y a todo esto se agregaba el peligro del enfriamiento del enfermo. Antonio Grossich, de Istria, fué el primero en dudar de la necesidad y de la corrección del procedimiento hasta entonces en uso. Tuvo la idea genial, de buscar un procedimiento más sencillo y menos complicado, que no significaba desgaste alguno para las fuerzas del enfermo. Usó, como substancia desinfectante, la antigua *tintura de yodo*. Empezó con sus experiencias, en 1907, y ya en 1909, habían sido ampliamente reconocidas en las clínicas europeas de mayor importancia. Con la desinfección de la piel, por la tintura de yodo, empezó una nueva era en la antisepsia quirúrgica. Antonio Grossich tuvo el valor de denunciar el lavado del campo operatorio, en la forma como se efectuaba hasta entonces, no sólo como superfluo, sino también como perjudicial. Sabemos actualmente que la piel del cuerpo humano no puede librarse de gérmenes, y que nuestros procedimientos de desinfección química, determinan tan sólo una atenuación y disminución de las bacterias. El procedimiento de la desinfección con la tintura de yodo sigue siendo el más usado, a pesar de que muchos cirujanos han recomendado últimamente otros desinfectantes. El método de Grossich, parece haber sido usado por primera vez en Chile, en 1911; esto es desprende de una discusión habida en una sesión de la Sociedad Médica, de Octubre de aquel año, a la cual fueron presentados algunos enfermos operados en la Asistencia Pública, en los cuales había sido usado el procedimiento de Grossich, por el doctor Manuel Canales. Gregorio Amunátegui, aduce en la discusión, las razones que autorizan la utilización de este procedimiento, que considera de gran valor.

El ritual de la asepsia, es hoy día el mismo en todo el mundo. Poco a poco fué desalojando a la antisepsia que había sido creada por Lister, y junto con el advenimiento de ella, ha ido cambiando también el aspecto exterior del cirujano y de sus ayudantes. La indumentaria rigurosa del médico y cirujano de antaño, la levita o el chaquet, ha ido desapareciendo y en su lugar ha aparecido la indumentaria del cirujano moderno, que, con su delantal blanco, su gorra, su mascarilla y sus guantes esterilizados, cumple con lo que Billroth había exigido ya hace más de medio siglo: limpieza hasta la exageración.

BIBLIOGRAFIA

Alonso Vial, A. Semblanzas de algunos maestros desaparecidos de la cirugía chilena. Rev. Méd. 1941.—Alonso Vial, A. Discurso del presidente de la Sociedad de Cirujanos de Hospital. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1933.—Aguirre Luco, Roberto. Apuntes para la historia de los estudios de la Anatomía, en Chile. Rev. Méd. 1919.—Amunátegui, Gregorio. Discurso pronunciado en la Sociedad Médica, al inaugurar el local propio. Rev. Méd. 1914.—Amunátegui, Miguel Luis. Historia de Chile. La Universidad de San Felipe. Anales, 1874.—Barrenechea, Manuel J. Reseña sobre la cura de las heridas, según el método de Lister. Rev. Méd. 1882-83.—Barros Borgoño, Víctor. La septicemia quirúrgica y la descripción de los gérmenes. Tesis 1884. Anales de La Universidad 1884.—Barros Borgoño, Víctor. La septicemia quirúrgica. Rev. Méd. 1885.—Benavente Garcés, Ricardo. El protomedicato en Chile. Tesis, 1928.— Cádiz, Mamerto. La era de Pasteur. Rev. Méd. 1923.—Covarrubias, Alvaro. Lección inaugural del curso de clínica quirúrgica. Rev. Méd. 1937.—Dávila Bozo, Ricardo. Epidemia de infección purulenta. Rev. Méd. 1874/75.— Díaz, Wenceslao. Geografía médica para Chile. Anales, 1875.—Eloi Herrera, P. Algo sobre higiene de los hospitales. Rev. Méd. 1883.—Ferrer, Lautaro. Historia general de la medicina en Chile, 1904.—Ferrer, Pedro Lautaro. Caracteres científicos e históricos de la primera escuela de medicina en Chile. 6.° Congreso científico general chileno, 1900.—Frías, Ernesto. Discurso del presidente de la Sociedad chilena de anestesiología. Arch. Soc. Cir. 1946.—Garreton Silva, A. Elogio de la Sociedad Médica, en el día de su 75.° aniversario. Rev. Méd. 1944.—Grossi, José. Reseña del progreso médico en Chile, 1895.—Gunckel, Hugo. Algunos datos médico-históricos relacionados con la ciudad de Concepción a fines del siglo XVIII. Bol. Soc. Biol. de Concepción, 1942.—Lea Plaza, Hugo. Conferencias sobre historia de la medicina chilena. Seis maestros. Rev. Méd. 1942.—Maira, Octavio. Lección de apertura del curso de clínica médica. Rev. Méd. 1910.—Maira, Octavio. La enseñanza de la medicina en Chile. Anales, 1919.—Mardones, Arturo. Biografía del Dr. Guillermo C. Blest. Rev. Méd. 1942.—Martínez, F. R. Higiene Hospitalaria. Rev. Méd. 1877.—Monckeberg, Carlos. En el centenario de nuestra cátedra. Don Lorenzo Sazie. Bol. de la Clín. Obstr., 1936.—Munnich, Guillermo. El desarrollo de la cirugía en Chile, 1942.—Murillo, Adolfo. Geografía Médica. Anales, 1875.—Murillo, Guillermo. De la afección purulenta. Rev. Méd., 1872.—Orrego Luco, A. Recuerdos de la Escuela. Rev. Méd. 1924.—Orrego Puelma, H. El desarrollo de la medicina interna en Chile. Rev. Méd. 1942.—Pardo Correa, Caupolicán. Nueva orientación quirúrgica de la obstetricia. Rev. Méd. 1911.—Pardo Correa, Caupolicán. Lección inaugural del curso de ginecología. Bol. Clín. Ginec. 1929.—Peña Jofré, Raúl. Una gran figura de nuestra Universidad: el Prof. Pardo Correa. Med. Mod.—Prado Tagle, Ernesto. Lección inaugural de clínica médica. Rev. Méd. 1925.—Puelma Tupper, Francisco. Apuntes para la historia de la medicina en Chile. Recuerdos de medio siglo. Rev. Méd. 1919.—Puga Borne, Federico. Los primeros años de la Revista Médica. Rev. Méd. 1922.—Salas Olano, Eduardo. Historia de la Medicina en Chile.—Santelices, Alfredo.

Reseña histórica del Hospital San Juan de Dios.—SEMIR, MIGUEL. Apuntes para la historia de la enseñanza médica en Chile. Anales, 1860.—SIERRA, LUCAS. Lord Lister. La cirugía antiséptica. Rev. Méd. 1903.—SIERRA, LUCAS. 1,000 operaciones. La ginecología en mi servicio del Hospital San Borja. Rev. Méd. 1906.—SIERRA, LUCAS. Homenaje a Don Manuel Barros Borgoño. Rev. Méd. 1923.—SIERRA, LUCAS. Pasteur y la Cirugía. Anales de la Universidad, 1923.—SIERRA LUCAS. La Cirugía en los últimos 50 años. Anales, 1928.—SIERRA, LUCAS. John Hunter, 1728-1793. Bol. Soc. Circ. 1928.—SIERRA, LUCAS. El profesor Pardo Correa. Bol. Soc. Circ. 1933.—SIERRA, LUCAS. 100 años de enseñanza de la medidina en Chile. Anales, 1937.—SILVA, CONSTANCIO. Algunas consideraciones sobre los hospitales en Santiago. Anales de la Universidad, 1871.—TOCORNAL, JAVIER. Consideraciones higiénicas sobre el presente verano. Anales de la Universidad, 1851.—TOCORNAL, JAVIER. Higiene pública, principales causas de las enfermedades en Santiago. Anales de la Universidad, 1859.—TORIBIO MEDINA, JOSÉ. La medicina y los médicos, en la Universidad de San Felipe. La Clínica, 1928.—UGARTE GUTIÉRREZ, ISAAC. Algunas reflexiones sobre la salubridad pública en Chile. Rev. Méd. 1874-75.—UGARTE GUTIÉRREZ, ISAAC. Algunas reflexiones sobre el estado de la higiene pública en Chile. Tesis, 1875. Anales de la Universidad, 1875.—UGARTE GUTIÉRREZ, ISAAC. Higiene hospitalaria. Rev. Méd. 1877.—UGARTE GUTIÉRREZ, ISAAC. Algo sobre higiene de hospital. Rev. Méd. 1884.—UGARTE, JACINTO. Podredumbre de hospital. Tesis, 1873. Anales de la Universidad, 1873.—VALDERRAMA, ADOLFO. La ciudad de La Serena, vista bajo el punto de vista de la patología y de cirugía práctica. Anales de la Universidad, 1861.—VALDERRAMA, ADOLFO. Historia de la medicina en Chile. Primer Congreso Médico Chileno. 1893.—VALENZUELA BASTERRICA, J. Progresos de la cirugía en Santiago. Rev. Méd. 1892.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Las bodas de oro de la Sociedad Médica. Rev. Méd. 1919.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Los estudios de anatomía en Chile, desde 1870 a 1920.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Lección inaugural de clínica quirúrgica. Rev. Méd. 1925.—VARGAS SALCEDO, LUIS. 25 años de cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937.—VICUÑA MACKENNA, BENJAMÍN. Los médicos de antaño.—WORMALDT, RAFAEL. Podredumbre de hospital. Tesis, 1850. Anales de la Universidad, 1852.—X. X. El profesor Víctor Koerner. Rev. Méd. 1921.—ZEPEDA, ARMIDA. Historia de la Anatomía, 1930.

TERCERA PARTE

SOBRE ALGUNOS METODOS AUXILIARES DE LA CIRUGIA

CAPITULO VII

LA ANESTESIA

Sobre dos fuertes pilares, descansa el enorme progreso de la cirugía moderna. La *asepsia*, la profilaxia de la infección, es el primero, la *anestesia*, el operar sin dolor, es el segundo. Hemos expuesto en capítulos anteriores, en qué consistía el antiguo tratamiento de las heridas y cuáles eran sus enfermedades infecciosas; hemos dicho algo de su evolución a través de los procedimientos antisépticos hacia la asepsia, que hoy rige todos nuestros actos quirúrgicos. Si el descubrimiento de la antisepsia y asepsia ocupan una página prominente en la historia de la medicina, no de menor importancia ha sido para su progreso el maravilloso descubrimiento de la privación del dolor, la *anestesia*. Tal como hoy la consideramos, es conquista de los últimos cien años, aunque ya desde los comienzos de la medicina operatoria, se habían buscado afanosamente los medios para evitar sufrimientos al paciente. La historia nos dice que Hipócrates había considerado ya como obra divina suprimir el dolor, pero todos los procedimientos preliminares de la anestesia en los períodos nacientes de la medicina, eran demasiado rudimentarios y sin valor práctico alguno. Debemos llegar hasta fines del siglo XVIII, para entrar en una nueva época de investigaciones científicas que luego son coronadas con el más brillante de los éxitos.

Lavoisier y Priestley, son los que abren un nuevo período con sus estudios del aire atmosférico, y señalan una nueva faz en el terreno de la experimentación. Priestley había recomendado, en 1765, la inhalación del oxígeno con fines terapéuticos. El médico y alquimista inglés, Beddoes, estudió también las propiedades del oxígeno e hidrógeno, y para propender al estudio de los gases, estableció la "Institución Neumática" a cuya cabeza quedó Humphrey Davy. Fué el *protóxido de ázoe*, que había sido descubierto en 1772 por Priestley, el primer gas

que ocupó su atención, y Humphrey Davy, fué el primero en reconocer su acción anestésica. Hizo ensayos personales en una cámara de respiración, y pudo comprobar que sus violentos dolores de muela, desaparecían, después de algunas inhalaciones del gas. Estaba convencido Humphrey Davy que con el *gas hilarante*, como había bautizado al protóxido de nitrógeno, había encontrado un agente anestésico que traería grandes cambios en el campo de la cirugía. A pesar de sus observaciones prolijas, su descubrimiento no llamó mayormente la atención y sólo 44 años después un dentista norteamericano, Horace Wells, empezó a emplearlo, conjuntamente con su amigo William Morton. Tuvo un caso fatal y se suicidó. Morton siguió las experiencias hasta que el médico y químico Charles Jackson, le indujo a tentar el *éter*, lo que hizo con buen resultado en una extracción dental difícil. Morton quiso explotar comercialmente el invento, y consiguió que el célebre cirujano de Boston, John Collins Warren, lo tentara en una operación, dando la anestesia Morton, sin revelar el secreto de su droga. *El 16 de Octubre de 1846, fecha memorable para la cirugía, fué efectuada en el Massachusetts General Hospital, la primera operación con anestesia general.* La operación se hizo con buen resultado y el enfermo, al despertar de la narcosis, exclamó entusiasmado: *"Gentlemen, this is no humbug"* (Señores, esto no es farsa!). Pero no hay nada más difícil que marcar el principio de los grandes acontecimientos de la humanidad, así también la historia de la anestesia por el éter, ha producido acaloradas controversias. Ya en Marzo de 1842, el doctor C. W. Long, de Danielsville en EE. UU., había notado incidentalmente los efectos anestésicos del éter, y lo había empleado con buen resultado en diversas pequeñas operaciones. Pero Long no estaba muy convencido de los efectos reales de la droga, y no publica sus experiencias que quedan ignoradas. Una querella entre dos de los inventores, Morton y Jackson, trajo como resultado favorable su publicidad, y muy pronto el éter como anestésico, hizo su entrada triunfal en todas las grandes clínicas quirúrgicas. Posteriormente los ingleses reclaman para Hill Hickman, la prioridad de la introducción de la anestesia quirúrgica, y en realidad existen antecedentes que permiten sustentar estos derechos para Hickman, quién ya en 1828 aseguraba que por medio del gas hilarante, se podía insensibilizar a los enfermos para practicar en ellos operaciones quirúrgicas. *Pero no cabe duda alguna sobre que fué la operación de Warren, ejecutada en 1846 y en que dió la anestesia Morton, la que despertó el entusiasmo que merecía este gran descubrimiento.* Ya

en Diciembre del mismo año se ejecutaba en un hospital de Londres, la primera operación de importancia bajo la influencia de los vapores de éter; y al año siguiente, 1847, en Francia y Alemania.

La anestesia había quedado inaugurada prodigando sus inmensos beneficios, pero la suerte que corrieron los hombres a quienes se la debemos, fué bien triste. Horace Wells, el dentista de Boston, enloqueció y se suicidó en un asilo, donde había sido internado; Jackson, sufrió una suerte parecida, murió también en un manicomio, con sus facultades intelectuales trastornadas. Morton, quién pretendió arrebatar a Jackson toda la gloria del descubrimiento, se vió envuelto en un larguísimo proceso, murió en bancarrota en 1868, cuando apenas había llegado a los 49 años de edad.

Pero el reinado absoluto del éter no alcanzó a durar un año. *En 1831 Liebig, en Alemania, y Souberain, en Francia, habían descubierto simultáneamente el cloroformo.* En 1847 Flourens demostró sus propiedades anestésicas en animales, pero mientras estos ensayos no tuvieron mayor trascendencia en Francia, *el profesor de obstetricia de Edinburgo, James J. Simpson, lo empleaba por primera vez en una parturienta, a fines de 1847,* en reemplazo del éter que había ensayado a principios del mismo año. La historia nos enseña que el empleo del cloroformo en la práctica obstétrica, encontró una resistencia formidable, pero Simpson lo siguió usando, y en 1853 la Reina Victoria da nacimiento a un hijo, sirviéndose del cloroformo. Se había iniciado el "cloroformo a la Reina" y con ello terminaban, también, los escrúpulos religiosos y morales que habían retardado su uso algunos años. Por la mayor facilidad de su empleo y por producir una narcosis más tranquila y profunda, el cloroformo reemplazó muy pronto al éter en casi todo el mundo, menos en los países anglosajones, en los cuales este último seguía usándose de preferencia. Solamente en los últimos 20 a 30 años, el cloroformo ha sido abandonado casi por completo, por sus efectos nocivos secundarios; pero durante muchos años, siguieron las discusiones sobre a cuál de las dos drogas debiera darse la preferencia.

En nuestro país, los primeros anestésicos generales que se usaron, fueron el cloroformo y el éter. Dada la enorme importancia de su descubrimiento, que significó la "muerte del dolor" y revolucionó completamente la cirugía haciendo posible sus grandes progresos, no es de extrañar que nuestros médicos de aquellos años, siempre atentos a los progresos de la ciencia médica y comprendiendo que se trataba de

un descubrimiento maravilloso, ensayaran ambas drogas al poco tiempo después de su aparición en las clínicas europeas y norteamericanas. En los Anales de la Universidad de los años 1850 y 1851, encontramos los primeros trabajos nacionales sobre el cloroformo y su aplicación en cirugía; *el mérito de haberse ocupado por primera vez en Chile con este anestésico y sus aplicaciones médicas, le corresponde a don Juan Miquel*, sucesor del doctor Guillermo C. Blest en el profesorado de nuestra naciente Escuela de Medicina. Su trabajo *"Algunas ideas sobre el cloroformo y sus aplicaciones médicas, tomadas de los más recientes autores de Europa y América, y de las experiencias hechas en Santiago por el autor"*, es la primera publicación sobre anestesia en Chile, y llamó poderosamente la atención, porque el cloroformo recién empezaba a usarse en las clínicas de los países más avanzados que el nuestro.

Juan Miquel (1792/1866), era español de nacimiento, pero actuó en nuestros país, durante 48 años. En 1850 había sido nombrado profesor interino de Medicina Interna, y en 1853, obtuvo el nombramiento en propiedad de la cátedra, después de haber salido victorioso en una brillante oposición cuyos detalles expone Lautaro Ferrer en su *Historia General de la Medicina en Chile*. El profesor Miquel, defendía con entusiasmo las teorías y la enseñanza de la escuela francesa, como profesor era metódico, claro y brillante. Publicó numerosos trabajos científicos y gozó de merecida reputación.

En su mencionada publicación sobre el uso del cloroformo, aparecida en los Anales de la Universidad en 1850, se muestra muy partidario del cloroformo que estaba destinado, en su opinión, a reemplazar completamente el uso del éter sulfúrico. El modo más ventajoso de servirse de él, consistía en poner 12 a 20 gotas en una pequeña esponja o sobre un carbón vegetal, apagado, y aplicado inmediatamente debajo de la boca y nariz, para que pudiera aspirarlo el paciente. Al medio minuto o después de dos a lo más, éste se adormece, y si así no sucedía podía aumentarse la cantidad del cloroformo, sin miedo alguno, hasta una o una y media dracma. "En cuanto al tiempo que dura este sueño " aparente, varía mucho" —escribe Miquel— "unas personas disfrutan " de él, 5 o 7 minutos; en otros se prolonga hasta diez o un cuarto " de hora; pero si fuese necesaria la insensibilidad por más tiempo, no " hay inconveniente en repetir de nuevo la operación una o más " ocasiones, pues estos enfermos cuando despiertan, no se resienten " de incomodidad notable alguna. Por mi práctica, veo, es preferible

" empezar desde media dracma para arriba, para así obtener un sueño " quieto y dulce. Algunas personas gesticulan, otras refriegan sus pies " uno contra el otro o contra el suelo, mientras que algunos indivi- " duos quedan como apopléticos pronunciando sílabas incoherentes. " Sujetos hay también que vacilan sobre sus pies, hablan mucho de " un modo ininteligible, mientras otros ríen, lloran y se enojan al " mismo tiempo".

De la publicación de Miquel, se desprende que el cloroformo se usaba ya, aunque en pequeña escala, en la capital, tanto por los cirujanos como por los dentistas. Esto lo demuestra, también, un suelto de crónica aparecido en "El Mercurio" de Valparaíso, con fecha 23 de Octubre de 1848, es decir, al año después en que Simpson lo había usado, por primera vez en Inglaterra, en una parturienta:

"Brillante éxito del cloroformo".

"El distinguido cirujano de marina Don Francisco Javier Villa- " nueva, acaba de obtener un éxito brillante de la aplicación del " cloroformo en las operaciones quirúrgicas."

"Había sido conducida al Hospital, con un brazo hecho pedazos, " de una caída, una mujer de más de 90 años de edad. En el estado " en que se hallaba, se creyó que sólo podía vivir horas. El Dr. Villa- " nueva se dedicó a hacerle la amputación del brazo, con el auxilio del " cloroformo, la que tuvo efecto sin el menor dolor de la paciente, " quien, a los 15 días, se halla ya casi totalmente restablecida. Pocas " amputaciones se habrán hecho en tan avanzada edad, con tan buen " resultado". (Cit. por Ernesto Frías).

Francisco Javier Villanueva, era jefe del Servicio de la Armada y había obtenido su título en 1836. Este curioso hecho, que el empleo del cloroformo por un cirujano de Valparaíso, preceda en dos años a la primera publicación científica nacional, sobre su uso, encuentra, probablemente, su explicación, en la marcada influencia inglesa en nuestra Armada.

Según Lucas Sierra, le corresponde a don Carlos Leiva, de La Serena, el mérito de haber sido uno de los primeros, y quizás el primero, entre nosotros, en haber aplicado aquel poderoso anestésico. Carlos Leiva, que en 1863 fué nombrado académico de nuestra Facultad de Medicina, había estudiado cinco años en Europa y debió volver impregnado, escribe Sierra, de cuanto se dijo y publicaba en aquel entonces, a propósito de este anestésico.

Juan Miquel, menciona, también, el empleo del cloroformo para los partos, y lo recomienda, entusiastamente, en una época en que en Inglaterra, su empleo en la práctica obstétrica, todavía encontraba enconada resistencia, tres años antes de iniciarse el "cloroformo a la reina". Finalmente, llama la atención sobre los peligros de su administración, y hasta considera muy fácil causar con él la muerte cuando es mal empleado, se halla impuro o es administrado por una mano inexperta.

Los maravillosos efectos del cloroformo, su aplicación cada vez más amplia, las virtudes que prodigaba una y mil veces, explican que ya al año siguiente de la primera publicación de Juan Miquel, encontremos un segundo y extenso trabajo sobre el cloroformo y sus aplicaciones, en los Anales de la Universidad de Chile, (1851). Su autor, don Pelegrín Martín, asegura que el cloroformo "neutraliza positivamente los efectos del dolor", y los hechos en que se apoya para sentar definitivamente tal proposición, forman el principal asunto de su trabajo. En Europa, por entonces, en la mayoría de las clínicas del continente, había sido aceptado ya en carácter formal, la superioridad del cloroformo sobre el éter. En Chile, el éter sulfúrico no parece haber encontrado adeptos en aquellos años, su empleo, según Lucas Sierra, es muy posterior al del cloroformo entre nosotros, su introducción se efectuó, tal vez, sólo en el primer decenio del siglo actual; a pesar de que había sido empleado ya por vía rectal, como veremos más adelante, en la clínica del profesor Barros Borgoño, en los años 1885/86. "Cuando " nosotros cursamos las clínicas", —escribe Lucas Sierra— "en 1886/ " 1887, el cloroformo era usado casi exclusivamente en nuestros " hospitales; se le aplicaba al aire libre sobre una pequeña máscara, " o simplemente sobre una compresa o un pañuelo. El bicloruro de " metileno, introducido en la práctica por Richardson, 1867, parecía " despertar también cierto interés; subsistió solamente el aparato o " botella de Junker, que usamos nosotros para la anestesia clorofór- " mica". Con el mayor uso del cloroformo, aumentaron también los accidentes debidos a su administración; los cirujanos con su mayor experiencia habían aprendido, en parte, a evitarlos, pero siempre seguían siendo frecuentes. No es extraño, por este motivo, que la siguiente publicación en nuestra literatura, después de las dos nombradas en los Anales de la Universidad, del año 1866, no trate ya de la anestesia por el cloroformo, sino de los *accidentes* a que puede dar lugar

y el modo de corregirlos, y es curioso hacer notar que su autor fué el hijo del profesor Juan Miquel, don Damián Miquel. Hacía esta presentación en el acto de su incorporación como miembro académico a la Facultad de Medicina, en reemplazo de Lorenzo Sazié, fallecido en 1865. Después de referirse el autor a todos los posibles accidentes, dice que entre nosotros, afortunadamente, no se habían producido todavía accidentes desgraciados, fatales, a excepción de un caso acaecido en el año 1855 en el Hospital de San Juan de Dios. Se trataba de una resección del maxilar superior, practicada por uno de los más hábiles cirujanos de la capital, en que hubo que prolongar por mucho tiempo la acción del cloroformo, lo que trajo el resultado funesto.

En 1888 se fundaba en Santiago, de parte de la juventud médica, el "Círculo de Estudios Médicos", que al año siguiente de su fundación abría un certamen científico, con motivo de la apertura de la nueva Escuela de Medicina y a fin de propender al desarrollo de la Medicina y a la ampliación de su literatura. Uno de los muchos temas tratados fué la anestesia, su historia, el estudio de los medicamentos anestésicos y sus aplicaciones clínicas. El tema laureado con el primer premio, fué un trabajo sobre la anestesia, y su autor Lautaro Ferrer Rodríguez, autor de la conocida "Historia General de la Medicina en Chile", que abarca hasta el año 1843. En este excelente y documentado trabajo, puede encontrarse todo lo que hasta entonces se conocía sobre la anestesia y las diversas drogas anestésicas. En su epílogo, el autor dice: "El cloroformo es el más universalmente usado y se aplica " en Europa y en América, salvo excepciones que ya son pocas. Los " profesores europeos lo aconsejan y lo usan, y en Chile nuestros " catedráticos de clínicas y de medicina operatoria lo aplican en sus " salas, como lo hacen los médicos en la práctica civil y en todos los " hospitales de la República".

En 1850 el dentista Weiger, de Viena, había recomendado un nuevo método de administración de las drogas anestésicas, basado en la combinación de varias de ellas. En Inglaterra fué muy usada la mezcla A. C. E., consistente en una parte de alcohol, dos partes de cloroformo y tres partes de éter; muy parecida era la mezcla que anteriormente había sido introducida por Billroth. Casi al mismo tiempo fué recomendado en Francia, Alemania y Estados Unidos, el empleo libre y gota a gota del anestésico. Con el transcurso de los años, se modificaron también extraordinariamente, los modos de administrar las

substancias anestésicas. Fueron introducidas a la práctica quirúrgica, las más variadas máscaras, el inhalador de Glover, el de Ormsby, el gran aparato de Rothdraeger, el de Ombredanne, que sigue usándose de preferencia entre nosotros y que, evidentemente, tiene muchas ventajas sobre la mayoría de los demás, por múltiples razones, una de ellas, el llamado "circuito cerrado" (*rebreathing*), que ha sido adoptado a la mayoría de los aparatos anestésicos modernos.

Desde que Manuel Barros Borgoño iniciara su clase de clínica quirúrgica, en 1882, había demostrado especial interés por el importante problema de la anestesia. Así vemos nacer bajo su dirección, ya en aquellos años, diversas tesis de licenciado, relacionadas con ella. En 1884, Benjamín Alvarez estudia en su memoria patrocinada por el mismo Barros Borgoño, la *eterización rectal;* volveremos sobre ella más adelante. En 1890, Jorge Cáceres estudia, también, en la misma clínica, la *"Anestesia por el bicloruro de metileno"*. En esta tesis puede leerse, que ya en aquellos años Barros Borgoño usaba las inyecciones de atropina y morfina, en las anestesias clorofórmicas, en busca de una narcosis siempre mejor. En esta asociación se basa, también, la memoria de prueba de Mardoqueo Reyes y Reyes, del año 1897, *"Anestesia combinada, en las grandes operaciones, con bromuro de etilo y cloroformo"*. Con razón dice Ernesto Frías, en una de sus publicaciones, que todos estos hechos revelan la valiosa inquietud que demostró este maestro, frente a los problemas de la anestesia, y que induce a considerarlo como uno de los precursores de la especialidad.

La Revista Médica de los años 1903/4, nos trae algunas estadísticas sobre el movimiento habido en aquellos años en la Sala de San Camilo del Hospital San Juan de Dios, que permiten formarnos una idea sobre el empleo de los distintos anestésicos en aquellos años. El cloroformo había sido administrado en estos dos años, 356 veces; el éter 3 veces; mezcla de cloroformo y éter, 5 veces; cocaína local, 28 veces; cloruro de etilo, 71 veces. En ninguno de estos casos, había habido accidentes por el uso de estos anestésicos. Como se ve, el cloroformo era el anestésico preferido, el éter había sido aplicado en menos del 1%.

A pesar de que ya en 1844 el dentista norteamericano H. Wells empezó a usar el *protóxido de nitrógeno* o *gas hilarante*, como había sido bautizado por Humphrey Davy a principios del siglo pasado, la anestesia general con gases, tal como se generalizó en los últimos años, es una

adquisición relativamente reciente. El protóxido de nitrógeno después de haber sido abandonado, volvió a estar de actualidad algunos años después, y terminó por difundirse ampliamente en los países de habla inglesa, una vez perfeccionados los aparatos para su correcta administración. Según Ernesto Frías, uno de los más entusiastas propulsores de la anestesia por gases, entre nosotros, el uso del protóxido de nitrógeno en Chile, data también de antes de 1890, siendo usado por algunos dentistas norteamericanos que se habían radicado en nuestro país. Posteriormente, a partir de 1917, se usó en la Escuela Dental de la Capital, y fué el doctor Germán Valenzuela Basterrica, a quien le cupo el honor de ser uno de los primeros en introducirlo al país. Otro gas, usado también en anestesias, pero que escasamente se ha difundido fuera de Estados Unidos, es el *etileno*. Había sido generado por Ingelhaus a fines del siglo XVIII, pero como anestésico fué usado por primera vez en 1923, difundiéndose rápidamente en Estados Unidos y el Canadá, por su poder anestésico, superior al del protóxido de nitrógeno. Entre nosotros ha sido usado, aunque no en gran escala, por Ernesto Frías. El *ciclopropano* o *trimetileno* fué descubierto en 1882, por August von Freund; pero no tuvo aplicación en la práctica hasta 1929, en que Henderson y Lucas, de la Universidad de Toronto, publicaron sus primeras comunicaciones sobre las propiedades anestésicas de este gas. Al año después R. Waters, de la Universidad de Wisconsin, lo administra por primera vez en el hombre. Desde entonces son muchos los que han trabajado intensamente, con el fin de perfeccionar la técnica de su aplicación; *los resultados cada vez más satisfactorios, convierten al ciclopropano, desde 1933, en un anestésico casi perfecto y de uso cotidiano*. En Buenos Aires fué usado por primera vez, en 1936 en el Instituto de Clínica Quirúrgica, cátedra del profesor J. Arce, y le cupo el honor, al doctor Ernesto Frías, de haber introducido por primera vez al país el ciclopropano, y haberlo usado también por primera vez, en Septiembre de 1936, bajo los auspicios de la Clínica Quirúrgica del profesor Lucas Sierra. Ya en 1938 Ernesto Frías, que ha sido el verdadero propulsor de esta nueva anestesia, entre nosotros, había administrado en más de seiscientos casos los gases más comúnmente en uso, el protóxido de nitrógeno, el etileno y el ciclopropano, y en 1945 el número pasaba ya de los cinco mil. En los últimos años, la anestesia por gases se ha difundido ya mucho entre nosotros, sobre todo en los servicios quirúrgicos de mayor importancia, y aunque no contamos todavía con cursos de especialización, como existen en Estados Unidos, han

sido por lo menos ya propiciados para el anestesista de carrera. En 1893 se había constituído en Inglaterra, la "Sociedad de Anestesistas Ingleses", que exigía que la aplicación de la anestesia sólo podía hacerse por anestesistas especializados; con la introducción de los gases anestésicos, esta exigencia se hace aún más necesaria. A pesar de los enormes progresos de la cirugía chilena en los últimos años, en materia de anestesia general, es triste tener que confesarlo, el atraso es todavía, sobre todo en los servicios quirúrgicos de menor importancia y hospitales de provincia, considerable.

Son numerosas las publicaciones sobre anestesia general con gases, entre nosotros, entre ellas, se destacan las de Ernesto Frías y Marcos Kleiman. Este último fué relator, también, de un excelente trabajo sobre Historia de la Anestesia, en el Congreso de Cirugía de 1945, auspiciado por la Sociedad de Cirujanos de Hospital.

Uno de los últimos adelantos en el campo de la anestesia, es la introducción del empleo del *curare*, por Stuart Cullen de Iowa, 1943, con el objeto de obtener una relajación muscular completa con anestesia superficial o media. También ha sido ensayada, entre nosotros, por Marcos Kleiman, en 1945, y posteriormente por otros, confirmándose que su efecto relajador es considerable y de manifiesta utilidad para la cirugía abdominal.

Así la anestesia general, desde que Morton administraba por primera vez el éter, en 1846, ha progresado lenta pero constantemente y seguirá progresando. Su nacimiento ha marcado una era en la historia del hombre, y mientras el mundo siga su carrera, habrá también enfermos que sufren dolores, y nunca faltarán las ocasiones donde la anestesia pueda prodigar sus virtudes. Tuvo que abrirse paso a través de muchos obstáculos, pero supo vencerlos para asegurar su existencia. Con ella ha dejado de ser una verdad, la sentencia de Velpeau: "que " era una utopía y una vana quimera, el pensar siquierá de poder " evitar el dolor en las operaciones, y como corolario indiscutible y " fatal, que instrumento cortante y dolor, eran dos palabras que no " podían estar sino asociadas, y a las cuales había que admitir necesa- " riamente". No es necesario ya, que el cirujano efectúe las rápidas y horribles operaciones de antaño, en escasos segundos o minutos; no se oyen ya los gritos de angustia y los terribles alaridos de los antiguos anfiteatros de los hospitales. La anestesia ha libertado del dolor a la humanidad.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRINI, ITALO. FREESE. Anestesia evipánica prolongada. Rev. Méd. 1938.—ALVAREZ, BENJAMÍN. Eterización rectal. Rev. Méd. 1886-87.—AMESTI, FÉLIX. Cuarenta observaciones de anestesia óleo-etérea. Tesis, 1918.—ASENJO, ALFONSO. Discurso, fundación Soc. Chil. de Anestesiología, 1946.—BAHAMONDES, M. La anestesia rectal por insuflación de éter. Tesis, 1922.—BINIMELIS ROA, J. La anestesia quirúrgica por medio de la narcosis intervenosa con somnifeno Tesis, 1925.—BOBILLIER, JULIO. Monografía de las narcosis hipodérmicas. Anales de la Universidad, 1883.—BURMEISTER, RICARDO. Sobre narcosis rectal con avertina. Bol. Soc. Cir. 1929.—BURMEISTER, RICARDO. Cien narcosis con avertina. Bol. Soc. Circ. 1929.—CÁCERES, JORGE. La anestesia por el bicloruro de metilo. Tesis, 1890.—CALVO MACKENNA, LUIS. Anestesia clorofórmica con el aparato de Ricard. Tesis, 1907.—DE RAMON, EDUARDO. Estadística de anestesias del servicio de Ginecología del Hospital del Salvador, de Santiago.—DÍAZ MUÑOZ, IGNACIO. DONOSO, OSCAR. El empleo del evipan sódico en urología. Rev. de Urología, 1936.—DONOSO, R. Anestesia rectal con avertina. Tesis, 1929.—FERRER RODRÍGUEZ, PEDRO. La anestesia. Círculo de estudio médico, 1890.—FRÍAS M., EDUARDO. Sobre la anestesia por gases, en Chile. Med. Mod. 1938.—FRÍAS M., EDUARDO. El ciclopropano. Med. Mod. 1939.—FRÍAS M., EDUARDO. Los gases anésticos. Med. Mod. 1939.—FRÍAS M., EDUARDO.— Gases anésticos. 6.° Congreso de Cirugía Chileno,1945.—GONZÁLEZ B., RENÉ. Anestesia basal con avertina. Tesis, 1929.—GUZMÁN R., C. Estadística quirúrgica. Rev. Méd. 1904.—HOLZAPFEL, CLEMENTE. Anestesia intravenosa con éter. Tesis, 1914.—KLEIMANN, MARCOS. La anestesia general con gases. Med. Mod. 1938.—KLEIMANN, MARCOS. ¿Es el ciclopropano un buen anestésico? 5.° Congreso Chileno de Cirugía, 1944.—KLEIMANN, MARCOS. El uso del curare en cirugía abdominal. Rev. de la Soc. de Circ. de Hospital, 1945. KLEIMANN, MARCOS. Historia de la anestesia. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.— KORNER, VÍCTOR.—Narcosis con escopolamina. Rev. Méd. 1904.—MARTÍN, PELEGRÍN. Del cloroformo y sus aplicaciones. Anales de la Universidad, 1851.—MIQUEL, JUAN. Algunas ideas sobre el cloroformo y sus aplicaciones. Anales de la Universidad, 1850.—MIQUEL, DAMIÁN. Acción anestésica del cloroformo. Anales de la Universidad, 1866.—MUNNICH, GUILLERMO. RECCIUS, ADOLFO. Temas de cirugía clínica. Anestesia Quirúrgica, 1933.—OSORIO M., ARTURO. Shock quirúrgico y asociación anociva. Tesis, 1922.—PALOMINO CRUZAT, EDUARDO. Anestesia intravenosa de Bier. Tesis, 1910.—REYES Y REYES, MARDOQUEO. Anestesia combinada, en las grandes aplicaciones, con bromuro de etilo y cloroformo. Tesis, 1897.—RODRÍGUEZ, R. Eter Rausch. Tesis, 1918.—SIERRA, LUCAS. La anestesia quirúrgica. Rev. Méd. 1903.—SIERRA, LUCAS. Anoci-asociación. Rev. Méd. 1913.—SIERRA, LUCAS. La anestesia quirúrgica. Bol. Soc. Cir. 1932.—WILSON, JUAN. Estudio sobre la anestesia en Chile. 1.er Congreso Nac. de Cir. Valparaíso, 1924.

ANESTESIA LOCAL

Pasaron muchos años, desde que la anestesia general había cambiado totalmente la faz de la cirugía; paralelamente a su perfeccionamiento otras formas de anestesia, la *local*, la *regional* y la *medular*, empezaban a reclamar para sí la participación que les correspondía. Entre los agentes anestésicos locales, propiamente dichos, fué la *cocaína* la primera en usarse; con ella empieza, en realidad, la historia de la anestesia local. Era una costumbre inveterada de los indios del Perú y de Bolivia, mascar las hojas de la coca, cuyos jugos anestesiando las mucosas, hacían perder, según la expresión de un médico peruano del siglo pasado, "hasta el contacto de la lengua sobre las paredes de la boca". Un médico alemán, al volver de un viaje por estos países, había llevado a su patria las hojas de la coca, y el químico Alberto Niemann había aislado, en 1859, el principio activo de ellas, un alcaloide que denominó *cocaína*. Algunos años después, Lossen, había preparado el clorhidrato de cocaína, que fué utilizado en Francia y Alemania, para los exámenes laringoscópicos; pero todo esto había caído en el olvido. Estaba reservado a Carlos Koller, un joven estudiante de oftalmología de Viena, demostrar que, de todas las propiedades de que goza la cocaína, la más importante era, sin duda alguna, la anestésica sobre la córnea y mucosa conjuntival. Este descubrimiento de Koller, que había comunicado al Congreso de Oftalmología del año 1884 de Heidelberg, fué considerado por los oftalmólogos, como el progreso más grande alcanzado en oftalmología en el siglo pasado. La mayoría de las operaciones oculares, requerían el concurso de la voluntad del enfermo, lo que naturalmente no se había conseguido con los anestésicos generales, que fueron desterrados de la práctica oculística. Ya al año siguiente al descubrimiento de Koller, en 1885, el clorhidrato de cocaína no sólo se usaba como anestésico local de las mucosas, sino también en inyecciones hipodérmicas para pequeñas operaciones. *Y a pesar de la enorme distancia, de aquellos años, a Europa, a principios del mismo año empezaba a emplearse entre nosotros, este nuevo anestésico quirúrgico, de cuyos magníficos resultados hablaban las revistas europeas, alemanas y francesas.* Pero en el mismo año podía leerse ya en nuestra Revista Médica, sobre un caso de intoxicación seria ocurrida al distinguido médico Ventura Carvallo y redactada por el doctor Federico Puga Borne.

Se trataba de un enfermo al cual fueron extirpadas las raíces de seis molares; la operación no había provocado el menor dolor, pero los fenómenos de intoxicación fueron graves. Además de F. Puga Borne intervinieron los doctores Moericke, Valderrama y Cienfuegos. Se recurrió a la pilocarpina por la vía hipodérmica, y el enfermo sanó. El autor menciona otro accidente que había tenido lugar en Santiago, casi a la misma hora y con fenómenos análogos, pero de mayor duración. No obstante, termina su publicación con estas palabras: "Este " no será motivo para disminuir la importancia del descubrimiento " de Koller, pues *divinum est opus sedare dolorem*". Sin embargo, es muy probable, que esta experiencia haya inducido a Ventura Carvallo a no usar, en los años siguientes, la anestesia local, lo que explicaría el hecho de que casi todas las publicaciones sobre el uso de la cocaína, tuvieron su origen en la clínica de Barros Borgoño.

En ese mismo año, también, aparece la primera memoria de prueba, de don César Martínez, para optar al grado de licenciado: "*Contribución al estudio de la cocaína*", que mereció los honores de la publicación en los Anales de la Universidad, del año 1885. Según ella, la anestesia local por la cocaína, fué acogida entusiastamente por muchos médicos chilenos de la época.

Al año siguiente, el doctor Gabriel Covarrubias vuelve a tratar la misma materia, tambien en su memoria de prueba: "*Estudio sobre el muriato de cocaína*", publicada en la Revista Médica de los años 1886/1887. En la Clínica del profesor Barros Borgoño se había operado ya al año después de su introducción a Chile, una serie de casos "siempre " con éxito maravilloso y sin lamentar un solo caso desafortunado". En la mayoría de ellos, se trataba de intervenciones en que la cocaína había sido usada en forma de anestesia de las mucosas, sin embargo, ya en Octubre de 1886, Barros Borgoño había operado una autoplastía del paladar, por medio de dos colgajos laterales llevados por desprendimiento, en una perforación de origen sifilítico. El doctor Charlín había hecho uso, también, de la anestesia por la cocaína, en uretrotomías internas, hemorroides, litotricias. El doctor Cienfuegos acababa de usar el clorhidrato de cocaína, en la extracción de pólipos nasofaríngeos, en S. E. el Presidente de la República, don Domingo Santa María. "Esto ha venido a disipar" —escribe en su memoria Gabriel Covarrubias— "los muchos accidentes de mal augurio: como sofo- " cación, disnea, ataques de asma, etc., que a nuestro primer magis- " trado aquejaban, y a desmentir las infundadas presunciones de la

" opinión general, que le juzgaba afectado de serias y profundas " lesiones orgánicas". "Cualesquiera que sean los inconvenientes de " este medicamento como anestesia local" —dice, finalmente, el autor en su memoria— "goza de otra parte de cualidades excelentes, que le " garantizan el primer rango entre los anestésicos de este orden".

La anestesia local con cocaína, parecía un milagro; rápidamente se generalizó. Al principio eran, naturalmente, sólo ensayos tímidos, pequeñas infiltraciones intradérmicas en el sitio mismo de la incisión. En Alemania fueron, Woelfler, ayudante de Billroth, y otros, que empezaron a ejecutar operaciones de cierta importancia, con anestesia local; en Estados Unidos, Halsted, Corning y Robinson, hacían lo mismo que los cirujanos alemanes y con independencia de ellos. En Francia fué sobre todo Reclus, quién perfeccionaba y vulgarizaba la anestesia local y regional. Lucas Sierra, que algunos años después visitó a Reclus, escribió en 1893, desde París, para la Revista Médica, sus impresiones sobre la anestesia local con cocaína, que Reclus había practicado ya en más de 2,000 operaciones. La solución usada era de 1 al 2%, y nunca debía pasarse la dosis de veinte centígramos. Las inyecciones debían ser intradérmicas, trazadoras, es decir, exactamente por donde iba a pasar el bisturí.

En estos años nació, también, la *anestesia troncular*. Halsted había ejecutado, en 1885, la anestesia troncular del nervio alveolar inferior para la extracción indolora de un diente. Oberst, en 1888, había recomendado su anestesia troncular para los dedos; anestesia que todavía lleva su nombre. Cabría aquí discutir el antiguo problema, que aparece casi regularmente en todo descubrimiento científico, el problema de la prioridad; porque, con independencia de estos dos cirujanos, americano y alemán, la anestesia troncular fué también descrita en Chile.

En la Revista Médica de los años 1886/87, es decir, al año después de la experiencia de Halsted y uno a dos años antes de Oberst, que ordinariamente es considerado como el verdadero inventor de la anestesia troncular, aparece una corta publicación de Manuel J. Barrenechea, cuyo título reza: *"Inyección de cocaína al nivel del cordón espermático. ¿Anestesia la cocaína aplicada solamente sobre la extremidad periférica de los nervios?"*. En ella Barrenechea cuenta que, en unión de otros colegas, fué llamado para prestar sus servicios profesionales, a un joven que sufría de orquitis traumática sumamente dolorosa. El enfermo había estado con dosis altas de morfina, que ya no le

calmaban sus dolores. En estas circunstancias, Barrenechea creyó que un anestésico local sería más ventajoso, y practicó una inyección de un centígramo de muriato de cocaína, al nivel del orificio externo del conducto inguinal, haciendo llegar el medicamento hasta el contacto con los elementos del cordón. El enfermo empezó a sentir alivio casi inmediatamente de sus dolencias, y se le practicó, además, una punción exploradora, con el objeto de ver si existía algún derrame de la vaginal. También esta punción fué indolora. Barrenechea pregunta en seguida: "¿Cómo es que la cocaína ha producido en este caso la anestesia, " siendo, como se cree generalmente, que sólo obra aplicándola sobre la " extremidad periférica de los nervios?. ¿Será que se puede anestesiar " una región cualquiera del cuerpo humano, aplicando una inyección " de cocaína sobre el trayecto del nervio que suministra la sensibi- " lidad a aquella región?. Ello parece lo más natural y lógico". Así termina su publicación, y a pesar de que también menciona la extracción indolora de los dientes de la mandíbula inferior, practicando una inyección al nivel de la penetración del nervio dentario inferior, lo que él había hecho también en algunas ocasiones, parece desprenderse de su publicación, que para él todo aquéllo era nuevo y desconocido. Algunos años después, Crile ejecutaba la anestesia troncular, inyectando la solución de cocaína en forma endoneural, en los troncos nerviosos que previamente había descubierto. En algunas manos cuidadosas y expertas en anestesia local y regional, la alta cirugía empezaba a beneficiarse con el nuevo procedimiento. La anestesia en general, parecía haber entrado en una nueva faz; se ejecutaban ya amputaciones, resecciones, herniotomías y aun laparatomías, bajo anestesia local. Muchas de estas intervenciones, entre nosotros, si la anestesia resultaba, eran, naturalmente, publicadas. Luis Astaburuaga, en 1889, amputa un dedo índice destrozado por una sierra circular, en un enfermo que se negaba a someterse a la cloroformización, que le inspiraba gran miedo por haberla sufrido ya una vez. Este caso se encuentra descrito en la memoria de Adolfo Hirth, del mismo año. Pardo Correa, extrae un gran lipoma de la región escapular, en 1899; la enferma apenas sufrió, y esto usando solamente la cantidad de siete centígramos de cocaína. Lucas Sierra, al año siguiente, opera una hernia inguinal doble, con anestesia local con cocaína, siguiendo exactamente los consejos de Reclus. *Esta parece haber sido la primera hernia operada en esta forma, en Chile.*

En 1899, también, aparece una tesis de licenciatura, "*De las inyecciones de clorhidrato de cocaína*". Su autor, Cornelio Durán Grez hace un estudio sobre una estadística formada por 36 casos operados con cocaína, por el método de Reclus, en la clínica del profesor Barros Borgoño y en el Servicio de Cirugía de Lucas Sierra, del Hospital de San Borja. Señala las ventajas de la anestesia local sobre la general, a pesar de la minuciosidad con que había que efectuar la primera, para que diera resultados. Había sido usada ya, en una traquetomía, una resección costal por absceso hepático, en lipomas, hemorroides, una fractura de la clavícula y hasta, en dos ocasiones, en *laparatomías por quistes del ovario*. Pero, con el mayor uso de ella y sobre todo las dosis más altas, iban haciéndose, también, más frecuentes y más graves las intoxicaciones producidas por la cocaína. En el Primer Congreso Médico Chileno del año 1893, Valenzuela Basterrica, presenta un estudio sobre la acción fisiológica del muriato de cocaína, y refiriéndose a los numerosos casos de intoxicación, dice que, siempre que esté indicada la necesidad de hacer uso de este anestésico, debe procederse con el mayor cuidado y mesura. También en Europa, la cocaína había caído en descrédito, por la serie de casos de muerte que bien luego registraba la literatura médica. La escuela alemana no había permanecido inactiva, vuelve a hacerse presente en forma tal, que se impone, dando origen a los verdaderos cimientos de la anestesia local y regional. Gubler había hecho notar, que la inyección de cantidades de agua debajo de la piel, aminoraban ya manifiestamente la sensibilidad. El médico y filósofo Carl Ludwig Schleich, recurrió a las soluciones muy diluídas de cocaína; había dado a conocer su procedimiento de infiltración, en 1891. En una correspondencia de Berlín, del mismo año, don Aureliano Oyarzún, ya comunicaba a los lectores de nuestra Revista Médica, los detalles de la nueva forma de anestesia. Solamente cuatro años después, vuelve a hablarse de ella en nuestra Revista. En busca constante de drogas más efectivas y menos tóxicas que la cocaína, se descubren, en los años siguientes, un gran número de sucedáneos de ella, entre los cuales la principal es la *novocaína*, dada a conocer por el químico Einhorn, de Munich, en 1905. Con la novocaína, la anestesia local experimenta, en corto tiempo, un desarrollo asombroso. El mérito de haber hecho de ella lo que actualmente es, de haber transformado los métodos imperfectos y primitivos en métodos prácticos y seguros, aplicables no sólo a pequeñas operaciones sino también en grandes intervenciones, le corresponde, sobre todo, al cirujano alemán

Heinrich Braun. No sólo fué el primero que usó la *adrenalina* y llamó la atención sobre la importancia de la novocaína en la anestesia local, sino también debe considerarse como el inventor de muchas de las anestesias tronculares, ideadas por él, después de minuciosos estudios anatómicos sobre la inervación de las distintas regiones del cuerpo humano. Al éxito de este gran cirujano, junto a los trabajos publicados por otros cirujanos (Haertel, Kulenkampff en Alemania; Pauchet, en Francia; Crile y Cushing, en Estados Unidos), se debe que la anestesia local se haya introducido en todas las especialidades y en la cirugía general, y que hoy día, en algunas clínicas, más de la mitad de las operaciones se efectúen bajo anestesia local.

En Chile, los primeros datos sobre anestesia local se remontan, como lo hemos dicho anteriormente, al mismo año de su descubrimiento en Europa, 1885. En 1899, Sierra opera por primera vez una hernia inguinal doble, con anestesia local; pero usando todavía el método de inyección trazante, como lo había llamado Reclus. En el mismo año, Lucas Sierra usa también el método de infiltración de Schleich, con solución débil de cocaína, en un bocio, en su servicio del Hospital de San Borja. A principios de este siglo, en 1905, apareció la primera edición del libro de Braun, sobre anestesia local y regional. Es la fecha de su verdadero nacimiento. Uno de los más entusiastas propulsores de la anestesia local, entre nosotros, ha sido Guillermo Münnich, de Valparaíso; en su servicio empezó a usarse ya en 1906, y fué, seguramente, el primero en aceptarla y ejecutarla, desde aquellos años, en la mayoría de las intervenciones que hoy día se ejecutan con ella. Fué, también, el primero en ejecutar la anestesia del plexo braquial según Kulenkampff, luego después que este cirujano había dado a conocer su método, en 1911. De la tesis de licenciado de Hernán Huidobro, del año 1907: "Contribución al estudio de la anestesia local", se desprende que en ese año ya se ajecutaban anestesias locales en algunas clínicas santiaguinas, usando el método de infiltración de Schleich, con soluciones de novocaína. Desde entonces se ha acentuado también entre nosotros, más y más, la tendencia de abandonar la anestesia general y reemplazarla, en lo posible, por la anestesia local. Son muchos los cirujanos chilenos que posteriormente, en los últimos dos o tres decenios, han hecho publicaciones sobre esta forma de anestesia; debemos mencionar especialmente a Ricardo Zúñiga Latorre, que en varios excelentes trabajos, siendo todavía ayudante de la Clínica del profesor Lucas Sierra, aboga por la mayor extensión de la anestesia local y regional.

Otro adelanto se logró en la anestesia regional, con la *anestesia de los esplácnicos. Fué Kappis de Kiel el primero quién, en 1914, anunció ante el Congreso de los Cirujanos Alemanes, la posibilidad de anestesiar los esplácnicos y obtener una anestesia completa de las vísceras intra-abdominales.* Kappis abordaba los esplácnicos, como es bien sabido, por vía posterior a través de las masas lumbares, Braun, por el contrario, con la experiencia recogida en la anestesia regional, prefería la vía anterior. Son muchos los cirujanos chilenos que se han valido de esta anestesia, en los casos en que parecía estar indicada, y es la vía anterior de Braun, la que ha sido preferida, porque permite practicar la inyección bajo el control del tacto y aun de la vista. *El primero en efectuar la anestesia de los esplácnicos, según el procedimiento de Kappis, fué Arnulfo Yohow*, quién ya en 1921, dos años después de las primeras publicaciones de Kappis, empezó a usarla en la Clínica del profesor Gregorio Amunátegui, y siempre con resultados satisfactorios. Otros defensores de esta forma de anestesia regional en la cirugía del abdomen superior, han sido: Ricardo Zúñiga Latorre, de la Clínica del profesor Lucas Sierra, y Jorge Castro. En varias publicaciones, han dado a conocer sus resultados y las pequeñas variantes que han introducido en la técnica de ambas vías. Sin embargo, con la introducción de la anestesia general con gases, la anestesia de los esplácnicos ha sido desplazada y son pocos los cirujanos, entre nosotros, que siguen usándola.

La *anestesia intravenosa con éter*, fué recomendada ya en 1908 por Bier, pero nunca llegó a popularizarse, a pesar de que en un principio se creyó que este procedimiento sería un gran recurso quirúrgico. Entre nosotros, Eduardo Palomino Cruzat, en su tesis de 1910, explica el *modus operandi* de la anestesia de Bier, y detalla los casos que sirvieron de base a su trabajo y en los cuales la anestesia, por los menos en su gran mayoría, fué buena. Son muchas las drogas que se usaron posteriormente para obtener buenas anestesias endovenosas, pero éstas sólo logran popularizarse, con el descubrimiento de los derivados barbitúricos de escasa toxicidad, (somnifeno, pernocton y otros). El *evipán sódico*, usado por primera vez en Alemania en 1932, y luego el *pentothal sódico*, introducido en Estados Unidos en 1934, se han demostrado hasta ahora como los agentes más eficaces y debido a ellos, la anestesia intravenosa ha obtenido gran difusión en los últimos años. Desde 1933, el evipán sódico y, algunos años después, el pentothal sódico, han sido probados y experimentados por los cirujanos chilenos,

y su campo de aplicación ha crecido en forma increíble. También la *anestesia evipánica prolongada,* ha sido experimentada entre nosotros por algunos cirujanos, con buen éxito. La literatura nacional sobre la anestesia intravenosa de los últimos años, es numerosa.

La anestesia general fué aplicada a la cirugía, en 1846; ya a los pocos años empezaron a buscarse otras vías de administración narcótica, para evitar los frecuentes accidentes, a veces mortales, de la anestesia por inhalación. *En 1847, el cirujano ruso Nicolás Pirogoff ensaya, por primera vez, la narcosis etérea por vía rectal, usando los vapores de éter.* Posteriormente se hicieron numerosos ensayos en Alemania, Francia y Estados Unidos, sin que el método lograra popularizarse, en primer lugar por las reacciones locales que provocaba en la mucosa del recto y colon. *Entre nosotros, la eterización rectal fué ensayada por primera vez en la Clínica del prôfesor Barros Borgoño, en 1885/86.* En su memoria de prueba, basada sobre diez observaciones, Benjamín Alvarez Z. arriba a la conclusión de que es un procedimiento que está muy lejos de merecer la condenación absoluta con que algunos habían pretendido rechazarlo, pero que tampoco es digno de alabanzas sin límites, con que otros habían querido ensalzarla. Casi cuarenta años después, en 1922, la anestesia rectal por insuflaciones de vapores de éter, es nuevamente motivo de una tesis (M. Bahamondes); pero frente a los enormes progresos de muchas de las formas de anestesias, la eterización rectal nunca obtuvo Carta de Ciudadanía. En 1913, sin embargo, James Taylor Gwathmey revive y perfecciona el método de administración rectal de éter, empleándolo mezclado con aceite de oliva, forma en la que ordinariamente no irrita la mucosa rectal. Los resultados obtenidos, fueron más satisfactorios; esto se desprende, también, de la tesis de F. de Amesti, del año 1918, sobre cuarenta observaciones de anestesia óleo-etérea. Pero a pesar de todas las precauciones, los accidentes seguían siendo frecuentes, pero por las ventajas del procedimiento, su aplicación fácil y cómoda, la supresión de los fenómenos de excitación y disminución de las complicaciones pulmonares, siguieron los ensayos con diferentes otras substancias, hasta que los químicos alemanes, Willstatter y Diusberg, lograron descubrir, en 1917, la *avertina,* cuyo uso rápidamente se generalizó en Alemania, sobre todo como *anestesia basal,* combinándola con un poco de éter por inhalación. En esta forma el procedimiento ha sido recomendado por evitar el choque psíquico, especialmente en niños. Entre nosotros, son muchos los cirujanos que han usado la avertina como anestésico

basal, mientras existía en el mercado, y numerosas son también las publicaciones sobre ella (R. Burmeister, G. Münnich, R. González G.), y todas ellas favorables en su apreciación del procedimiento como anestesia basal.

BIBLIOGRAFIA

ASENJO, ALFONSO. Discurso, fundación Soc. Chil. de Anestesiología. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1946.—BARRENECHEA, MANUEL. Narcosis de cocaína a nivel del cordón espermático. Rev. Méd. 1886-87.—COVARRUBIAS, GABRIEL. Estudio sobre el muriato de cocaína. Rev. Méd. 1886-87.—COVARRUBIAS ZENTENO, RAÚL. Accidentes de anestesia local. Rev. Soc. Cir. Hosp. 1944.—DEL RÍO, ROBERTO. La cocaína en operaciones de corta duración. Rev. Méd. 1889.—DURÁN GREZ, CORNELIO. De las inyecciones de clorhidrato de cocaína. Tesis, 1899.—GROVE, HUGO. DE LA FUENTE, R. Anestesia del esplácnico. 1.er Congreso Nac. de Cirugía, Valparaíso, 1924.—HUIDOBRO G., HERNÁN.—Contribución al estudio de la anestesia local. Tesis, 1907.—MARÍN, JUAN. Anestesia regional. Tesis, 1929.—MARTÍNEZ P., CÉSAR. Contribución al estudio de la cocaína. Anales de la Universidad, 1885.—MATURANA, GUSTAVO. Anestesia local. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—MUNNICH, GUILLERMO. RECCIUS, ADOLFO. Anestesia Local en Cirugía. Temas de cirugía clínica, 1933. OYARZÚN, AURELIANO. Anestesia local. Rev. Méd. 1892.—PARDO CORREA, C. Empleo de la cocaína en cirugía. Rev. Méd. 1899.—PUGA BORNE, F. Envenenamiento por la cocaína. Boletín de Medicina, 1885.—RECCIUS, ADOLFO. Anestesia troncular en las extremidades. Tesis, 1923.—RIVAS, LUIS. La anestesia del esplácnico en cirugía del estómago. Tesis, 1929.—ROURET, CARLOS. Percaína, nuevo anestésico. Tesis, 1930.—SIERRA, Lucas. Algunas novedades de los hospitales de París. Rev. Méd. 1893.—VALENZUELA B., GERMÁN. El clorhidrato de cocaína, como anestésico quirúrgico. Primer Congreso Médico Chileno, 1893.—VALENZUELA B., GERMÁN. Acción fisiológica del muriato de cocaína. Primer Congreso Médico Chileno, 1893.—VALENZUELA B., GERMÁN. Valor terapéutico de los anestésicos locales. Prog. Méd. 1901.—VIDAL, EDUARDO. La anestesia local con novocaína-adrenalina. Tesis, 1915.—YOHOW, ARNULFO. La anestesia de los esplácnicos. Rev. Méd. 1921.—ZÚÑIGA LATORRE, RICARDO. Anestesia local, regional y troncular. Bol. Soc. Cir. 1933.—ZÚÑIGA LATORRE, RICARDO. Anestesia regional en cirugía abdominal. Bol. Soc. Cir. 1934.

ANESTESIA LUMBAR

Cabe a Leonardo Corning, de Nueva York, el honor de haber sido el primero que, en el año 1885, tan sólo un año después del descubrimiento de Koller, inyectó en el canal raquídeo una solución de cocaína, para anestesiar la parte inferior del cuerpo. Quincke, en 1891, introdujo la punción lumbar para extraer líquido céfalo-raquídeo, como medio de diagnóstico o terapéutico. Esto sirvió de base a Bier de Bonn, para introducir hasta los nervios terminales de la médula, una substancia anestesiante como la cocaína. En la clásica patria del éter, las observaciones de Corning no habían llamado grandemente la atención; por esta razón la aplicación quirúrgica de esta nueva forma de anestesia, no se hizo hasta 1899, año en que Bier demostró su factibilidad y publicó los resultados de sus primeros trabajos. Con esto la aplicación de la anestesia raquídea, quedó definitivamente establecida en cirugía. Como en tantos otros descubrimientos científicos, se ha discutido mucho su prioridad; considerada esta discusión en forma desapasionada, debe decirse que los méritos corresponden por igual a Estados Unidos, Alemania y Francia. Ya en 1888, Sicard había inyectado suero fisiológico con toxina antitetánica y otras substancias, en el espacio subaracnoídeo, y al año después de la primera publicación de Bier, Tuffier, en París, extendió el campo de aplicación de la anestesia raquídea desde las extremidades inferiores, única región a la cual la había aplicado Bier en sus primeros ensayos, hacia las intervenciones en órganos génito-urinarios y abdominales. *Bier debe considerarse, sin embargo, como el verdadero propulsor del nuevo método de anestesia; en 1898, lo experimentó en sí mismo y en uno de sus ayudantes, Hildebrand.* El método se popularizó rápidamente, siendo empleado por algunos con gran descuido en la técnica, contra lo cual, protestó Bier; mucho le indignó, las grandes dosis de cocaína que usaban. Los accidentes consecutivos, durante y después de la operación, fueron de carácter tal, que muy pronto cundió la alarma entre los cirujanos. Ya en los primeros años, forzando un poco las dosis o, como habían recomendado algunos, poniendo a los enfermos en posición de Trendelenburg, se habían obtenido anestesias altas, del tórax y de las extremidades superiores, y se habían efectuado pleurotomías, resecciones de costillas, amputaciones de la mama, y ya en 1900, Bier había ejecutado una

operación en un brazo, usando la anestesia raquídea. En el Congreso Internacional de París, del mismo año, en el cual Lucas Sierra estuvo presente, pudo oír por primera vez, lo que ya entonces, dos años después de las primeras publicaciones de Bier, era posible obtener por medio de esta nueva anestesia. Como veremos luego, fué Sierra también uno de los primeros en usarla en Chile, en la Clínica del profesor Barros Borgoño. Luego fué el mismo Bier, que con su prestigio le había dado un gran impulso, el que dió el grito de alarma por los inconvenientes serios de la anestesia raquídea, no considerándola aún suficientemente madura para entrar en la práctica quirúrgica.

Empezó a buscarse otra substancia menos tóxica, y la industria suministró bien pronto una cantidad de sustitutos del alcaloide de la coca; pero al principio los resultados no fueron mejores, ninguno de ellos quedaba exento de los inconvenientes de la "borrasca de los veinte minutos", el malestar profundo, la angustia, los vómitos, etc., y de complicaciones de carácter más grave, síncopes, paresias, parálisis, durante y después de la operación. Con el descubrimiento de la *estovaína*, por el químico francés Fourneau, en 1904, se nota un nuevo auge en la historia de la anestesia lumbar. Hasta el descubrimiento de la *novocaína* por Einhorn, en 1905, se la consideraba como el mejor agente de la anestesia espinal. En el Congreso de Cirujanos Alemanes de 1909, se discutió ampliamente el problema y se adujo que las analgesias lumbares arrojaban todavía, una mortalidad de uno por trescientos cincuenta. Fué en esa misma asamblea, cuando Bier dió el grito de alarma. Tanto él como la mayoría de los demás cirujanos, estuvieron contestes en rechazar la *anestesia general espinal*, que había propuesto en 1908, el profesor Jonnesco de Bucarest, ante el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas. "Nuestros " primeros ensayos del método preconizado por Jonnesco" — escribía Sierra— "nos dejaron la más penosa impresión; jamás, con la anestesia " general, habíamos observado nada de parecido. Rápidamente nos " colocamos al lado de los que lo proscriben".

También en el seno de la Sociedad de Cirugía de París, en 1908, hubo prolongadas discusiones sobre el empleo de la raqui-anestesia, que salió muy mal parada, porque la mayoría de los cirujanos se declararon contrario a ella y sólo algunos la defendieron, entre ellos, Pauchet, Chaput y, naturalmente, Tuffier. Pero con el uso de otras substancias menos tóxicas, la *eucaína*, la *estovaína* la *tropococaína*, y la *novocaína*, las complicaciones se iban haciendo menos frecuentes y se

levantaba, también, el nivel de la anestesia. Con Kroenig, ginecólogo de Friburgo, comienza una nueva etapa en la historia de la raquianestesia, porque asociaba a ella el "sueño incierto" o "crepuscular", que se obtiene mediante la aplicación de morfina y escopolamina, y que ha dado tan magnífico resultado.

En nuestro país la anestesia espinal es tan antigua casi como en Europa y Estados Unidos donde fué usada por primera vez por Tait y Caglieri, a fines de 1899. Ya en una sesión de Mayo de 1901, Lucas Sierra da a conocer una serie de casos personales en que había efectuado, con excelente resultado, la anestesia espinal, en la clínica del profesor Barros Borgoño. En 1899, es decir, el mismo año en que Bier había dado a conocer sus primeros resultados, Arturo Brandt, que también era ayudante de la misma clínica, había hecho punciones lumbares sobre cadáveres, con el objeto de cerciorarse si en realidad no había ningún peligro en dichas punciones. Pero según Brandt, que interinamente había llegado a ser Jefe de Clínica de Barros Borgoño, la idea de poner en contacto con los centros medulares y el bulbo una cantidad de cocaína por pequeña que fuere, era una falta de prudencia imperdonable. "Se comprende" —decía en la misma sesión a que nos hemos referido— "que no debe este método ser llevado a la práctica". Como toda innovación científica, también la anestesia lumbar tuvo, naturalmente, sus defensores y sus detractores, tanto en Europa como entre nosotros. También en la Clínica del profesor Ventura Carvallo, empezó a ensayarse la anestesia lumbar, tempranamente. Las experiencias de ella datan desde 1902, cuando todavía se usaba casi exclusivamente la cocaína como anestésico. Francisco Navarro, ayudante de la clínica, presenta en el Primer Congreso Panamericano celebrado en Santiago en 1908/9, esta experiencia, basada ya en ochenta casos tratados con este nuevo método de anestesia. Por sus grandes inconvenientes en los primeros casos en que fué usado, hubo necesidad de desistir de él en la Clínica, hasta que en 1906 Navarro empezó a usar la estovaína, que había visto ensayar a Bier en su clínica de Bonn. Entre los años 1905 y 1908, se habían operado ya más de cien enfermos, con anestesia lumbar, de los cuales sólo en dos hubo accidentes de carácter grave. Sin embargo, los resultados generales no fueron tan satisfactorios, como para recomendar el método calurosamente. Navarro dice en sus conclusiones, que es un método todavía en estudio, sin estar bien preparado para la práctica quirúrgica. A pesar o tal vez debido a estos primeros ensayos hechos en nuestras dos clínicas quirúrgicas,

la anestesia medular encontró muy poca aceptación en Chile, en los primeros años. Ya en el mismo año, 1901, en que Lucas Sierra había dado una conferencia en la Sociedad Médica sobre esta nueva analgesia quirúrgica, tuvo que dar a conocer dos casos de accidentes graves, aunque felizmente no mortales, después de raqui-cocainizaciones.

Y aún muchos años después, la anestesia medular, no era todavía un procedimiento que había adquirido una situación definitiva en cirugía. Como lo hemos mencionado, también en Chile encontró oposición, pero es digno de recordar aquí, el trabajo que sobre esta materia presentó el profesor Alcibíades Vicencio, al *Primer Congreso Médico Latino-Americano* que tuvo lugar en Santiago, en Enero de 1901. La analgesia medular tan completa, no podía menos de ser empleada en obstetricia, para tratar de reemplazar la anestesia general en casos de operaciones, y aún en sólo los partos normales, en los períodos de dilatación o de expulsión. En realidad, Bumm había empezado a usar esta anestesia en su Clínica, para calmar los dolores del parto. Esto fué en 1900; también Kreis de Basilea y Doleris en París, dieron a conocer sus experiencias en este mismo año. *Alcibíades Vicencio comenzó a aplicar la anestesia medular en obstetricia, en Junio de 1900, no teniendo ninguna experiencia anterior que lo guiara, no había aún publicación alguna sobre la materia.* Sólo en el Zentralblatt f. Gynokologie del mes de Julio del mismo año, habían aparecido los primeros casos, publicados por Kreis de Basilea. El trabajo de Alcibíades Vicencio, cuyo título era *"La anestesia durante el parto, por inyecciones subaracnoídeas de eucaína"*, llamó poderosamente la atención, tanto entre los médicos que asistían al Congreso, como en el público en general. Hubo discusiones en la prensa y en la Junta de Beneficencia, respecto a este nuevo medio terapéutico, el "sistema Vicencio", ùn "método victorioso de la tocología moderna". *A Vicencio le corresponde, pues, el mérito de haber ensayado por primera vez, en la misma época en que se efectuaban las mismas experiencias en Europa, por algunos grandes tocólogos, la anestesia raquídea con el objeto de suprimir el dolor durante el parto.* Nada sabía, al aplicarla por primera vez, sobre si se suprimía con ella o perturbaría la actividad contráctil del útero, o si pondría en peligro la vida de la madre y del niño. Simpson, el célebre profesor de Edinburgo, había sido el primero en hacer extensiva la anestesia al parto, empleando, primero el éter y en el mismo año, 1847, el cloroformo, cuyas propiedades anestésicas acababa de descubrir. Desde esa época, había quedado planteada la interesante cuestión, si se debe o nó aplicar la narcosis

durante el parto. Pero con la narcosis por inhalación, con la cual se tenía ya una experiencia de medio siglo, se lograba sólo atenuar el dolor, sin suprimirlo, pues al llegar a la insensibilidad completa, sufría también el trabajo del parto en su marcha normal. Alcibíades Vicencio creyó haber hallado un procedimiento fácil, práctico y seguro, para suprimir en absoluto el dolor del parto. Esto lo había conseguido en su primer caso, una secundípara de 21 años de edad, sin que en la madre o el niño, aparecieran manifestaciones inquietantes, que hicieran temer por sus vidas. Pero hubo de parte de la enferma, ciertos fenómenos secundarios como vómitos y cefalalgia, que se manifestaron durante y después del parto, y que obligaron a Vicencio a dejar la cocaína por la eucaína. Ensayó su procedimiento en 60 casos y tuvo algunos accidentes, uno de ellos de carácter grave. En una enferma, dos días después del parto, que fué absolutamente indoloro, se produjo una hemiplegía. No teniendo especiales conocimientos de las enfermedades nerviosas y deseando vivamente saber si en este accidente, alguna parte tenía la aplicación de su procedimiento, Vicencio solicitó y obtuvo de la *Asociación Médica de Hospitales*, una comisión compuesta de un cirujano, un neurólogo y un internista, a fin de que una vez estudiado el caso, emitieran sobre él su opinión. Fueron designados los colegas Manuel Barros Borgoño, Germán Greve y Daniel García Guerrero, los cuales, después de cinco meses en que habían visto sus aplicaciones y observado a la enferma, manifestaron que, a su juicio, ninguna relación de causalidad existía entre la inyección y la hemiplegía. Se trataba, según ellos, de una simple coincidencia. *Vicencio pudo pues comprobar, independientemente de los tocólogos europeos, que las inyecciones de substancias analgesiantes en los espacios subaracnoídeos, obran paralizando los movimientos de las fibras de los músculos estriados, sin influir sobre los músculos de fibras lisas.* El sistema Vicencio no fué adoptado en definitiva, pero esto no resta méritos a sus trabajos.

Alcibíades Vicencio había hecho su primer viaje a Europa, en los precisos momentos en que los portentosos descubrimientos de Pasteur y de Koch, transformaban las bases en que descansaba la medicina antigua y echaban los cimientos de la higiene moderna. A su regreso a Chile, trabajó activamente por la reforma de nuestra enseñanza médica y por la modernización de nuestros establecimientos de beneficencia. Fué uno de los creadores del Instituto de Higiene y uno de los organizadores del Primer Congreso Médico Latino-Americano, que mucho contribuyó al progreso de las Ciencias Médicas en el país. A

este Congreso presentó su trabajo que hemos comentado. Fué, posteriormente, miembro de la Junta de Beneficencia, del Consejo Superior de Higiene y del Consejo de Habitaciones para Obreros. Fundó el Instituto de Puericultura y de los Boy Scout, instituciones que por sí solas bastarían para inmortalizar su nombre. Fué profesor extraordinario de ginecología y ordinario de obstetricia para matronas, y uno de los más distinguidos colaboradores de la Revista Médica, en aquellos años. Falleció en 1913.

La raqui-estovainización por el método de Jonnesco, que hemos mencionado arriba, fué propuesta en 1908 y experimentada desde fines de 1909, en el servicio del Rosario del Hospital de San Borja, dirigido en aquellos años por Lucas Sierra y también en su Clínica Universitaria. Anestesias altas se habían ejecutado solamente en tres casos, por operaciones en el cuello, miembro superior y el tórax. Pero en dos de estos casos hubo lipotimias intensas, con parálisis respiratorias que comprometieron seriamente la vida de las operadas, que felizmente pasaron con respiración artificial. El método de Jonnesco, fué proscrito. Este cirujano de Bucarest, había llamado a su método *"raquianestesia general"*, y lo consideraba totalmente nuevo y distinto a la raqui-anestesia lumbar; la había adaptado a todas las operaciones para cualquier parte del cuerpo. Se basaba en dos principios fundamentales: la punción del raquis a cualquier nivel y el agregado de la estricnina al anestésico, que en un principio era la estovaína y posteriormente la novocaína o la tropocaína. Jonnesco tenía la convicción absoluta de que la raqui-anestesia general, sería el método de anestesia del porvenir. En esto, sin embargo, se equivocaba, porque la gran mayoría de los cirujanos nunca aceptaron su procedimiento, por los peligros e inconvenientes inherentes a él.

Muchos son los que en nuestro país se han ocupado posteriormente, con la raqui-anestesia. Uno de los más entusiastas propulsores fué, incuestionablemente, Luis Vargas Salcedo, quién ya en 1905 había practicado anestesias para operaciones supraumbilicales, colaborando en la memoria de licenciado de Manuel Moreno, una de las primeras escritas en Chile, sobre el tema. En 1929, Vargas Salcedo dió a conocer su experiencia adquirida en 1700 raquicocaínas de operaciones no sólo infraumbilicales, sino también supraumbilicales, torácicas, axilares y del cuello. Caupolicán Pardo Correa había presentado ya, en 1901 una extensa comunicación sobre las inyecciones intra-raquídeas de

cocaína, a la Sociedad Médica. En Valparaíso, Guillermo Münnich y Buenaventura Cádiz, por los años 1902 y 1903, de regreso de uno de sus viajes por Europa, habían llegado muy entusiasmados con dicha anestesia y comenzaron a usarla; pero los resultados fueron poco halagadores en un principio, sobre todo por las intensas cefaleas que duraban a veces meses. Tuvieron, como tantos otros cirujanos, que abandonar el método, para volver más tarde nuevamente a él, con mejores resultados. Hay, hoy día, una enorme cantidad de publicaciones al respecto, no sólo en la literatura extranjera, sino también en la nacional. Torres Boonen, Guillermo Münnich, W. Coutts, José García Tello, Alfonso Tobar, Eduardo de Ramón, Fernando Opazo, son algunos de los muchos que en nuestra literatura se han ocupado con la raqui-anestesia, sus indicaciones, sus ventajas e inconvenientes. Ha sido discutido, también, en varios congresos nacionales y latino-americanos. Se han ensayado una gran cantidad de substancias anestesiantes menos tóxicas que la cocaína; se ha mejorado la técnica de la punción lumbar y, aunque no existe todavía un anestésico ideal, el método ha sido aceptado definitivamente en la práctica quirúrgica y tiene, actualmente, un vasto campo de aplicación en todas las clínicas del mundo como en las nuestras.

También la *raqui-anestesia prolongada y controlable,* que ha sido recomendada por Lemmon y Paschal de Filadelfia, en 1940, ha sido ensayada entre nosotros por Fernando Opazo y Eugenio Opazo. En este procedimiento la aguja de punción con la jeringa, cargada con la solución anestésica, permanece durante todo el acto operatorio, de tal manera, que es posible la inyección de dosis sucesivas de anestésico, según las necesidades y la duración del acto. La anestesia puede prolongarse indefinidamente, al igual que la general. A pesar de que los autores le prometen un magnífico futuro, el procedimiento no se ha divulgado.

Algo parecido ha pasado con la *anestesia extra o peridural* de Doglioti y Bonniot, tan usada en la Argentina por Zorraquín y Gutiérrez. Ha servido de tema de memoria, en 1937, a José Steinberg Madera, quién ha ensayado esta clase de anestesia en más de un centenar de casos, en el Hospital Carlos Van Buren, bajo el control de los doctores Hugo Grove y Oscar Zunzunegui. Pero a pesar de los resultados aparentemente buenos que obtuvieron estos cirujanos y otros de la capital, el método no ha logrado introducirse en la práctica corriente. La misma suerte ha corrido la *anestesia epidural,* que ha sido ensayada,

entre nosotros, por Basilio Muñoz, en el servicio del profesor David Benavente, en 1920, pero cuyos resultados no son suficientemente convincentes, para hacer de ella un procedimiento de uso corriente.

Antes de terminar el capítulo sobre la anestesia en general, sin la cual la cirugía y en especial la de la cavidad abdominal no es ya concebible, debemos recordar la *anestesia anociva*, que ha sido recomendada particularmente para la cirugía abdominal. Ya mucho antes de Crile, que se considera como el verdadero fundador de este nuevo principio de la asociación anociva en cirugía operatoria, hubo muchos cirujanos que usaban la anestesia combinada; comenzaban con anestesia local, regional o lumbar, y agregaban una ligera anestesia general. Crile enseñó a prestar a la psicología del enfermo, toda la importancia que requiere; morfinización previa, anestesia local, para bloquear los nervios e imposibilitarlos para que transmitan al cerebro la estimulación que reciben durante el acto operatorio, y anestesia general lo más débil posible. Estas eran exigencias básicas de la *"anoci-association"*, de Crile, que ha sido también aplicada en amplia escala entre nosotros.

No puede hablarse sobre los procedimientos de anestesia, sin mencionar también ese maravilloso remedio para calmar el dolor, la morfina. *Fué descubierto en 1803, después de años de pacientes investigaciones, por el químico alemán Serturner*, pero en la primera mitad del siglo pasado, se usaba únicamente por vía bucal. Sólo desde 1855, año en que Pravaz construyó, en Francia, la jeringa de inyecciones, empezó a usarse también en forma de inyecciones subcutáneas, y el primero en hacerlo fué Alejandro Wood de Edinburgo, para tratar neuralgias rebeldes y otras afecciones dolorosas. Desde esa época quedaba establecido el *método hipodérmico*, y la terapéutica, enriquecida con una brillante adquisición. En la literatura chilena encontramos una interesante monografía sobre las inyecciones hipodérmicas, publicada en los Anales de la Universidad del año 1883, en la cual su autor, Julio Bobillier, hace una breve reseña histórica del método hipodérmico y su introducción en Chile. Este había tenido su predecesor en el *método endérmico*, que llevaba con una lanceta, como la vacunación de Jenner, las substancias absorbibles al espesor del dermis. Langenbeck había llegado, en 1837, aún con su lanceta cargada de medicamentos, hasta el tejido celular subcutáneo. Este método endérmico había prevalecido

en Chile, hasta el año 1862 o 63. Juan Miquel, profesor de Medicina Interna de nuestra Escuela de Medicina, enseñaba, por los años 1856/58, a sus alumnos, a servirse de la lanceta, para administrar los medicamentos por la vía entodérmica. Parece que el primero que usó el método hipodérmico, sirviéndose de la jeringa de Pravaz, fué el doctor Barington, médico inglés, por el año 1862 a 63, más o menos en la misma época que el doctor Wenceslao Díaz. La primera substancia que se usó entre nosotros, en inyección hipodérmica, fué la morfina. *El doctor Barington la practicó por primera vez al señor J. T. Urmeneta, y desde entonces la morfina sigue usándose como uno de los más poderosos medicamentos para combatir el elemento dolor.*

Junto con la morfina ha sido utilizada también, desde hace tiempo, la *escopolamina*, para procurar a los enfermos un estado de sueño incierto que, suprimiendo su conciencia, permite inducir la anestesia en forma más agradable y obtener, también, mejores resultados. Aún con anestesias superficiales, el enfermo cae en un profundo sueño, y cuando despierta, no tiene la noción de haber sufrido dolor alguno. Los primeros ensayos de estos "estados crepusculares", datan de 1899, pero su introducción a la práctica se debe, sobre todo, a los eminentes ginecólogos y tocólogos, Kroenig y Gauss de Friburgo, quienes asistieron a miles de parturientas, observando siempre el curioso fenómeno del *completo olvido del dolor*. Debido a la inyección de dosis exageradas, el procedimiento cayó en descrédito. Entre nosotros fué usado por primera vez en 1904, por los doctores Koerner y Anwandter, cuya pequeña comunicación sobre "narcosis con escopolamina", aparece en la Revista Médica de aquel año. Posteriormente la morfina fué substituída por el eucodal, que es menos tóxico, y se asoció el producto con la efetonina, tónico cardíaco de acción prolongada. Con esta substancia que se expende en el comercio (Escofedal), se logra obtener un excelente estado de "sueño crepuscular", que en combinación de la anestesia lumbar, ha sido muy usado entre nosotros, como también en otros países.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE, HUMBERTO. Anestesia epidural. Tesis, 1925.—CASTRO G., JORGE. Anestesia del plexo solar por la vía anterior. Bol. Soc. Circ. 1934.—CORTÉS, ELISA. Rasqui-anestesia general, por Jonnesco. Tesis 1910.— COUTTS, WALDEMAR. Sobre raqui-anestesia. Rev. Méd. 1923.—GARCÍA TELLO, JOSÉ. Breves consideraciones sobre mis experiencias de la raqui-anestesia en el niño. Med. Mod.

1931.—GROVE, HUGO. Informe preliminar sobre la anestesia extra o peridural. Prensa Méd.—MANSILLA, H. Raqui-anestesia en obstetricia. Tesis, 1935.—MORENO, MANUEL. La raqui-estovainización. Tesis, 1905.—MUNNICH, GUILLERMO. RECCIUS, ADOLFO. Anestesia quirúrgica Clínica, 1933.—NAVARRO, FRANCISCO. Anestesia lumbar. Rev. Méd. 1909.—NAVARRO, FRANCISCO. Anestesia lumbar. 4.° Congreso Científico (1.° Panamericano, 1909).—MUÑOZ PAL, BASILIO. Anestesia epidural. Rev. Méd. 1920.—OPAZO, FERNANDO. OPAZO, EUGENIO. Raqui-anestesia prolongada y controlable. 1.er Congreso Interamericano de Cir. 1943. PARDO CORREA, CAUPOLICÁN. Las narcosis intra-raquídeas de cocaína. Rev. Méd. 1901.—RAMÍREZ, C. Historia de la anestesia raquídea, en Obstetricia, en Chile. Bol. Soc. Obst. y Ginec.—RIQUELME, JUAN. Anestesia raquídea. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—SIERRA, LUCAS. Analgesia quirúrgica por inyección intraraquídea de cocaína. Rev. Méd. 1901.—STEINBERG MADERA, JOSÉ. La anestesia raquídea. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—SIERRA, LUCAS. Analgesia quirúrgica por inyección intraraquídea de cocaína. Rev. Méd. 1901.—STEINBERG, MADERA JOSÉ. La anestesia extra o peridural, en cirugía. Tesis, 1937.—TOBAR BRITO, ALFONSO. Anestesia raquídea con tutocaína. Tesis, 1929.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Sobre anestesia raquídea de las operaciones supraumbilicales. Rev. Méd. 1923.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Experiencia adquirida en 1,700 raquicocaínas. Rev. Méd. 1929.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Narcosis y raquídea. 1.er Congreso Nac. de Cir. 1942.—VICENCIO, ALCIBIADES. De la supresión del dolor en el parto. Prog. Méd. 1901.—WILDNER, OTTO. La raqui-anestesia en el niño. Tesis, 1927.

CAPITULO VIII

RAYOS ROENTGEN

Entre los métodos auxiliares de la cirugía, debemos mencionar en primer lugar, mucho más que por su importancia terapéutica, por su importancia diagnóstica, los rayos X o rayos Roentgen. Pocos descubrimientos alcanzaron a despertar tanto interés entre los hombres de ciencia y el público en general, que el hallazgo de estas radiaciones incógnitas y misteriosas. En la serena soledad de su laboratorio de Física en la Universidad de Wuerzburgo y el silencio de una noche de Noviembre de 1895, Guillermo Conrado Roentgen descubre los rayos X. Pero sólo después de siete semanas de pacientes investigaciones con el tubo de rayos catódicos de Hittorf-Crookes, hace su primera comunicación preliminar de sólo diez páginas, que ha pasado a la historia: *"Acerca de una nueva especie de rayos"*. Roentgen, no era un experimentador desconocido. Años antes había publicado ya interesantes experiencias originales sobre electro-óptica, que habían llamado la atención de los hombres de ciencia, por esto su comunicación conmovió a los círculos científicos y Roentgen fué objeto, inmediatamente, de la alabanza y la curiosidad internacional. Su descubrimiento no fué un producto de la casualidad, fué la coronación de una serie de investigaciones anteriores, a la cual deben asociarse los nombres esclarecidos de Lenhard, Helmhotz, Hertz, Hittorf, Crookes y otros, que a su vez habían tenido sus predecesores. No faltaron, naturalmente, en el primer momento, muchos que dudaran de la autenticidad de las copias de la radiografía de la mano de su esposa, que Roentgen había mostrado; porque la reproducción en la obscuridad completa, del esqueleto de una mano viva sobre una pantalla fluorescente o sobre una placa fotográfica, era algo inexplicable y fantástico. En dos informes posteriores, modelos de exactitud y sencillez en su exposición científica, Roentgen confirma sus hallazgos anteriores, que luego son confirmados en todo el mundo. Roentgen, tuvo la suerte y la inmensa satisfacción de poder seguir el desarrollo asombroso, nunca soñado, de

su descubrimiento, durante casi tres decenios hasta su muerte, ocurrida en Febrero de 1923. En pocas semanas y a pesar de los graves problemas internacionales de la época, la noticia del descubrimiento de los nuevos rayos, dió la vuelta al mundo y ya a fines de 1895, escasos dos meses después de la primera comunicación de Roentgen, traspasa los Andes; y tres meses después, en Marzo de 1896, en el mismo mes en que Roentgen presentaba a la Sociedad Físico-Médica de Wuerzburgo su segundo informe, el profesor de Electrotecnia de nuestra Universidad, don Arturo Salazar, obtuvo, sin aparatos especiales, la radiografía de la mano derecha del Profesor de Física, don Luis L. Zegers, su amigo y colaborador. Como dato comparativo, diremos, que la radiología argentina fué iniciada por el doctor Tomás Varsi, en el hospital de Bahía Blanca, en Diciembre de 1896. Desde las primeras noticias telegráficas recibidas, dice el profesor J. M. Anrique, se manifestó en los diversos centros científicos del país, gran interés por conocer en sus menores detalles el descubrimiento y repetir las experiencias del profesor Roentgen. Pero la pobreza de nuestros laboratorios, esterilizaron, durante cierto tiempo, la laudable aspiración de reproducir estas experiencias del sabio alemán. Tanto J. M. Anrique, profesor de Física de la Escuela de Medicina, como Arturo Salazar, profesor de Electrotecnia de nuestra Universidad, y Luis L. Zegers, profesor de Física de ella, nos han legado publicaciones de aquella memorable época, en que nos dan cuenta de las primeras tentativas practicadas en Chile, con los escasos elementos de que se disponía en este apartado rincón del mundo, y que demuestran que el alejamiento de los centros científicos y las dificultades que tenían que vencer, no eran obstáculos a la aspiración de mantenerse al corriente de los progresos de la ciencia. Más o menos en la misma época se habían emprendido en nuestra Universidad, por los profesores Zegers y Salazar y el Laboratorio de Física de nuestra Escuela de Medicina, los primeros ensayos experimentales. Como hemos dicho más arriba, el éxito coronó las experiencias practicadas en el Laboratorio de Física General de la Universidad. Después de vencer muchas dificultades técnicas —no había por ese tiempo un solo tubo de Crookes en todo Chile— Arturo Salazar obtiene en Marzo de 1896, la primera radiografía, que corresponde a la mano derecha de su colaborador. Este documento de tanto valor histórico, que conserva todavía la familia del ilustre maestro, fué exhibido por el distinguido radiólogo santiaguino doctor Félix Daza B., en el Primer Congreso Interamericano de Radiología celebrado en Buenos Aires en 1943.

En Mayo del mismo año, pudieron obtenerse las primeras radiografías, en el Laboratorio de Física de la Escuela de Medicina. El profesor Anrique las presenta en Junio, a una de las sesiones de la Facultad de Medicina y Farmacia. Los rayos X producidos, no eran todavía suficientemente penetrantes, por esto las reproducciones del esqueleto de la mano, eran muy débiles a pesar de exposiciones muy prolongadas; pero ya a fines del mismo año, el material había mejorado y las radiografías obtenidas, eran buenas, aunque Anrique no había logrado todavía obtener ninguna del muslo, del brazo, ni menos del tórax, aun con exposiciones prolongadas durante media hora. En esta sesión de la Facultad, celebrada el 3 de Diciembre de 1896, Anrique hizo también algunas experiencias y obtuvo en un minuto de exposición, usando una nueva bobina de inducción de Ruhmkorff recién llegada a su laboratorio, la reproducción radiográfica de la mano del Decano señor Ventura Carvallo E., quién presidía la sesión.

Con este deficiente instrumental del naciente laboratorio de radiología de la Escuela de Medicina, se obtuvieron en los años siguientes, la mayoría de las radiografías; sólo muchos años después, se introdujeron al país, los primeros aparatos de rayos X que han funcionado en Santiago.

La radiología se había iniciado tempranamente entre nosotros, y con todo el entusiasmo que se merecía. En el "Progreso Médico" del año 1897, es decir al año siguiente, encontramos una extensa comunicación sobre los adelantos en Europa y el empleo de los rayos de Roentgen en la medicina práctica. La técnica había hecho ya considerables progresos, los rayos X se obtenían con mayor seguridad, fuerza y regularidad. Sólo la intensidad era todavía insuficiente y la exposición, por lo tanto, a veces muy larga. Ya se habían visualizado el estómago y el intestino grueso, inyectando aire en sus cavidades. El descubrimiento de cuerpos extraños, se hacía cada vez más seguro. Varios cirujanos, entre ellos Pean, habían descubierto y extraído monedas que habían sido tragadas por niños. La utilidad de los rayos X para hacer el diagnóstico en las enfermedades de los huesos y articulaciones, se apreciaba todavía de un modo muy variado. Algunos le negaban toda utilidad, Kümmel, en cambio, hablaba ya de focos de naturaleza tuberculosa, tífica o luética. Las fracturas se diagnosticaban con facilidad a la luz de Roentgen. En el tórax, se distinguían el corazón y el diafragma, y se habían hecho ya algunos diagnósticos de aneurismas de la aorta, de exudados pleuríticos y aun de cavernas tuberculosas.

Se había operado un caso de riñón, por haberlo visto afectado de un cálculo, en la pantalla; pero aún no se había logrado ver cálculos biliares. La ginecología y la obstetricia, no se habían beneficiado todavía por los rayos X. Ya empezaba a hablarse de los posibles daños que podrían causar, porque se habían observado casos de rubicundez y tumefacción del cutis. En Estados Unidos había circulado la especie de que se había conseguido hacer ver a los ciegos, por medio de los rayos X. El autor censura duramente a las personas que hacen sufrir más a estos desgraciados, haciéndolos concebir esperanzas que al día siguiente se ven defraudadas. Y no fué éste el único rumor absurdo que había circulado, y no fué todo optimismo en torno del nuevo descubrimiento. Hubo comentarios humorísticos, satíricos y melodramáticos. Revistas francesas, inglesas y norteamericanas, sostenían, a veces en forma vehemente, argumentos pueriles y sin base científica alguna. Se aseguraba, que definitivamente desaparecería del mundo la vida privada; en Londres se había formado una brigada de moralidad, para resistir a todo costo a esta destrucción de la decencia, y una firma de Manchester hizo una pequeña fortuna, ofreciendo tejidos especiales a prueba de los nuevos rayos. En Nueva York, se pedían medidas enérgicas para evitar el uso de los rayos X en los gemelos de teatro; el "London Pall Mall Gazette", escribía: "Sobre esta revolucionaria indecencia, " no hay necesidad de extenderse, pero creemos nuestro deber, llamar " seriamente la atención del Gobierno, sobre las severas restricciones " legislativas que deben reglamentarlos, el día que su uso sea corriente. " Quizá sea mejor que todas las naciones civilizadas se pongan de " acuerdo, para quemar todos los trabajos sobre los rayos X, ejecutar " a todos los descubridores y arrojar al fondo del mar sus instrumen- " tos. Dejad que los peces contemplen sus huesos si quieren hacerlo, " que nosotros no lo queremos". Pero ya a fines del primer año de su descubrimiento, los rayos Roentgen habían sido definitivamente reconocidos por el mundo científico y con ello fueron apagándose también los rumores, las críticas y las sátiras.

Ya al año siguiente de los primeros ensayos practicados en Chile en 1897, vemos las primeras aplicaciones prácticas de los rayos X en la capital. En la sesión de la Facultad, de Septiembre de aquel año, el mismo decano Ventura Carvallo, se refiere a la importancia que ha adquirido la investigación por medio del fluoroscopio y de la radiografía, en el diagnóstico de un buen número de afecciones quirúrgicas, por ejemplo cita el caso de un enfermo que desde el año 1891, llevaba una

bala de rifle en la cavidad torácica y en el cual había fundadas esperanzas de precisar el sitio de residencia del proyectil, según placas obtenidas. En un niño afectado de coxalgia, se había tratado por el mismo procedimiento de investigación, de determinar la naturaleza de las lesiones de la articulación coxo-femoral. Finalmente, la Facultad expresa su deseo que el Supremo Gobierno suministre, muy en breve, los recursos necesarios para montar en el nuevo Hospital Clínico, una instalación de rayos X. En una sesión científica del "Progreso Médico" del mismo año, Gregorio Amunátegui presenta un enfermo que ocho días antes había recibido un balazo en el brazo derecho, quedando el proyectil encajado entre las masas musculares. Con ayuda de los rayos X pudo localizarse y en seguida extraerse, con lo cual se suprimieron los intensos dolores que sufría el enfermo. En una sesión de la Sociedad Médica, de Mayo del año siguiente, el doctor Guillermo Véliz Oliva dió cuenta de una aplicación de rayos X, para determinar la situación en el esófago de un niño, de una moneda de cobre, que fué en seguida extraída sin dificultad, por el doctor Tomás Albarracín, profesor de oto-rino-laringología de la Facultad y primer médico chileno que implantaba esa especialidad en el país. Demás está decir que era la primera vez que se extraía un cuerpo extraño del esófago, con ayuda de los rayos X, entre nosotros.

Esta era la situación en nuestro país, a dos años de haberse producido el descubrimiento de los rayos X. El desarrollo posterior y la enseñanza de la radiología, han estado estimulados por la continua y entusiasta acción de muchos de los médicos más sobresalientes del país. Debemos mencionar aquí, en primer lugar, a José Ducci K., quién en 1917 fué designado profesor de Física Médica de la Escuela de Medicina, en reemplazo de J. M. Anrique. Dotado de un talento extraordinario, fué también uno de los precursores más destacados en el ejercicio y en la enseñanza de la radiología en Chile. Independientemente de los trabajos europeos, concibió en 1913 la radioscopía estereoscópica. Con Ducci, el ejercicio de la radiología tuvo en el país un extraordinario incremento. Debemos recordar aquí, también, los altos merecimientos de Erich Heegewaldt, cuyo nombre está íntimamente ligado a la historia y desarrollo de la radiología chilena. Había llegado a Chile en 1921, cuando la especialidad estaba recién iniciándose en manos de Ducci, Soza y algunos otros. Ocupó primero la jefatura del servicio de radiología del Hospital Roberto del Río y luego de la Casa Nacional del Niño. En 1937, organizó el Instituto Central de

Radiología del Hospital San Francisco de Borja, cuya jefatura ocupó hasta 1944, año en que murió trágicamente. Sus numerosos discípulos están hoy distribuídos por todo el país. El desarrollo de la radiología en los últimos años, entre nosotros, ha estado estimulado por la continua y ponderable labor de muchos excelentes especialistas, que han contribuído a alcanzar la encomiable altura a que ha llegado la radiología chilena.

En la actualidad, la gran mayoría de los servicios hospitalarios, tanto en la capital como en provincias, cuentan con buenas instalaciones para el diagnóstico por medio de los rayos X. En 1943, fué fundada la *Sociedad Chilena de Radiología*, que con sus reuniones y congresos, ha contribuído grandemente a la mayor difusión de los conocimientos radiológicos, entre los médicos en general.

En los capítulos pertinentes, nos referiremos a los adelantos alcanzados en el diagnóstico de las afecciones abdominales.

BIBLIOGRAFIA

AMUNÁTEGUI SOLAR, GREGORIO. Aplicación de los Rayos X. Progreso Médico, 1897.—ANRIQUE, J. M. Sesión de la Facultad de Medicina y Farmacia, del 3 de Diciembre de 1896.—ANRIQUE, J. M. Rayos de Roentgen. Memoria, 1896. ANRIQUE, J. M. Los Rayos X y Roentgen. Bol. de la Facultad de Medicina y Farmacia, 1898.—CAPLAN, ADOLFO. Examen radiológico del abdomen, con ayuda del pneumoperitoneo. Rev. Méd. 1921.—DAZA BRANTES, FÉLIX. Historia de la primera radiografía obtenida en Chile. Radiología, Tomo VIII, N.° 1 y 2, Buenos Aires, 1945.—DÍAZ, FERNÁN. Erich Heegewaldt. Rev. Méd. 1944.—DUCCI, JOSÉ. Modernas aplicaciones e investigaciones sobre los Rayos X Anales de la Universidad, 1925.—GARRETON SILVA, A. Introducción al estudio de la patología. Rev. Méd. 1937.—GUZMÁN, LEONARDO. Discurso pronunciado con motivo del 40.° aniversario de la primera aplicación de los Rayos X y del descubrimiento del Rádium. Rev. Méd. 1938.—G. S. Empleo de los Rayos de Roentgen, en la medicina práctica. Progreso Méd. 1897.—HEEGEWALDT, E. Sobre los elementos de la radioterapia profunda. Rev. Méd. 1923.—HERRERA VARAS, RAMÓN. Cuerpos extraños, su diagnóstico y localización por los Rayos X. Tesis, 1906.—KOERNER, VÍCTOR. Vigésimo-sexto Congreso Alemán. Progreso Médico, 1897.—LARRAGUIBEL, ARMANDO. Recuerdos de la vida de José Ducci. Rev. Méd. 1932.—LARRAGUIBEL, ARMANDO. Discurso pronunciado con motivo del 40.° aniversario de la primera aplicación de los Rayos X y del descubrimiento del Rádium. Rev. Méd. 1938.—MOORE, EDUARDO. SEPÚLVEDA, EDUARDO. La fotografía con Rayos X y sus aplicaciones en la medicina. Informe presentado al Sr. Ministro de Chile en Berlín, 1896.—Progreso Médico, 1896. OPAZO, LUIS. La obra radiológica de José Ducci. Rev. Méd. 1932.—VÉLIZ O., GUILLERMO. Aplicación de los Rayos X Rev. Méd. 1899.—WEHRHAHN, ALEJANDRO. Coeficiente de seguridad del diagnóstico radiológico, en las enfermedades del aparato digestivo. Rev. Méd. y Alimentación, 1937.—ZEGERS, LUIS. Los progresos de la electricidad y el descubrimiento del Profesor Roentgen. Anales de la U. 1897.—Sesión científica del Progreso Médico, del 16 de Septiembre de 1897.

CUARTA PARTE

SOBRE ALGUNAS AFECCIONES ABDOMINALES QUE SE INTERVENIAN YA EN LA ERA PREANTISEPTICA

CAPITULO IX

ABSCESO HEPATICO

"La desintería es un verdadero azote para Chile, donde es endémica, reina todo el año y contribuye tanto a la mortalidad, que por sí sola hace más víctimas que las afecciones cerebrales y torácicas agudas, y como no las hace en Europa, el cólera, el tifus y todas las gastro-enteritis reunidas".

Francisco Julio Lafargue, 1851.

Si entre las pocas afecciones quirúrgicas abdominales que se intervenían, ya mucho antes del advenimiento de la era listeriana, mencionamos en primer lugar el *absceso hepático*, no lo hacemos por un mero capricho. En realidad, la antigüedad y frecuencia de los sindromas disentéricos y de los abscesos hepáticos en nuestro país, es un hecho que casi no se puede precisar, pero no cabe la menor duda que, durante la mayor parte de nuestra época colonial y durante todo el siglo pasado, la disentería y las enfermedades del hígado reinaban en forma endémica en muchas de nuestras poblaciones, dando a nuestra patología de aquellos años, tanto por su gravedad como por su frecuencia, una fisionomía muy particular. Hubo por épocas epidemias desastrosas que asolaban nuestras ciudades y que eran temidas, con razón, como uno de los azotes más terribles. Chilenos y extranjeros eran acometidos en igual forma, tanto el recién llegado al país como el naturalizado con el clima. Hay dos afecciones, decía Adolfo Murillo en 1875, que predominan en Chile con una crueldad desesperante, que son muy especiales de su nosología y con las cuales nos encontramos a cada paso, la *hepatitis* y la *disentería*. Mientras que las Repúblicas vecinas habían sido cruelmente devastadas por el cólera, la fiebre amarilla y la malaria, Chile, hasta aquella época, había podido quedar risueño y

tranquilo; pero por desgracia, la disentería no era sólo el privilegio exclusivo de los países cálidos. Uno de los muchos médicos chilenos que en una u otra forma se habían dedicado a su estudio, decía, en el último tercio del siglo pasado, que ni lo benigno de su clima, ni sus frondosas selvas ni sus valles amenos, habían bastado para salvar a Chile de los estragos de la disentería, que reinaba en forma endémica y había hecho de nuestro hermoso suelo, uno de sus hijos predilectos.

No es de extrañar, por lo tanto, que en 1843, año de la fundación de nuestra Universidad y cuando la disentería conservaba todavía todo su carácter alarmante, la Facultad de Medicina, que designaba anualmente un tema sobre las enfermedades más graves y más frecuentes en Chile, insistiendo sobre sus peculiaridades, eligiera como primer tema para la composición que aspirase al premio de 1844, un tratado sobre la disentería con las particularidades que presenta en Chile. Al año siguiente, 1844, la Facultad se reunía para discernir el premio propuesto a la mejor memoria presentada, pero no halló en ninguna de las cuatro un mérito suficiente para obtenerlo íntegro y resolvió dividirlo en tres de ellas, asignando cien pesos a la que había marcado con el número 1, y repartiendo los cien pesos restantes entre las que había señalado con los números 2 y 3. Estas tres memorias se imprimieron extractadas en el primer tomo de los Anales de la Universidad, correspondiente a los años 1843/44. Como éstos eran la primera revista del país que daban cabida en sus páginas a los trabajos científicos, las memorias mencionadas sobre la disentería, son también las primeras publicadas entre nosotros. En los veinte años siguientes, entre 1843 y 1863, aparecen más de una docena de extensas publicaciones y memorias sobre el mismo tema, en los Anales, y entre sus autores encontramos a muchos, portadores de ilustres nombres, que han pasado a la historia de la medicina en Chile. En la mayoría de estos trabajos, se trata de memorias de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad; en otras, de discursos de incorporación de miembros académicos. Entre estos últimos mencionamos a don Jorge Petit (1861), profesor de Medicina Interna, don Wenceslao Díaz (1863) y don Valentín Saldías (1865). Entre los autores de tesis de grado figuran, entre otros, don Manuel Cortés (1850), don Adolfo Murillo (1862), don Erasmo Rodríguez (1871), don Santiago Letelier (1873), don Néstor Calderón (1877), don Juan Manuel Salamanca (1879), don Miguel Claro (1884). Como se ve, la disentería y el absceso hepático, siempre han estado de actualidad y nunca ha faltado el interés por su estudio. Pero su historia se

remonta mucho más hacia atrás. Según Eduardo Cruz Coke y Gregorio Lira S., el diagnóstico de disentería, de diarrea con sangre y de apostema del hígado, figuran con notable insistencia en los archivos del Hospital de San Juan de Dios, que ellos han podido revisar desde 1720. Según otras fuentes de información, la disentería había tomado forma epidémica en muchas ocasiones anteriores, correspondiendo las invasiones más graves, a los años 1628, 1648, 1668, 1718, 1724 y 1773. En una comunicación de don Wenceslao Díaz a la Facultad de Medicina, en una sesión del año 1863, este eminente médico comenta algunos documentos relativos a la historia de las enfermedades en Chile, refiriéndose, en particular, a dos de ellos que contienen las observaciones recogidas en diversas épocas por "profesores hábiles" y que nosotros mencionamos aquí, porque en ambos se refieren, también, a la disentería y el absceso hepático. El primer informe fué escrito en 1814, por don José Gregorio Paredes, médico y cosmógrafo mayor del Perú, que por motivos de salud se había domiciliado en los alrededores de Santiago. Su título era el siguiente: *"De las enfermedades observadas en Chile, durante 15 meses de residencia"*. Entre las enfermedades poco frecuentes, Paredes menciona a las pleuresías, la tisis, pero muy aguda cuando ataca, y las disenterías, *que son muy raras y de marcha más lenta en Santiago que en Lima.* El segundo informe era del profesor Lafargue, francés de nacimiento, que había venido a Chile en 1836 y había recibido su nombramiento de profesor de Anatomía y Fisiología, como sucesor de don Pedro Morán, de nuestra naciente Escuela de Medicina en 1841. Lafargue, fué el verdadero iniciador de los trabajos anatómicos en Chile. En su informe intitulado: *"De l'état du Chili consideré sous le point de vue hygienique et médical"*, y publicado en una revista francesa en 1851, estudia primeramente las condiciones higiénicas de los habitantes, y en seguida la patología y la terapéutica de las enfermedades más frecuentes en Chile. Es un informe que merece una crítica severa del doctor Wenceslao Díaz, por su "prurito pesimista de encontrar malo todo lo de este país". Lafargue, en su carácter de profesor de Anatomía, abría semanalmente por término medio tres cadáveres, para sus demostraciones anatómicas y para comprobar la causa de los fallecimientos. *Entre las enfermedades más frecuentes enumera también la disentería, la hepatitis y los abscesos idiopáticos del hígado.* La disentería, dice Lafargue en su informe, es un verdadero azote para Chile, donde es endémica, reina todo el año y contribuye tanto a la mortalidad, que por sí sola hace más víctimas que las afecciones cerebrales y torácicas

agudas y como no las hace en Europa el cólera, el tifus y todas las gastro-enteritis reunidas. Verdad es también, dice más adelante, que los estragos causados por esta enfermedad no sólo son favorecidos por la naturaleza del clima y los bruscos cambios de temperatura, sino principalmente por la mala alimentación, el abuso de frutas verdes, como igualmente por el poco aseo de la ciudad de Santiago y de sus habitantes. Estudia detalladamente en cien autopsias, las lesiones intestinales que sólo por excepción se encuentran más arriba de la válvula íleo-cecal, y que ordinariamente están formadas por profundas ulceraciones que suelen comprometer las tres túnicas del intestino grueso y recto y que concluyen por perforarlas. No son raras tampoco las gangrenas de las mucosas atacadas, que son comúnmente mortales. Las hepatitis son tan frecuentes en Chile, según Lafargue, como las afecciones tuberculosas en Francia. "Afecta una forma muy grave e " interesante, que hasta hoy ha sido estudiada con poco cuidado, como " todas las enfermedades que se desarrollan lejos de nosotros, en " países faltos de verdaderos observadores". Se refiere a la hepatitis flemonosa, a veces aguda pero casi siempre crónica y endémica como la disentería. Describe cuidadosamente las lesiones anatómicas consecutivas a los abscesos idiopáticos del hígado, esclarecidas por numerosas autopsias, y hace notar *"las relaciones de coincidencia y de sucesión que " median entre la hepatitis y la disentería, de tal manera que en los " individuos acometidos frecuentemente de la última, se debe sospechar " casi siempre el desarrollo latente de la primera"*.

Wenceslao Díaz, al comparar estos dos informes, hace ver el inmenso desarrollo que habían tomado las enfermedades del hígado, cuyo punto de partida parecía datar desde la aparición de la disentería, y exclama: "En treinta años operarse un cambio tan grande, tan espan- " toso que hace presagiar las mayores y más fatales consecuencias!. " Algunos de los profesores que me escuchan, han visto efectuarse " estas evoluciones a sus propios ojos, han podido seguirlas paso a paso, " palpar sus resultados y hoy pueden establecer las más desconso- " ladoras comparaciones".

Para la mayoría de los autores europeos, la hepatitis supurativa o idiopática, era una enfermedad propia de los climas cálidos y tropicales y muy rara en los países de clima templado, pero Chile parecía hacer una excepción a esta regla, porque el absceso hepático presentaba su máximo de frecuencia en la zona central, en pleno clima templado. Desde muy antiguo se había observado, que los focos de endemia se

confundían casi con los de la disentería, y también en Chile se había determinado de un modo evidente la coincidencia de ambas afecciones, y la anatomía patológica y la clínica enseñaban constantemente, que existía alguna relación entre ellas, como de causa a efecto.

Todos los autores de las numerosas publicaciones del siglo pasado, entre nosotros, están de acuerdo en que tanto la disentería como la hepatitis supurativa eran frecuentes, sobre todo en la parte media de la zona central y a lo largo del valle longitudinal, notándose una disminución gradual mientras más se avanzaba al sur, concluyendo por desaparecer casi del todo en Valdivia, Llanquihue, Chiloé y en las tierras magallánicas, lugares donde una permanencia prolongada modificaba favorablemente y aún curaba estas afecciones contraídas en el norte. Eran particularmente las ciudades de Santiago, Valparaíso, Talca y Concepción, donde se observaban con mayor frecuencia los abscesos hepáticos, y a pesar de que las estadísticas del siglo pasado eran más que insuficientes, no faltan datos dispersos en la literatura de aquellos años, que demuestran que la hepatitis supurada reinaba en forma endémica, apareciendo, de vez en cuando, verdaderas epidemias que hacían, naturalmente, aumentar de inmediato el interés de los médicos por esta misteriosa enfermedad, que entre nosotros solía tomar caracteres de gran malignidad, llamando vivamente la atención de los médicos extranjeros que llegaban a nuestro país, creyendo que por la benignidad del clima esta clase de enfermedades eran desconocidas. Así había sucedido con el doctor irlandés Guillermo Blest, radicado en Chile desde 1823 y que a los pocos años, en 1826, publica su "*Ensayo sobre las causas de las enfermedades que se producen en Santiago de Chile*", y en que se refiere a la "abultada proporción de enfermos del hígado", principalmente en el verano, y a la disentería tropical o gangrenosa que en aquellos años causaba grandes estragos.

En la práctica hospitalaria, los médicos podían fácilmente apreciar la frecuencia de la hepatitis supurada. En una publicación del año 1861 el profesor de la Facultad, don Jorge Petit, decía que, estando encargado de una clase de anatomía, como cuarenta cadáveres habían servido durante este tiempo a las demostraciones, y a lo menos ocho de ellos presentaban abscesos en el hígado. En una estadística de los hospitales de Santiago, que se refiere particularmente al movimiento del Hospital de San Juan de Dios, durante los tres primeros trimestres del año 1864, leemos que habían muerto en ese lapso, un total de 1.262 enfermos, y de éstos, 117 de absceso hepático, 57 de hepatitis, 101 de

aneurismas, 74 de fiebre tifoidea, 120 de tuberculosis, 131 de neumonía, etc. Es decir, alrededor de un 15% había muerto a consecuencias de una afección hepática. Según lo que expone en su memoria del año 1871, don Erasmo Rodríguez, se observaron en las salas de clínica médica del Hospital San Juan de Dios, en un semestre del año 1870, sesenta y cuatro enfermos de disentería de los cuales veintitrés habían muerto, es decir, la mortalidad había sido de 36%, mortalidad enorme si se comparaba a la de otros países. En el mismo lapso se habían observado cuarenta y ocho enfermos de absceso hepático, de los cuales habían muerto dieciséis, o sea exactamente la tercera parte. Todavía en 1890 un autor nacional escribía, que la disentería constituía en Chile la afección intestinal más frecuente: era la causa del 10 u 11% de la mortalidad general de nuestros hospitales, y ocupaba el segundo lugar en la serie de las enfermedades que terminaban en éstos con la muerte. Los abscesos hepáticos, por su parte, contaban un 5% de las víctimas de los hospitales de hombres. Cifras parecidas encontramos en muchas publicaciones anteriores y posteriores, y todas demuestran suficientemente que ambas afecciones tenían una importancia práctica inmensa, no sólo por su enorme frecuencia, sino también por la gravedad y rapidez de su marcha. Al penetrar en cualquier sala de hospital, tanto en la capital como también en Valparaíso, era lo común observar cuatro o cinco enfermos de absceso hepático: "me ha sucedido" —decía un médico en 1877— "contar hasta diez, casi la mitad de una sala". Aún en 1915, y a pesar del gradual mejoramiento de las condiciones generales de la salubridad pública, el profesor Lucas Sierra decía, que los abscesos hepáticos figuraban en las estadísticas de su clínica, hasta hace muy pocos años, con un porcentaje no inferior al del 10% de todas las grandes intervenciones.

Muy interesante es el estudio de la gradual evolución del concepto sobre la etiología de la disentería y del absceso hepático, y de las múltiples ideas y conjeturas que trataban de explicar la frecuente coexistencia de ambas afecciones. En realidad, pocos son, seguramente, los problemas en medicina que han dado lugar a tantas discusiones y a opiniones tan diversas y contradictorias. No podemos entrar a estudiar las innumerables hipótesis que sobre esta materia se habían formulado y que sucesivamente iban suplantándose las unas a las otras. La naturaleza íntima de la disentería y del absceso hepático quedó, naturalmente, desconocida hasta el advenimiento de la parasitología y el descubrimiento de la entamoeba hystolítica. En un principio la disen-

tería era considerada como un simple reumatismo intestinal, como una difteria de la mucosa intestinal, o puramente catarral. Otros autores hablaban de una alteración primitiva de la bilis, por orgasmo del hígado, o sencillamente de una alteración mórbida especial. A mediados del siglo pasado, muchos autores aseguraban ya, que los abscesos del hígado eran siempre consecutivos a procesos ulcerosos del tubo digestivo, estimando al mismo tiempo que era la disentería de los países cálidos, la que con más frecuencia daba lugar a estas ulceraciones. En su informe del año 1851, al cual nos hemos referido más arriba, Lafargue aseguraba ya, que al hacer investigaciones anatómicas sobre disentería, muy rara vez había dejado de encontrar en los cadáveres, apostemas del hígado, y casi todos los autores nacionales, confirmaban posteriormente este hallazgo de Lafargue. El doctor Erasmo Rodríguez, en su memoria del año 1871, dice que en 23 muertos de disentería, encontró once con uno o más abscesos del hígado. El doctor Santiago Letelier, al año siguiente, sobre 47 observaciones suyas, todas comprobadas por la autopsia, encuentra 10 casos acompañados de abscesos. También Adolfo Murillo, en su tesis del año 1862, llama la atención sobre lo común que es la complicación del hígado en la disentería, y por el año 1885, cuando recién se iniciaba la bacteriología, el doctor Puelma Tupper, profesor de Anatomía Patológica, que había tenido la oportunidad de hacer y presenciar gran número de autopsias, insistía nuevamente que la existencia de ulceraciones intestinales en individuos muertos de absceso hepático, era frecuentísima. Al mismo resultado había llegado independientemente, en 1889, Alejandro del Río, ayudante de la clase de Anatomía Patológica. Todo esto lo atestiguaban muchos de los médicos franceses e ingleses que habían tenido ocasión de practicar en Argelia y en la India, donde ambas enfermedades existían también en forma endémica. *La frecuente coincidencia de ellas había, pues, hecho nacer la idea que entre ellas debían existir vínculos de causalidad.* Pero, ¿cuáles eran estos vínculos?. Sobre este punto, nuevamente las opiniones diferían. Según Broussais, la inflamación de la mucosa intestinal y particularmente la del duodeno, se extendía a la mucosa de las vías biliares y de aquí al parenquima hepático. Muchos autores franceses y también nacionales, habían adoptado esta manera de interpretar la formación de los abscesos hepáticos, pero en Inglaterra y en Alemania esta opinión no encontró mucho eco, y con razón, porque nadie había podido demostrar anatómicamente esta propagación por continuidad, aparte de que la inflamación de la mucosa en la disen-

tería, estaba localizada en el intestino grueso y no en el duodeno. Nació luego otra teoría que se acercaba mucho más a la verdad y que fué formulada por primera vez por Ribes; según ella, *la inflamación se comunicaba de la mucosa intestinal al hígado, por intermedio de la vena porta.* Se admitía que a nivel de las pequeñas raíces de ella, se producía una absorción de los productos inflamatorios, de materias deletéreas, según algunos, que se localizaban en el hígado dando lugar a los abscesos. Para muchos autores era sólo una teoría más, hábil e ingeniosa, pero no había modo ni de probar ni de refutarla. Jamás se había encontrado en las autopsias una inflamación de las venas mesentéricas, ni de la porta. No faltaban por esta razón autores, entre ellos Frerichs y Annesley, autoridades en materia de enfermedades del hígado en aquellos años, quienes no aceptaban que los abscesos hepáticos fuesen la consecuencia de la disentería, aún en los casos en que podía probarse que la ulceración disentérica del intestino había precedido a la supuración del hígado. También entre nosotros, no faltaron los que dudaran de las afirmaciones de Ribes. En 1877 un alumno de Wenceslao Díaz, Néstor Calderón, afirma, en su memoria, que se ha exagerado demasiado la importancia de la disentería en la producción de los abscesos hepáticos, y al sentar este hecho, se apoya en muchas razones. Todas las teorías para explicar la formación de los abscesos, eran muy problemáticas, a veces inadmisibles y ninguna suficientemente probada por la observación anatómica. Existían, además, formas de disentería en Europa, que no se complicaban de abscesos hepáticos. En Chile y en los países cálidos, según Calderón, la hepatitis precede casi siempre a la disentería; esto había sido confirmado por muchos autores europeos y por las propias observaciones del autor. Annesley, cuya opinión hacía fe en esta materia, y con él muchos autores más, habían sostenido hasta que la hepatitis era la causa ocasional de la disentería. No sin razón, Néstor Calderón hace en seguida las siguientes preguntas: "¿Porqué no se producen abscesos en las ulceraciones intestinales " de la tuberculosis, de la fiebre tifoidea, de la disentería de los países " templados, siendo el proceso el mismo que el de la disentería de los " países tropicales, es decir, ulceración intestinal con detritus pútridos y " gangrenosos, como se ve en la fiebre tifoidea?. ¿Porqué los productos " de esta ulceración no son absorbidos y llevados al hígado para formar " focos purulentos?. Se me dirá que son de distinta naturaleza, pues " bien, entonces deberían formarse abscesos de distinta naturaleza " también; ¿acaso el pus de los abscesos es específico?".

Sin darse cuenta de ello el autor, con esta última pregunta, había dado un gran paso hacia la solución del problema. Concluye diciendo que no existía ninguna prueba clara, evidente, para sostener que la disentería sea causa ocasional de la hepatitis supurativa, muy probablemente se trata de una complicación de vecindad, y muchas veces de una coincidencia mórbida. Todavía en 1898, Lucas Sierra, sin negar la frecuente coincidencia de la disentería y de los abscesos hepáticos, niega que esté probado la relación de causa a efecto que se le atribuye, " porque habría que admitir, entonces, una virulencia latente que " duraría tres a cuatro años.".

Sin embargo y a pesar de todas estas objeciones, a los pocos años, a fines del siglo pasado, quedaba definitivamente aceptado que la causa más frecuente del absceso hepático, era la disentería, y con esto se afirmaba la unidad etiológica de ambas afecciones. A favor de ello hablaban un sinnúmero de hechos, a pesar de que la teoría de la flebitis radicular de la porta y de los abscesos metastásicos por embolía, también se prestaba a consideraciones y ataques muy fuertes y bien fundados. Era muy fácil hablar de elementos compuestos, de gases deletéreos o de detritus gangrenosos que pasan a la circulación de la vena porta, pero no había medio de probar que había razón en lo que se decía.

Anque la verdadera naturaleza de la enfermedad permanecía desconocida, los autores del siglo pasado, en cambio, estaban conformes en considerar al clima como una de las causas predisponentes más poderosas en la génesis de la hepatitis supurativa. Pero aún en la apreciación de este factor, existían grandes divergencias. Todos los autores nacionales aceptaban que la disentería de nuestro país, era muy semejante a la de los países tropicales, y que producía sobre el hígado los mismos efectos, pero en ellos los elementos climatéricos eran muy distintos. En Chile, la enfermedad presentaba su máximo de frecuencia en la zona central y en pleno clima templado. Persistían también en este campo, las dudas y conjeturas. Reinaba, como para las demás epidemias, la misma incertidumbre, y en el afán de buscar las causas, se hablaba de miasmas, de ozono, de influencias siderales, de gases mefíticos, deletéreos e insalubres que emanaban de las acequias y pantanos que se hallaban en continua putrefacción, etc. Para la mayoría de las epidemias, era forzoso admitir el aire como vehículo y conductor del contagio. Pero, ¿en qué consistía, cómo se encontraba en él, de dónde venía, cuál era su forma; había en él algo de material, de invisible, de imponderable?.

A todo esto, había que agregar otros factores capaces de producir una predisposición del hígado por un exceso funcional de él, la mala alimentación y un exceso en el uso de las bebidas alcohólicas. La frecuencia del alcoholismo asumía ya en aquellos años, caracteres de suma gravedad, y en un gran número de los individuos atacados de absceso hepático, era fácil comprobar que se trataba de alcohólicos, y muchas veces ellos mismos referían el principio de su padecimiento a una borrachera. Pero también eran atacados individuos que habían llevado una vida perfectamente higiénica, y no todos los autores le daban una importancia excesiva al uso de bebidas alcohólicas. En la memoria de don Manuel Cortés, del año 1850, leemos que su autor había tenido ocasión de notar en el hospital, que jamás ninguno de estos enfermos había acusado a la chicha en la producción de su mal.

En la tesis de don Juan Manuel Salamanca, publicada en los Anales del año 1879, se mencionan por primera vez agentes de otro orden, como probables causantes de la disentería y del absceso hepático, los *microorganismos*. Hay una hipótesis muy en boga en aquellos días, según el autor, y que sin duda parecía la más aceptable. Según ella, estas enfermedades se hallaban bajo la dependencia de alteraciones cósmicas especiales, "debidas al desarrollo de un bacterio" que Lebert había demostrado en las evacuaciones. "Admitida esta hipótesis, el desarrollo " de la enfermedad se explicaría de esta manera. Desarrollado este " "bacterio" en la atmósfera afectaría al hombre sano, pero cuyo " organismo estuviera preparado, por decirlo así, para recibir su impre- " sión. Este enfermo serviría a su turno de foco de reproducción, donde " irían a multiplicarse hasta el infinito estos mismos bacterios, para " desprenderse en seguida en las emanaciones y miasmas del enfermo " y especialmente en las evacuaciones disentéricas".

Antes de estudiar la última etapa de la evolución del concepto sobre la génesis de las afecciones nombradas, veamos algunos *caracteres anatómicos particulares* que presentaban los abscesos hepáticos entre nosotros. Era muy difícil hacer una descripción general satisfactoria de la hepatitis supurativa, porque su sintomatología cambiaba, naturalmente, según la situación del absceso, su tamaño, su evolución y sus complicaciones. En general, el cuadro era el mismo del absceso hepático idiopático de los países cálidos; pero en ciertas épocas, parecía presentar caracteres de especial malignidad entre nosotros. No podemos estudiar detenidamente su sintomatología, pues saldríamos de

los límites que nos hemos impuesto. En la gran mayoría de los casos, el absceso se situaba en el lóbulo derecho del hígado, de preferencia hacia su cara superior, confirmando con esto, las observaciones de los autores europeos. *Como dato curioso diremos que en la primera observación de un absceso del hígado, publicada en el primer tomo de nuestra Revista Médica del año 1872, se trataba de un absceso situado en la cara convexa del lóbulo izquierdo del hígado, y que también en la primera publicación sobre el tema, aparecida en el primer tomo de los Anales (1843), se relata otro caso del hospital de Valparaíso, en el cual la situación era la misma.*

A veces los abscesos eran precedidos de una disentería flemonosa o gangrenosa de particular malignidad, en que los enfermos no sólo arrojaban membranas, sino pedazos del intestino mismo; otras veces, en cambio, su evolución era perfectamente silenciosa y sin antecedentes de una verdadera colitis. En general los abscesos eran *únicos*, pero desde las primeras publicaciones, entre nosotros, los autores llamaban la atención sobre la frecuencia de los abscesos *múltiples*, quizás más comunes que en los países cálidos. También Lucas Sierra afirmaba en 1898, que la multiplicidad de los abscesos era, en Chile, mucho más frecuente de la que indican las estadísticas europeas, y que no había sido tomado suficientemente en cuenta para el tratamiento. Las dificultades diagnósticas de los abscesos hepáticos, en lo que se refiere al número de ellos, eran naturalmente grandes. Había que pensar en un segundo foco, en aquellos casos en que un absceso abierto quirúrgicamente, se había evacuado fácilmente y en los cuales persistían los síntomas propios del absceso y no se presentaba una rápida mejoría. La gravedad de estos abscesos múltiples era considerable, siendo la muerte su terminación más frecuente. *En la clínica del profesor Barros Borgoño, decía Sierra en 1898, de cada tres enfermos de absceso hepático, uno era portador de abscesos múltiples.* Por este motivo insistía en las punciones múltiples, que, cuidadosamente practicadas, no presentaban mayor peligro que en dejar focos no descubiertos que casi fatalmente conducían a la muerte.

En cuanto al volumen de los abscesos hepáticos, éste era naturalmente muy variable, según un trabajo del doctor Alejandro del Río, del año 1889, en que estudia la anatomía patológica de las hepatitis supuradas, parece que entre nosotros donde dominaba la forma subaguda, el volumen que podían alcanzar estas colecciones purulentas, sobrepasaba al que señalaban los autores para los climas cálidos. En

efecto, al lado de pequeños abscesos superficiales, se observaban también, y esto era lo más común, grandes focos. No eran excepcionales los casos en que el hígado descendía hasta la fosa ilíaca derecha, y en que por la punción o la abertura quirúrgica, se obtenían 2, 3 y hasta 10 y 12 litros de pus.

Si el absceso se abría en un órgano o una cavidad vecina, entonces se instalaban síntomas que variaban, naturalmente, según el camino que había seguido el pus. No era raro tampoco observar, que un absceso se abría paso por dos puntos diferentes. Un caso de éstos había sido presentado por Schneider, a la Sociedad Médica, en 1874. Primeramente el enfermo había arrojado pus por la boca, después nuevamente a través de los espacios intercostales de la parte posterior del dorso, quedando con un trayecto fistuloso. La más frecuente de las vías que seguía el absceso, era probablemente la del pulmón. "Diariamente " vemos en los hospitales" —decía Manuel Cortés en 1850— "hígados " enormes, convertidos casi enteramente en una inmensa masa de " materia purulenta... Actualmente hay, en el Hospital de San Juan " de Dios, en distintas salas, como seis casos de abscesos hepáticos " abiertos en el pulmón de un modo lento; estos enfermos se encuen- " tran en el estado de demacración que veo de cerca, con sentimiento, " su terminación fatal".

Muy frecuentemente los abscesos se abrían a través de la pared torácica o abdominal, más raras veces hacia la cavidad abdominal, dando lugar a una peritonitis, que ordinariamente era violenta y mortal. Mucho más favorables eran, de ordinario, los casos en que el absceso se abría hacía el estómago o el intestino. Ya el doctor Lafargue había hecho notar, en sus observaciones de mediados del siglo pasado, que de veinte curaciones de abscesos del hígado, quince se debieron a su evacuación a través de los intestinos. Un accidente raro, era el vaciamiento a través de la pelvis renal derecha. Adolfo Murillo refiere un caso de esta última forma, que transcribimos en parte, porque era su portador el doctor Juan Miquel, profesor de Patología y Clínica. Había sufrido anteriormente y en épocas distantes, tres abscesos en el hígado, abiertos todos en el canal alimenticio. "Este sabio y " modesto profesor" —dice Murillo de su enfermo,—"me ha dicho, " en una conversación tenida con él a este respecto, que después de " haber sentido los mismos síntomas con que se habían anunciado " los abscesos anteriores, principió a notar que su orina tenía un color " blanco opaco y que en el fondo del vaso se depositaba un sedi-

" mento parecido al agua de afrecho; que desde entonces el volumen
" del hígado disminuyó, la disnea que lo molestaba se mitigó, y todas
" las incomodidades que sufría, disminuyeron progresivamente hasta
" desaparecer. Durante este período no observó que su apetito dismi-
" nuyera notablemente, y sólo pudo advertir un ligero movimiento
" febril. Al observar todo esto, me dijo, no me quedó duda alguna de
" que mi absceso había desaparecido, y desde entonces recobré la
" salud". Esto ocurría en 1848.

Muy rara era también la abertura del absceso en el *pericardio*, y esta terminación era aceptada con mucha reserva por la mayoría de los médicos de la época. Frerichs, en su obra clásica sobre las enfermedades del hígado, la había admitido después de las observaciones de Rokitansky, de Graves y de Fowler, diciendo que se anunciaba con dolores violentos, con sofocación y con los signos de un derrame casi instantáneo en el pericardio. Agrega que, en fin, al poco tiempo sobreviene la muerte. Entre nosotros, estos casos habían sido observados y publicados en varias ocasiones. En la varias veces mencionada tesis de don Manuel Cortés del año 1850, éste relata un caso de absceso hepático abierto en el pericardio. El enfermo había muerto en Agosto de 1849. "La autopsia fué practicada por mí" —dice el autor— "y por " mi apreciable compañero don José Joaquín Aguirre, en presencia " de nuestros compañeros, cuyo resultado fué puesto en conocimiento " de muchos profesores que tenían noticia del caso".

Si bien los abscesos del hígado, abiertos en el pericardio eran muy raros, no cabía duda alguna, sobre su realidad. Adolfo Murillo, Alejandro del Río, vuelven a describir varios casos en 1875. En todos ellos se trataba de abscesos del lóbulo izquierdo del hígado, que se habían vaciado en la cavidad del pericardio. Richard Cannon describe, en el mismo año, en la Revista Médica, otro caso en Valparaíso. Se trataba de un caballero inglés recién llegado al país, de cincuenta años de edad, que no abusaba de licores espirituosos y cuya enfermedad empezó con síntomas agudos de pericarditis. En la autopsia se encontró un absceso del lóbulo izquierdo adherido al diafragma y a punto de abrirse en el pericardio, existía una intensa pericarditis. *Dada la gran frecuencia de los abscesos hepáticos en nuestros hospitales, no es de extrañar que prácticamente no existía complicación que no había sido observada.* A veces, la hepatitis supurativa se presentaba con caracteres relativamente benignos, otras veces, graves desde su comienzo; a veces, su evolución era más bien crónica, otras veces, de carácter agudo; pero siempre la

enfermedad era grave y peligrosa y terminaba, en la mayoría de los casos, con la muerte del enfermo.

Conocidas la disentería y la hepatitis supurada desde los tiempos más remotos, han seguido en su *tratamiento* la marcha progresiva de la ciencia médica, y la han acompañado a través de sus diversas etapas. Mientras se desconocía su naturaleza parasitaria, la terapéutica era, naturalmente, poco racional. Se había descrito un cúmulo de procedimientos curativos; no existía agente medicamentoso que no había sido empleado y que todos tenían sus ardientes defensores, como también sus tenaces detractores. Habían sido usados: la sangría, los antoflogísticos, los antidiarreicos, todos los calmantes conocidos, los estupefacientes, etc., etc.; pero con ninguno de ellos se habían obtenido efectos curativos verdaderamente convincentes. Desde hace mucho tiempo se sabía, que la *raíz de ipecacuana* daba resultados bastante buenos en muchos casos, y su uso ha resistido la crítica de los tiempos. Ninguno de los demás agentes, ni siquiera el opio, producía efectos tan favorables sobre las manifestaciones de la disentería, como ella. Conocida ya desde fines del siglo XVII, había sido introducida a Chile por los españoles. Lautaro Ferrer transcribe en su *Historia General sobre la Medicina en Chile*, un documento que se conserva en los Archivos del Ministerio del Interior, en que el doctor Ignacio de Jesús Zambrano, que se había graduado en la Universidad de San Felipe, recomendaba en 1773 el uso de la ipecacuana, en la disentería. Durante todo el siglo pasado, continuó siendo el medicamento de batalla, a pesar de que su efecto no era nunca seguro. Un progreso notable se obtuvo con la introducción del principio activo de la ipecacuana, la emetina, preconizada en 1912 por Leonard Rogers, de Calcuta, en forma de inyección hipodérmica de sus alcaloides.

También la evolución del *tratamiento quirúrgico*, se efectuó a través de muchas etapas, hasta llegar a nuestros días en que el absceso hepático se ha hecho tan raro. En un principio, todo tratamiento tenía por base la expectación; se esperaba la abertura espontánea del absceso en un órgano vecino. Si hacía irrupción en el peritoneo, en el pericardio o una de las gruesas venas del abdomen, la muerte sobrevenía en forma casi inevitable. De vez en cuando se observaban algunos casos de curación natural, si la abertura espontánea se producía en la piel, intestinos o pulmones, sin embargo, todo absceso abandonado a sí mismo, era de pronóstico siempre grave. Las primeras intervenciones se limitaban a

aquellos abscesos en que existía ya una pastosidad edematosa de la piel y fluctuación manifiesta, pero aun estas intervenciones encontraron opositores enérgicos, porque todo absceso en comunicación con el aire exterior acarreaba, según algunos autores, una putrefacción peligrosa del pus y la gangrena de sus paredes. En la Revista Médica del año 1889, encontramos una excelente colaboración sobre el tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos, cuyo autor es don Jorge Lezaeta Rivas. Es una publicación extensa y muy bien documentada. Según el autor, el tratamiento quirúrgico de los abscesos del hígado, tuvo su origen en la India; los negros del Senegal paseaban sobre la región hepática, un hierro candente, con lo que conseguían determinar una inflamación adhesiva del peritoneo, y pasaban en seguida a debridar el absceso, sirviéndose de un cuchillo cualquiera. "El empirismo, como en muchos " otros casos, precedió aquí a la teoría". Las primeras indicaciones de intervención quirúrgica fueron dadas, naturalmente, por cirujanos establecidos en regiones como la India, Argelia y algunos puntos de Sud América, en que la afección era endémica. Según Lezaeta Rivas, fué el cirujano inglés Ralfe, el primero quien en 1874, practicó la abertura a bisturí, de un absceso hepático. Hunter en Arequipa, en 1876, había efectuado esta operación repetidas veces y con entero éxito. Sin embargo, ambas parecen haber tenido sus predecesores, y es lógico suponerlo, por la frecuencia de la afección en distintas partes del mundo. Entre nosotros, Manuel Cortés, en sus tesis del año 1850, se refiere ya a dos casos en que se intervino quirúrgicamente: "En ambos se ha efec- " tuado la abertura en la parte anterior, en el uno con bisturí y en el " otro con la potasa cáustica: el primero, después de arrojar canti- " dades enormes de pus del absceso, ha salido del hospital, llevando " para siempre una fístula, el otro, menos feliz que aquél, sucumbió " por consunción". También Lafargue, en su informe del año 1851, se refiere ya a la abertura quirúrgica de los abscesos. "Cuando el tumor " formado por el hígado presenta una pastosidad edematosa en la piel " y fluctuación manifiesta, es menester apresurarse a abrirlo, para " evitar el derrame del pus en el peritoneo. Esta abertura debe practi- " carse anchamente con bisturí, en el punto más renitente y declive".

A pesar de las objeciones opuestas a las intervenciones quirúrgicas, éstas fueron imponiéndose lentamente. Para Budd, médico que había tenido la ocasión de estudiar la afección en las posesiones inglesas en el Asia, cualquiera intervención estaba siempre contraindicada por los motivos ya mencionados, aún en los casos en que existían una sensibi-

lidad local, una rubicundez y un edema, bien evidentes. Otros autores como Morehead y Frederichs, optaban por la expectación en la mayoría de ellos. Con el transcurso del tiempo y una observación más detenida de los enfermos, se conocieron también mejor los peligros de la expectación; el hígado era comprometido en mayor extensión, destruyéndose a veces la casi totalidad de su parénquima, y la apertura espontánea del absceso en un órgano vecino, frecuentemente era mortal y muchas veces no traía la curación del enfermo, aún en los casos más felices, en que se vaciaba en el intestino o el pulmón derecho. *En el último tercio del siglo pasado, con la introducción del método antiséptico de Lister, la intervención operatoria era el proceder general de los cirujanos, tanto en el extranjero como también entre nosotros.* No era permitido ya exponer al enfermo, a los peligros de una terminación espontánea. Pero con esto el problema no había quedado resuelto, porque los médicos estaban en desacuerdo sobre cuáles eran los métodos operatorios de elección. Había un punto sobre el cual las opiniones estaban muy divididas, y por esto el debate terminó sólo con el cambio que la cirugía experimentaba con la introducción de la antisepsia. *Este punto se refería al rol que tienen las adherencias del hígado a la pared abdominal, en la intervención quirúrgica.* Muchos autores, y esto había sido observado frecuentemente entre nosotros, creían que la abertura del absceso, o la simple punción de él a través de la pared abdominal, sin la existencia de adherencias, terminaba en un alto porcentaje con la muerte por peritonitis. Otros afirmaban que toda hepatitis, por el hecho mismo de la inflamación, provocaba siempre adherencias entre el hígado, el peritoneo y las paredes abdominales. "Pero" —decía Miguel Claro, en su memoria del año 1884—"¡cuántas veces en abscesos que habían reducido el parénquima hepático a una simple corteza de algunos centímetros de espesor, no hemos encontrado una sola adherencia!". Otros no veían ningún peligro en la ausencia de adherencias, y aún rechazaban los métodos que se habían ideado para determinar una peritonitis adhesiva. Para conciliar opiniones tan encontradas, Lezaeta Rivas, en su trabajo ya nombrado, proponía hacer caso omiso de las adherencias y de las medidas tendentes a obtenerlas, en los casos graves que comprometían seriamente el organismo y que requerían, por consiguiente, una intervención inmediata. Por el contrario, había que aceptar gustosamente las medidas tendentes a obtener las adherencias, si el estado general estaba poco o nada comprometido, y si no se veían amenazas más o menos próximas de una ruptura del absceso.

¿Cómo se obtenían estas adherencias? Sólo mencionaremos algunos de los diversos métodos que se habían propuesto. Graves había aconsejado incindir las paredes abdominales hasta el nivel del peritoneo exclusivo, después aguardar que la naturaleza misma hiciera la abertura. Recamier trataba de producir las adherencias, sirviéndose de cáusticos (pasta de Viena, de Canquoin o, simplemente, potasa cáustica). Se producía con este procedimiento, una escara cáustica que caía espontáneamente. Ordinariamente había que repetir el proceso varias veces, hasta alcanzar el foco del absceso, que en seguida se abría con un trócar o con un bisturí. Era un procedimiento bastante seguro para provocar adherencias, pero lento, doloroso y podía aplicarse nada más que en los casos en que el absceso, por su volumen o su posición superficial, se había hecho evidente al exterior. Volkmann, cirujano alemán que había sido uno de los primeros en reconocer los principios de Lister, también había recomendado la *incisión en dos tiempos;* durante el primero, llegaba hasta el peritoneo solamente y rellenaba la herida con gasa yodoformada, y sólo después de algunos días, cuando se habían formado las adherencias, incindía con un bisturí el peritoneo y las adherencias. Es el mismo procedimiento que usan muchos cirujanos aun hoy día, para la abertura en dos tiempos, de los quistes hidatídicos del hígado o de los abscesos de este órgano. Volkmann recomendaba su procedimiento, cuando ya se había introducido la curación antiséptica, de manera que el riesgo que se corría, era mínimo. Muchos años antes, Trousseau trataba de obtener las adherencias, atravesando la pared abdominal, hasta llegar a la cavidad del absceso, con agujas enrojecidas al fuego. Entre nosotros también se había recurrido durante años, a los cáusticos, pero en 1884 don Miguel Claro propuso un método, que le había sugerido su profesor el doctor Isaac Ugarte, que parecía ser no sólo práctico y seguro, sino también poco molesto para el enfermo. Introducía perpendicularmente a la piel, hasta el foco del absceso y con ayuda de un porta-agujas, 6 a 8 alfileres de los usados comúnmente para la sutura ensortijada, colocados a distancia de menos de un centímetro unos de otros y sobre una misma horizontal. Cada alfiler se pasaba por un trocito de esparadrapo cortado circularmente, que servía para mantenerlos fijos; se reunían los alfileres entre sí por medio de un hilo, y todo se cubría con un trozo de tela emplástica. Esta pequeña operación se hacía, previa anestesia local con un pulverizador de Richardson, de manera que el enfermo apenas sentía algo. Los alfileres se dejaban 48 horas, durante las cuales habían producido adherencias que permitían abrir el absceso a bisturí.

La práctica de las punciones de los abscesos hepáticos, que se efectuaba en un principio nada más que con fines de diagnóstico, en la segunda mitad del siglo pasado empezaron a usarse, también, como medio para alcanzar la curación. Pero como sucede con la mayoría de las innovaciones, con el transcurso del tiempo, los médicos se dieron cuenta que el número de enfermos que curaban con solo esta intervención, no era tan considerable como se había creído en un principio. De las antiguas cánulas o agujas capilares que servían solamente para comprobar la existencia del pus, se pasó al uso de trócares de mediano calibre o aun gruesos y suficientemente largos, que permitían vaciar un absceso hepático. Un gran adelanto significaron los aspiradores de Potain y Dieulafoy, que permitían extraer el contenido del absceso, mediante el vacío. Fueron usados entre nosotros, desde el año 1872, es decir, al poco tiempo después que Dieulafoy había presentado su instrumento a la Academia de Medicina de París, preconizando ardientemente su uso en los abscesos hepáticos, y permitiendo otro método, sólo en casos muy excepcionales. A estas punciones curativas, muchos médicos agregaban inyecciones modificadoras o detersivas, como la tintura de yodo yodurado o las soluciones de cloruro de zinc. Pero ordinariamente las punciones, aun repetidas, eran insuficientes y había que recurrir a la abertura amplia y el drenaje permanente del absceso, para obtener su curación, y en el último tercio del siglo pasado, se hacían cada día más generales, entre los médicos, las ideas de algunos cirujanos ingleses que insistían en la abertura temprana de todo absceso hepático, para encontrarlo en las mejores condiciones para ser curado. *Un gran adelanto experimentó también esta cirugía, con la introducción de la antisepsia, la cual permitía penetrar atrevidamente en todas las cavidades del organismo.* No se perdía ya el tiempo en provocar adherencias, se usaban procedimientos más rápidos, y se abría anchamente en un solo acto operatorio el absceso, cualquiera que fuera la profundidad a que se encontrara situado. *El primer autor nacional que se ocupa extensamente con la aplicación de la curación Lister, en la cirugía de los abscesos hepáticos, es don Miguel Claro, en su trabajo, ya varias veces mencionado, del año 1884.* "¿Cuál es el " secreto del éxito obtenido en los casos que apunto en esta memoria"?, pregunta el autor. El secreto estaba, según él, en que se había empleado siempre con la más absoluta escrupulosidad, la curación indicada por Lister y que en aquellos años empezaba a ensayarse entre nosotros; pero Miguel Claro recomendaba todavía, antes de abrir un absceso, proceder a determinar adherencias, prefiriendo para esto, el método de

los alfileres que había sido descrito por él, por ser el más cómodo y el más inofensivo. Algunos años después, muchos cirujanos habían perdido todo respeto por el peritoneo. No veían casi peligro alguno en la caída de pus en el peritoneo, siempre que se intervenía con todas las precauciones antisépticas que Lister había indicado. Era la época del reinado del ácido fénico. En 1887 el doctor Zancarol, en Grecia, había dado a conocer un nuevo procedimiento para operar los abscesos del hígado; practicaba una amplia incisión del absceso y hacía una minuciosa limpieza de él y las paredes, hasta que sus superficies estaban literalmente limpias. Todo esto bajo estricta antisepsia. *El primero entre nosotros en practicar esta radical y atrevida intervención, fué el doctor Manuel J. Barrenechea, y con buen éxito.* Limpiaba las paredes del absceso, después de haberlo abierto ampliamente, si esto era posible con los dedos, haciendo en seguida el raspado de ellas, con la cucharilla de Volkmann, hasta dar en tejidos al parecer sanos. Cauterizaba en seguida las paredes, con una esponja empapada en cloruro de zinc al 10%, rellenaba la cavidad con gasa yodoformada y colocaba una curación Lister.

Como en la mayoría de los casos, los abscesos se situaban en la cara convexa del lóbulo derecho del hígado, la incisión se practicaba, frecuentemente, en uno de los espacios intercostales, ordinariamente el octavo o noveno. *Pero para obtener un buen acceso a la cavidad del absceso y su amplio drenaje, estas incisiones a través de las partes blandas, muy a menudo, eran insuficientes, motivo por el cual nació la práctica de resecar una o dos costillas. Esta resección se menciona por primera vez en nuestra literatura, en 1892, y parece que el primero en efectuarla fué, también, el doctor Manuel J. Barrenechea, en su servicio del Hospital de San Juan de Dios.*

Otro adelanto en el tratamiento de los abscesos hepáticos, que merece ser mencionado, fué la sustitución en el drenaje de ellos, de los antiguos tubos de Chassaignac, simples tubos de goma, por los *sifones de Manson*, todavía en uso y que consistían esencialmente de tubos de goma o cautchouc, que drenaban por uno de sus extremos el absceso y que por el otro se sumergían en una solución desinfectante, encerrada en un recipiente cualquiera. Se evitaba, en esta forma, que el pus invadiera la curación, y no había necesidad de renovarla sino cada ocho días; permitían, además, hacer inyecciones modificadoras sin levantar cada vez el apósito. *El uso de estos sifones que proporcionaban bastantes beneficios, data entre nosotros del año 1890, y fueron usados por primera vez, en el servicio del profesor Barros Borgoño del Hospital San Juan de Dios.*

Con las operaciones más radicales que vaciaban totalmente el absceso, la fiebre, ordinariamente, caía desde el primer día de la operación; si persistía aún después de algunos días, se puede estar cierto, decía un autor nacional en 1890, que existen todavía otros abscesos, y en este caso el pronóstico es fatal. Sobre esta *multiplicidad* de los abscesos, se había insistido todavía poco. Algunos años después, en 1898, Lucas Sierra, siendo jefe de clínica del profesor Barros Borgoño, en un trabajo leído en el 5.° Congreso Científico de Chillán, llama nuevamente la atención sobre la hepatitis supurada de focos múltiples, que aún en los tratados más modernos de la época, apenas se mencionaban. Su importancia era sin embargo, en aquellos años, considerable; más del 30% de los abscesos, observados en la clínica del profesor Barros Borgoño, habían sido múltiples, y Sierra afirma que la multiplicidad de los abscesos era entre nosotros, mucho más frecuente de la que indicaban las estadísticas europeas, y su diagnóstico siempre difícil. Insistía, por esta razón, en practicar punciones múltiples; no había más peligro en ello, que en dejar focos que ordinariamente producían un desenlace fatal.

Desde principios del siglo, vemos aparecer una tendencia que condena las punciones exploradoras a través de la pared abdominal o torácica. A pesar de todas las precauciones que se tomaban, se observaba de vez en cuando la infección peritoneal o pleural. Podía también tenerse la desgracia de no caer en el foco de supuración, y un tercer peligro, que los cirujanos de años anteriores no habían conocido, era la posibilidad de puncionar un *quiste hidatídico* que, a partir de 1892, se hacía cada día más frecuente entre nosotros. Por estas razones empezó a restringirse más y más, este método de diagnóstico. En 1913, Lucas Sierra decía: "El cirujano de hoy día, celoso observador de la asepsia, y de evitar " manipulaciones intempestivas e inconducentes de las vísceras abdo- " minales, podrá proceder con mucha más conciencia a una explora- " ción del hígado, suficiente o completa para informarlo de lo que haya, " abriendo el hipocondrio o el abdomen, que simplemente por la pun- " ción exploradora. Esta es la consideración porque después de haber " sido partidario resuelto de ella, como mi maestro y la mayor parte " de los colegas, vamos relegándola a la excepción de nuestra práctica " para sustituirla por la *laparatomía exploradora* o la *toracotomía amplia*". Y esta es, en general, la conducta que se ha mantenido hasta nuestros días y que aconsejan la mayor parte de los autores. No debe confiarse en la esterilidad del pus hepático, a pesar del moderno tratamiento por

la emetina, y proceder, antes de abrir el absceso, a un aislamiento perfecto de la cavidad pleural o peritoneal.

El estudio de las enfermedades infecto-contagiosas había entrado en una nueva faz, con los descubrimientos de Pasteur. La aparición de su doctrina sobre los gérmenes, revolucionó en un par de años la medicina. No es de extrañar que en un principio, todas las enfermedades infecciosas eran consideradas como bacterianas; *se ignoraba todavía el inmenso papel que los protozoos desempeñan en la etiología de muchísimas afecciones.* Hemos mencionado más arriba, que en 1879, se atribuye, por primera vez, entre nosotros, a los micro-organismos como probables causantes de la disentería y el absceso hepático. Durante muchos años el estudio de la microbiología de las afecciones que nos ocupan, fué un punto muy discutido; todas las tentativas se dirigían a diferenciar, a aislar y a cultivar del sinnúmero de bacterias que pululan en el intestino, alguna que pudiera considerarse específica y patógena. Fueron muchos los fracasos experimentados, con los gérmenes que se creían específicos. Entre nosotros fué Alejandro del Río, ayudante de la clase de Anatomía Patológica, el primero quién, en un trabajo premiado en el Certamen del Congreso Médico Chileno del año 1889, estudió la disentería y el absceso hepático, desde el punto de vista bacteriológico, descubriendo en el pus la presencia de micro-organismos, notables por su escasez y dificultad para colorearlos. En contra de lo que podría suponerse, que el pus debería encerrar enormes cantidades de bacterios, como acontece con el pus de los abscesos vulgares, Alejandro del Río llama la atención sobre su escasez, pero trata de explicar este fenómeno, por el grado de necrosis y disgregación en que se encuentran todos los elementos, y lo compara con lo que se observa en las colecciones purulentas en los abscesos por congestión, cuya naturaleza, en aquellos años, era todavía desconocida. En sus conclusiones el autor afirma que la hepatitis supurativa se acompaña siempre de micro-organismos, que muy probablemente juegan un rol patogénico activo, pero todo induce a creer que no es específico.

La naturaleza parasitaria de la afección que había sido ya sospechada, fué señalada por primera vez por Luesch de San Petersburgo, en 1875, quién pudo demostrar la presencia de amebas en las heces disentéricas y transmitir, experimentalmente, la disentería al perro. Después, Koch y Kartulis, encontraron las mismas formas parasitarias, en las ulceraciones de algunos disentéricos de Egipto y de la India, y en el pus de un

absceso hepático tropical. No podemos entrar en mayores detalles, sobre las primeras doctrinas concernientes a la patogenia parasitaria de la disentería, y las primeras controversias; *hoy día no cabe duda alguna, sobre la patogeneidad de la entamoeba histolytica de Schaudinn.* Esto ha quedado demostrado por numerosos investigadores, en varios países, y ha quedado también establecido, la existencia de portadores sanos, es decir, individuos que eliminan quistes de amiba disentérica sin haber manifestado sintomatología clínica. A partir del año 1903, se conocen y se individualizan perfectamente, las dos clases de amebas: una, banal, inofensiva y no patógena, la *entamoeba coli;* y la segunda, la patógena, específica, responsable de la disentería tropical y del absceso hepático consecutivo, la *entamoeba histolytica.*

Entre nosotros el doctor Carlos Fernández Peña, en trabajos emprendidos sobre la etiología de la disentería, hizo investigaciones en el mismo sentido y pudo reproducir, por inoculación en el gato, lesiones disentéricas. Fué el primero en hacerlo, en Chile; demostró que los sindromas disentéricos en el país, obedecían a la misma causa que en los países tropicales, en una época en que existían todavía muchas controversias e incertidumbres. En un enfermo ingresado en Julio de 1896 al servicio clínico del profesor Ugarte Gutiérrez, y que padecía de disentería, se había comprobado la existencia de la amiba, en sus deposiciones. Se efectuó en seguida, la inoculación experimental en el gato. Para esto, después de asegurarse del perfecto estado de salud del animal y de la no existencia de ningún protozoo en su contenido intestinal, Fernández Peña procedió a la inyección rectal de 30 cc. de mucosidades, saturando en seguida el recto, en dos puntos distintos. A los pocos días, se produjo en el gato un cuadro disentérico, que provocó su muerte, en medio de un profundo marasmo y postración, a las tres semanas después. El examen microscópico, permitió comprobar la presencia de abundantísimas amibas en el recto e intestino grueso, y su total ausencia en el delgado. *En su tesis del año 1897, "Etiología de la disentería", Fernández Peña demostraba, pues, la patogeneidad de la amiba histolytica de los sindromas disentéricos en nuestro país.* Pocos años después quedó también probado, que con el pus extraído asépticamente por punción de un absceso hepático en inoculación rectal en el gato, se provocaba la disentería felina, con muerte del animal a los pocos días. En su memoria de prueba del año 1899 sobre "*La disentería en Chile*", el doctor Carlos Ugarte Jiménez, menciona también la posibilidad de que la forma endémica se deba a una amiba. Como se ve, todavía existían dudas sobre la

acción patógena de las amibas. En 1918 el doctor Eduardo Cruz Coke, entonces ayudante del profesor Noé, demuestra nuevamente, por la inoculación experimental en el gato, la especifidad del protozoo evidenciado.

Con la llegada a Chile, en 1913, del profesor doctor Juan Noé, comienza un nuevo estudio de los sindromas disentéricos en nuestro país. En esa época, eran aun muy frecuentes los casos agudos de disentería, al igual que los abscesos hepáticos. "Conociendo el profesor Noé, la " frecuencia de los sindromas disentéricos en nuestro país y el descon- " cierto que existía sobre su etiología y, ayudado por el carácter amebia- " no de ellos, inició sus estudios parasitológicos. Este investigador, " provisto de una excepcional preparación técnica y rodeado de los ele- " mentos adecuados, pudo demostrar ya, en 1913, la existencia de enta- " moeba dysenteriae típica y sus quistes, en las deposiciones de los en- " fermos en estado agudo". (Cit. por Amador Neghme). Posteriormente pudo hacer el diagnóstico parasitológico, en los raspados de abscesos hepáticos, mucosidades, vómitos de abscesos abiertos a los bronquios, etc. Esto se desprende de la tesis, año 1914, del doctor Escudero Vargas de la clínica del Profesor O. Maira, en el Hospital San Vicente. En el laboratorio de Parasitología de nuestra Facultad de Medicina, bajo la dirección del profesor Noé, el problema de la amibiasis, ha sido motivo de muchos estudios y publicaciones en los últimos años, tanto desde el punto de vista de su aspecto estadístico, como sobre todo del aspecto del diagnóstico del laboratorio, que tantas dificultades presenta en la práctica diaria. Debemos mencionar, en primer lugar, los excelentes y completos trabajos de Amador Neghme, que se refieren, no sólo a amibiasis, sino a todo el problema epidemiológico de las parasitosis intestinales en Chile. Son excelentes, también, los estudios practicados por Ernesto Prado Tagle, Cruz Coke, Hernán Alessandri, Pedro García, Jacobo Lerner, Prat Echaurren, González Rodríguez, Enrique Montero y otros. En 1940 la Sociedad Médica y la Sociedad de Cirugía, dedicaron una de las sesiones, para tratar sobre el diagnóstico y terapéutica del absceso hepático amebiano, desde los distintos puntos de vista del médico y del cirujano. El relato médico estuvo a cargo del servicio de Medicina Interna del Profesor Hernán Alessandri, Hospital Salvador. Se desprende de él, que el absceso hepático no puede todavía considerarse de ninguna manera como una afección excepcional entre nosotros, a pesar de su enorme disminución en los últimos 20 a 30 años. Su casuística, que se refiere a 6½ años, comprende 74 casos de absceso hepático

amebiano. Los autores del relato, afirman, que la terapia emetínica del absceso hepático amebiano, cura clínicamente al 70% de los enfermos; por lo tanto, debe instituirse previamente al tratamiento quirúrgico. La punción evacuadora, parece ser un excelente auxiliar del tratamiento emetínico. La intervención quirúrgica, es ya sólo un medio auxiliar de terapia que debe usarse exclusivamente ante el fracaso de los medios conservadores (quimioterapia-punción evacuadora). En el relato quirúrgico, el profesor Fernando Opazo, se refiere a su experiencia personal en 35 casos, reunidos entre los años 1921 y 1939, con una mortalidad del 35%. También aboga por el tratamiemto médico, en los casos de abscesos amebianos de pequeño volumen, y por la intervención operatoria, en todo caso de absceso voluminoso.

Creemos no exagerar, al decir que no ha habido enfermedad en Chile, que haya merecido más atento estudio y paciente investigación, que la disentería amebiana y el absceso hepático; a más de ser, por épocas, sumamente frecuentes, revestían también caracteres de suma gravedad. Cuando empezaron a imperar los preceptos de una razonable higiene y a instituirse el tratamiento moderno por la emetina, empezó también a experimentar una transformación radical, la cirugía del absceso hepático amebiano. Pocos ejemplos hay en la historia de la medicina, más notables, en que el progreso de la medicina general ha reducido el campo y la importancia de la cirugía. Con el tratamiento más oportuno y más racional de la colitis amebiana, ha disminuído notablemente el número de las supuraciones del hígado, a tal punto, que la afección se ha hecho rara. No se han cumplido, por felicidad, los temores de don Wenceslao Díaz, cuando exclamaba en una sesión de la Facultad de Medicina, en 1863: "¡En treinta años operarse un cambio tan " grande, tan espantoso, que hace presagiar las mayores y más fatales " consecuencias!".

Una vez más, la Medicina ha triunfado sobre una enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

ALDUNATE, ROBERTO. Entero-catarros y disentería. Rev. Méd. 1931.—ALDUNATE, ROBERTO. Absceso hepático de origen amebiano, en un niño de 3½ años. Rev. Chil. de Ped. 1933.—ALESSANDRI, HERNÁN. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano. Rev. Méd. 1940.—ALESSANDRI, HERNÁN. GARCÍA, PEDRO. LERNER, JACOBO. Diagnóstico y tratamiento de las parasitosis

intestinales más frecuentes. Rev. Méd. 1943.—Allende Padín, R. Absceso del hígado Rev. Méd. 1875.—Allende Pradel, Nicanor. El tratamiento de los absceso hepáticos. Rev. Med. 1874-75. Anales de la Univer. 1874.—Barrenechea, Manuel. Absceso hepático curado con resección costal. Progreso Médico, 1892.—Bisquert, Jose Gregorio. Estadísticas de los hospitales de Santiago. Anales de la Universidad, 1864.—Bourgeois, Eleodoro. Tratamiento de los abscesos hepáticos. Primer Congreso Médico Chileno, 1893.—Calderon, Nestor. La hepatitis supurada en Chile. Tesis, 1877. Rev. Méd. 1877.—Cannon, Richard. Algo sobre abscesos del hígado. Rev. Méd. 1875.—Claro, Miguel. Observaciones clínicas sobre el tratamiento de los abscesos hepáticos. Tesis, 1894. Anales de la Universidad, 1885.—Cortez, Manuel. Causas de las enfermedades del hígado y sus terminaciones más frecuentes en Chile. Tesis, 1850. Anales de la Universidad, 1852.—Cruz Coke, E., Lira S., G. Estudio de la disentería en Chile. Rev. Méd. 1932.—Díaz, Wenceslao. Geografía Médica de Chile. Rev. Méd. 1874-75.—Díaz, Wenceslao. Enfermedades reinantes en Chile. Anales de la Universidad, 1875.—Dooner, Hugo. Algunas consideraciones sobre la disentería en Chile. Rev. Méd. 1942.—Fernández Peña, C. Etiología de la disentería. Progreso Médico, 1897.—Garcés B., Carlos. Estudio bacteriológico de la disentería en Chile. Rev. Méd. 1932.—García P., Pedro. Lerner, Jacobo. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano. Rev. Méd. 1941.—Ledesma, Santiago. Tratamiento de la disentería. Tesis, 1888. Anales de la Universidad, 1888.—Lerner, Jacobo. Neghme R., A. Importancia del estudio combinado simultáneo de los cuadros por rectoscopía y coprología. Rev. Méd. 1933.—Letelier, Santiago. Principales causas de la hepatitis supurada. Tesis, 1873. Anales de la Universidad, 1873.—Lezaeta Rivas, Jorge. Tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos. Rev. Méd. 1890.—Mardones, Arturo. La peritonitis como complicación de la disentería amebiana. Anales de la Universidad, 1934.— Martínez Ramos, Teodosio. De la iperemia hepática. Tesis, 1875. Anales de la Universidad, 1875.—Murillo, Adolfo. Geografía Médica. Anales de la Universidad, 1875.—Murillo, Adolfo. Apuntes sobre el estudio de la hepatitis supurada, en Chile. Rev. Méd. 1875.—Neghme R., Amador. Sobre cultivo de las amibias y amibiasis experimental. Rev. Méd. 1936.—Neghme R., Amador. Cualidades de las amibias y diagnóstico de la amibiasis. Bol. Soc. Biol. Concepción. 1936.—Neghme R., Amador. Consideraciones acerca de la disentería bacilar en el adulto. Rev. Méd. 1936.—Nehgme R., Amador. El problema de la amibiasis en Chile. Ed. Cultura, 1936.—Neghme R., Amador. Encuesta sobre amibiasis y éntero-parasitosis, en los conscriptos del ejército de Chile. Rev. Méd. Hig. 1937-38.—Neghme R., Amador. La amebiasis en Chile. Tesis, 1938.—Neghme R., Amador. Montero, Enrique. Notas sobre el diagnóstico de la amebiasis. Rev. Méd. 1945.—Ossandon Planet, Eduardo. Algo sobre la ipecacuana. Rev. Méd. 1878.—Páez D., R. Contribución al estudio de la zooparasitosis intestinal. Rev. Inst. Bact. Ch. 1932.—Paiva Yáñez, Antonio. Amibiasis y enteritis parasitarios. Tesis, 1921.—Petit, Jorge. Enfermedades de hígado, en Chile Anales de la Universidad, 1861.—Prado Tagle, Ernesto Avendaño. Disentería amebiana. Arch. Clín. Méd. 1936.—Prat Echaurren, A. La disentería amebiana. Rev. Méd. Mod. 1940.—Río, Alejandro del. El micro-organismo en la disentería. Rev. Méd. 1888.—Río, Ale-

JANDRO DEL. Contribución al estudio de la etiología y anatomía patológica de los abscesos del hígado. Rev. Méd. 1890.—SALAMANCA, JUAN MANUEL. La disentería y, en especial, su tratamiento por el método usado en las posesiones inglesas de la India. Anales de la Universidad, 1879.—SALDÍAS, VALENTÍN. Causas de las epidemias. Anales de la Universidad, 1865.—SIERRA, LUCAS. Abscesos múltiples del hígado. Rev. Méd. 1899.—SIERRA, LUCAS. Contribución al estudio de los abscesos de focos múltiples. 5.° Congreso Científico de Chillán, 1899.—SIERRA, LUCAS. Absceso hepático. Rev. Méd. 1900.—SIERRA, LUCAS. Algunas consideraciones clínicas, acerca del diagnóstico y trat. de los abscesos hepáticos. Rev. Méd. 1913.—TOCORNAL, FRANCISCO JAVIER. Disentería. Anales de la Universidad, 1851.— UGARTE GUTIÉRREZ, ISAAC. Crónica sobre el estado sanitario de Santiago. Rev. Méd. 1877.—UGARTE GUTIÉRREZ, ISAAC. Fiebre intermitente hepática. Rev. Méd. 1884-85.—UGARTE JIMÉNEZ, CARLOS. La disentería en Chile. Tesis, 1899. Progreso Médico, 1899.— UGARTE, CARLOS. Desórdenes funcionales del hígado. VI Congreso Científico 1900.— UGARTE, CARLOS. Anatomía Patológica de la Disentería. VI Congreso Científico, 1900.—VIVEROS M., HUMBERTO. Nociones sobre amebiasis en Chile, especialmente en el niño. Tesis, 1928.—YÁÑEZ A., P. Contribución de la zooparasitosis intestinales, en Chile. Tesis, 1930.

CAPITULO X

LA OVARIOTOMIA

"A pesar de todo lo que se ha escrito sobre esta cruel operación, no podemos creer de ninguna manera que jamás ha sido efectuada con éxito, ni creemos que jamás se ejecutará".

De una revista americana de cirugía, del año 1825.

Una de las pocas operaciones abdominales que se había efectuado, en numerosísimos casos, mucho antes de la introducción de la antisepsia a la práctica quirúrgica y años antes también del descubrimiento de la anestesia, es la ovariotomía, en los casos de grandes quistes del ovario. Con ella, en realidad, se inicia la ginecología moderna. A primera vista resulta extraño que, ya desde principios del siglo pasado, los cirujanos tentasen, en forma deliberada y con éxito siempre creciente a medida que iba mejorando la técnica, la extirpación de estos enormes quistes, dado el ilimitado respeto o más bien terror que sentían por el peritoneo. Desde hace muchos años existe una fórmula muy sencilla que rige actualmente el tratamiento de los quistes del ovario, y que nadie discute ya: *su extirpación por medio de la ovariotomía abdominal precoz.* Prácticamente ha desaparecido por esta sencilla regla, el antiguo cuadro clínico, tan frecuente y conocido en otros años, del gran quiste ovarial que producía un aumento desmesurado del volumen del vientre, junto a graves trastornos viscerales por compresión de todos los órganos abdominales, y un adelgazamiento que contrastaba, a veces en forma grotesca, con la enorme distensión del abdomen. La emaciación de la cara, resultado de la desnutrición, daba a estas enfermas, un hábito muy especial, la *fascies ovárica* de los antiguos autores. El diagnóstico en esos casos avanzados no presentaba, por lo tanto, ninguna dificultad; pero los antiguos cirujanos veían con frecuencia, lo que los cirujanos de nuestra época ya no tienen ocasión de ver, la evolución

no interrumpida de estos tumores que terminaba prácticamente siempre con la vida de estas pobres enfermas. Todavía en 1872 Spencer Wells, a quien la cirugía abdominal y sobre todo la ginecología debe tan grandes progresos, decía que la ovariotomía, que aun era muy resistida, si va seguida de éxito, rescata a la víctima de un sufrimiento sin esperanzas y de la muerte segura, y si no va seguida de éxito, piadosamente acorta su martirio. Este era el modo de pensar del gran maestro inglés, que lo había convertido, desde mediados del siglo pasado, en uno de los más fervorosos defensores de la ovariotomía. Cuando los quistes o tumores del ovario habían alcanzado un tamaño tan grande que el estado general de las enfermas sufría seriamente, el término medio de la vida de ellas no duraba ordinariamente más de dos a tres años, y éstos eran años de sufrimientos interminables. La enfermedad era, por lo tanto, muy grave; se habían propuesto y usado un sinnúmero de medicamentos, pero todos ellos sin resultado alguno. No es de extrañar entonces que ya en los siglos XVII, XVIII y con mayor insistencia en la primera mitad del siglo XIX, se había propuesto o sugerido como única cura radical para los quistes del ovario, su extirpación. Pero, ¿quién se atrevería a efectuarla? El trócar había sido, durante siglos, el único tratamiento paliativo, pero Boinet, en Francia, había llegado a esta conclusión: "que las enfermas mueren, por lo menos, de la misma " manera que si no se las hubiese puncionado".

La eficacia de las inyecciones yodadas había sido proclamada por algunos de los antiguos autores, pero un examen más detenido de los hechos, pronto vino a demostrar que eran totalmente inútiles en la mayoría de los casos; fuera de producir, muchas veces, una reacción bastante intensa y aun peritonitis más o menos grave. Todo esto indicaba hacia un solo camino: la *ovariotomía*. Ya en 1762 el gran William Hunter, en Inglaterra, había presagiado algunas de las modificaciones de la operación por las cuales la ovariotomía, estigmatizada como operación cruel, bárbara, poco menos que un asesinato, llegó a ser uno de los triunfos más brillantes de la cirugía del siglo siguiente. Hunter, decía textualmente: "Si se propone hacer una incisión en el abdomen, que " admita más o menos dos dedos y en seguida puncionar el quiste y " exteriorizarlo de manera de atraer su pedículo cerca de la herida " del abdomen, seguramente en algunos casos desesperados puede ser " recomendable de hacerlo, si supiéramos de antemano que las circunstancias admitirían este tratamiento". Hunter, sin embargo, nunca se atrevió a ejecutar la ovariotomía.

La historia nos enseña, que fué Ephraim Mc Dowell, de Kentucky en Estados Unidos, el primero quien deliberadamente practicó en 1809 una ovariotomía. Mc Dowell había estudiado en la Universidad de Edinburgo, que era en aquel entonces una de las mejores de Europa. Había estudiado cuidadosamente las relaciones de los órganos pelvianos en condiciones normales y patológicas, y estaba convencido de la posibilidad de la extirpación de quistes ováricos, por una incisión extensa a través de la pared abdominal. Era un hombre libre en un país nuevo, libre también de las barreras convencionales de la práctica del viejo mundo, y fué protegido por la suerte. Su intervención ejecutada en una señora Crawford, cuyo nombre también ha pasado a la historia, fué hecha, naturalmente, sin anestesia alguna y en un pequeño pueblo de Estados Unidos, en que faltaban las necesidades más elementales para una intervención de tal naturaleza. Pero la enferma había estado sufriendo intensamente durante meses, el tumor que, como se vió posteriormente, pesaba más de 11 kilógramos, ocupaba todo el vientre provocándole molestias que ya no podía soportar. Y Mc Dowell era un hombre firme, sagaz, pero al mismo tiempo también precavido. Creyó en la posibilidad de extraer el tumor y lo hizo mediante una amplia incisión y previa punción del quiste, en menos de media hora. La enferma soportó heroicamente y cuando Mc Dowell volvió a visitarla, cinco días después, ¡qué sorpresa para él!, la encontró haciendo su cama. Entre 1809 y el año de su muerte 1830, Mc Dowell ejecutó la ovariotomía 13 veces; no se conoce exactamente el número de enfermas que sobrevivieron, pero se sabe que 8 de ellas sanaron. Mc Dowell fué, posteriormente, criticado en forma dura por no haber publicado sus experiencias antes, porque había esperado siete años para hacerlo. Fué también criticado en forma sarcástica. Así una revista de cirugía norteamericana, decía en 1825, editorialmente: "A pesar de todo lo que se ha " escrito sobre esta cruel operación, no podemos creer de ninguna " manera que jamás ha sido efectuada con éxito ni creemos que jamás " se ejecutará".

Mc Dowell, como todos los innovadores, había tenido también sus predecesores en varios países europeos, pero tiene indiscutiblemente el mérito de haber sido el primero quién, guiado por principios científicos y deliberadamente, enriqueció la naciente cirugía de aquella época, con esta gran operación, porque no tardó en inducir a otros cirujanos a practicarla. En 1822, Smith, de Connecticut, ejecutó una ovariotomía seguida de éxito. Hasta 1819, no se practicó esta misma operación en

Europa, año en que Chrysmar, en Alemania, la ejecutó en tres casos que todos sanaron. En Inglaterra se efectuó, por primera vez, en 1825 y hasta 1858 siguen publicándose algunos casos aislados, pero en la mayoría de ellos el resultado no fué favorable. *En este año, la ovariotomía recibe un nuevo y definitivo impulso en manos de Spencer Wells.* Mientras que en Estados Unidos e Inglaterra la ovariotomía había obtenido su Carta de Ciudadanía, en Alemania y Francia, seguía siendo combatida. El profesor de Obstetricia en Wuerzburgo, Scanzoni, cuyas palabras tenían en aquellos años el valor de un dogma, decía en su obra ginecológica publicada en 1856: "La ovariotomía es una temeridad " quirúrgica y es una verdadera locura el que un enfermo, para evitar " los tormentos de su enfermedad, quiera someterse a una operación " que, según todas las probabilidades, puede admitirse que terminará " con la muerte; y no se puede disculpar a un médico que se hace " el instrumento de semejante suicidio involuntario". Y el gran Velpeau, había dicho al año siguiente: "Rechazo la extirpación, pues " para legitimarla sería preciso que se hallase en peligro la vida. No " envidiamos, pues, la ovariotomía a nuestros compañeros de América. " La cirugía francesa se halla en el día, en una vía excelente; a la vez " muy atrevida y muy prudente, debe renunciar a toda operación aven- " turada; y en suma, para que intervenga es necesario que el remedio " sea menos peligroso que el mal". Y no sólo Velpeau rechazaba en Francia la ovariotomía; en una célebre discusión en la Academia de Medicina, en 1856, acerca del tratamiento de los quistes del ovario, no se oye más que a un sólo cirujano abogar en favor de ella. Según Dieffenbach, los cirujanos que ejecutaban una ovariotomía, faltaban a uno de los principios fundamentales de la moral médica, al intervenir sin tener el derecho ni la esperanza de obtener un éxito feliz. Bien pronto, sin embargo, y gracias sobre todo a los trabajos de los cirujanos anglo-sajones, fué preciso ceder a la evidencia. Entre 1858 y 1872, Spencer Wells ejecuta nada menos que 500 ovariotomías, y durante muchos años él y Keith, otro famoso cirujano inglés de la época, fueron las figuras prominentes en el desarrollo de la ovariotomía. Los primeros de estos casos, fueron cuidadosamente estudiados y publicados en las revistas médicas de aquellos años, y muchos cirujanos de la época, no sólo ingleses sino de todos los países europeos, asistían a estas operaciones, atraídos por la fama de Spencer Wells. Así tuvo gran importancia la visita de Nelaton a Inglaterra, en 1862. Conoció los detalles que usaba Spencer Wells al ejecutar la operación, y se convenció

de sus bondades. De vuelta en París, operó un caso, y en el mismo año, Koeberle, de Estrasburgo, ejecutaba también su primera ovariotomía, y con esto y a pesar de los fracasos que habían tenido nada menos que Maisoneuve y Sedillot, la ovariotomía fué rápidamente legitimada en Francia. Billroth, en Alemania, también había visitado a Spencer Wells, y usó su gran influencia en su patria, para divulgar y promover su aceptación. Simon, en Alemania, había recopilado cuidadosamente las ovariotomías ejecutadas en su país hasta 1857. De 64 casos, sólo 12 habían sanado definitivamente, 46 habían fallecido y en 6 casos tuvo que suspenderse la operación. *Pero de aquí en adelante, los resultados fueron siempre mejores y a los pocos años, la operación estaba aceptada en la mayoría de los países europeos.* Esto se desprende de las palabras de Velpeau, quien en 1870 ya no se mostraba tan contrario a la ovariotomía, y aceptaba que la utilidad de ella era indudable y " que el cirujano que la emprende ya no puede ser tachado de loco, " como se decía en 1847".

Gran parte de la historia de la ovariotomía, se reduce principalmente a las distintas maneras como había sido tratado, en los diversos períodos, el pedículo del quiste. Mc Dowell, había usado una simple ligadura, dejando los cabos afuera; Nathan Smith, en cambio, se había servido ya del método que sólo muchos años posteriormente quedaba aceptado definitivamente; *había ligado el pedículo, cortado las ligaduras, dejando caer el muñón en el abdomen.* Esta práctica, por desgracia, no se continuó; durante muchos decenios el pedículo fué mantenido entre los bordes de la incisión, por temor a la infección y a la hemorragia. Si se observaban síntomas de una hemorragia interna, era preciso abrir nuevamente la herida y buscar en el abdomen el vaso que sangraba, para ligarlo. Pero, ¿qué cirujano se hubiese atrevido a una relaparatomía en aquellos años? Langenbeck había recomendado ya en 1850, la ligadura separada de cada vaso del muñón que quedaba fuera del abdomen, es decir, extraperitoneal. Spencer Wells, había inventado una grapa especial que, comprimiendo la totalidad del pedículo, quedaba colocado en el ángulo inferior de la herida. Baker Brown cauterizaba el muñón después de haberlo ligado, y Koeberle lo cortaba y quemaba a la vez, con ayuda de la galvanocáustica. Con el mejor tratamiento del muñón, y en general la mayor perfección del acto operatorio, la mejor elección de los casos, la intervención más precoz, iban disminuyendo también los peligros de la ovariotomía y mejorando los resultados de ella. Ya no se moría más de la mitad de las operadas, las cifras hablaban

más y más en favor de la ovariotomía. Con la introducción de la antisepsia y la asepsia a la cirugía, fué muy vulgarizada. La extirpación de los quistes del ovario, se conquistó rápidamente un lugar preferente en la categoría de las operaciones clásicas de los últimos dos decenios del siglo pasado; se convirtió luego en una de las operaciones más sencillas y corrientes de la ginecología moderna, cuyas indicaciones se han extendido y cuyas contraindicaciones se han hecho excepcionales.

Hemos visto a grandes rasgos, cuál ha sido la evolución de la ovariotomía en Europa y Estados Unidos, volvamos nuestra vista a nuestro país, y veamos el origen de la ovariotomía entre nosotros y el camino que recorrió hasta nuestros días. Contamos para ello, con algunos excelentes trabajos publicados en aquellos años, que nos facilitarán muchísimo nuestra tarea. El primer trabajo que mereció los honores de la publicación en los Anales de la Universidad en 1870, lleva el título "*De la ovariotomía*", y su autor, el doctor Enrique v. Dessauer, distinguido médico residente en Valparaíso, presentaba esta tesis para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina de Chile. Dessauer, se había dedicado especialmente al estudio de la cirugía, y fué uno de los primeros en Chile, en ejecutar una ovariotomía. La segunda publicación, apareció en la Revista Médica del año 1872 y su autor es Alfonso Thévenot, profesor de cirugía operatoria y de clínica quirúrgica de nuestra Facultad y, como lo hemos expuesto ya anteriormente, uno de los iniciadores de la cirugía antiséptica en Chile. La tercera y más interesante para nuestros fines, por traer detalladamente muchos datos estadísticos sobre las operaciones de ovariotomía e histerotomía practicadas hasta entonces en Chile, es una publicación aparecida también en nuestra Revista Médica del año 1878, y su autor un distinguido médico, residente en Concepción y posteriormente en la capital, don Wenceslao Hidalgo. Seguiremos a estos autores en nuestra exposición, en parte en forma textual, para traducir en mejor forma sus ideas y tribulaciones.

Corresponde a Concepción, el honor de ser la ciudad en que se practicaba por primera vez una ovariotomía en Chile. Esta se efectuó el 14 de Octubre de 1868, por los doctores Pedro Ortiz, Osvaldo Aichel y Lorenzo Carrasco. Debemos recordar, para destacar la importancia que merece esta intervención ejecutada en un rincón del mundo, que hacía muy pocos años que Nelaton había introducido la ovariotomía a Francia, que Velpeau todavía no había dicho que no podía ser tachado de loco el cirujano que la ejecutaba, que solamente en Inglaterra,

en manos de Spencer Wells y Keith, era una intervención que se practicaba con cierta regularidad y en enfermos muy bien escogidos, y que jamás había sido practicada en la América Latina. La señora en la cual se efectuó la primera ovariotomía en Concepción, tenía 30 años de edad y era madre de 6 hijos. Dos semanas antes, se había ejecutado una punción y se habían sacado unas veinte libras de un líquido delgado, amarilloso y albuminoso. Después de esto pudieron distinguirse claramente dos tumores casi redondos, circunscritos, movibles, de un diámetro de diéz a doce pulgadas; uno, parecía muy blando, el otro, duro y nudoso. Se hizo el diagnóstico de quistes de ambos ovarios. La operación dió un buen resultado y la operada sobrevivió algunos años, muriendo después de erisipela o fiebre tifoidea. Como se ve, en este primer caso no se trataba de una extirpación sencilla de un solo ovario; al lado derecho existía un quiste seroso, al lado izquierdo, en cambio, se trataba de un gran quiste degenerado. A pesar de esto, la convalecencia fué rápida y sin ninguna complicación. Debemos recordar aquí, que esta intervención se efectuaba muchos años antes de la introducción de la antisepsia, cuando el peritoneo era todavía para el cirujano una cosa casi sagrada. Según Wenceslao Hidalgo, es difícil decir cuál de los tres médicos nombrados fué el que operó y a quién le pertenece, en consecuencia, el honor, pues oyó contar a los tres la operación, *atribuyéndosela cada cual a sí mismo*. Se planteaba aquí el eterno problema de la prioridad, pero según Hidalgo, el operador debe haber sido el doctor Ortiz, porque había sido durante largos años uno de los más famosos cirujanos de Chile, y quizás el primero o segundo. "Por eso me inclino", dice Wenceslao Hidalgo, "a creer, que si él no la ejecutó, al menos fué " hecha bajo su dirección y por eso se dejó operar la paciente".

La *segunda* operación fué hecha también en Concepción el 14 de Enero de 1870, es decir un año y meses después. Se trataba de una señora de 40 a 45 años y madre de diez hijos. Este caso fué operado por los doctores Pedro Ortiz, Osvaldo Aichel, Enrique Dessauer, Wenceslao Hidalgo y L. Carmona. Dió mal resultado; la enferma murió a las dos horas y media después de la operación. Se trataba de un *"quistecarcinoma medular reblandecido"*, pero según W. Hidalgo, la causa de la muerte se debe más bien a falta de precauciones durante la intervención, sobre todo al hacer la eventración del tumor. Este era de dimensiones enormes por lo cual hubo necesidad de hacer una gran incisión, se herniaron gran parte de las asas intestinales, las que además fueron lavadas con agua fría, y finalmente no se hizo tampoco una buena

Pero por eso mismo había sido más honroso para Chile el que se practicasen estas operaciones, cuando se carecía aun de muchos conocimientos y de instrumentos que no sólo ayudan y facilitan la operación, sino que también aseguran su buen resultado.

En el mismo tomo de la Revista Médica del año 1878/79, en que aparecía el trabajo sobre ovariotomía e histerotomía de W. Hidalgo, encontramos también una publicación sobre la *primera ovariotomía practicada en el Perú* por el doctor J. Lino Alarco, en el pueblo del Barranco cerca de Lima. Este médico peruano había reclamado para sí la prioridad de la ovariotomía, considerando que su intervención había sido la primera que se ejecutaba con buen éxito en Sud-América. W. Hidalgo, aprovecha su publicación para rectificar este error, y deja bien en claro, que la ovariotomía había sido practicada diez años antes y con buen resultado entre nosotros. Lino Alarco ignoraba esto, y dadas las grandes dificultades de comunicación en aquellos años, esto no tiene nada de extraño. Es interesante repetir lo que el médico peruano dice sobre el éxito que obtuvo y los motivos que le atribuye, en una época en que la enfermedad era mirada casi como un misterio: "Por otra " parte, siendo esta la primera vez que entre nosotros se practica la " ovariotomía, el éxito no puede ser ni más feliz ni más completo; la " enferma ha sanado, gracias a su constitución, a las precauciones " exquisitas tomadas antes, durante y después de la operación, y " gracias, también, evidentemente a la benignidad de nuestro clima, " que permite practicar las operaciones más audaces y peligrosas, sin " las fatales consecuencias que se ven en los países europeos y de la " América del Norte".

Wenceslao Hidalgo se había convertido en el más entusiasta defensor de la ovariotomía, a pesar de los resultados poco favorables de los primeros años. "Hemos encontrado",—dice en una parte de su publicación,— "a muchas enfermas que han podido ser operadas, pero " que no han hallado médicos que las aconsejen que se operen". En otra publicación con el título de *"Estudio sobre la ovariotomía e histerotomía"*, dedicada al doctor Ramón Allende Padín, presidente de la Sociedad Médica de aquel año, 1877, condena, también, la oposición tenaz y sistemática que algunos tienen contra la extracción de tumores o quistes de los ovarios y del útero, y trata de desvanecer las dudas de otros que creen que las operadas deben siempre morir o que si viven, su vida es llena de sufrimientos, ya por causa de la herida o por las condiciones de salud general.

Con la introducción de la antisepsia a la cirugía chilena, hubo, como en Europa, un cambio radical, y una de las operaciones que inmediatamente se beneficiaba con ella, fué, naturalmente, la ovariotomía. Desde el año 1885 adelante, encontramos en nuestra Revista Médica una serie de publicaciones sobre ovariotomías, que se inician con una de la clínica del Hospital de San Borja, que estaba a cargo de don Roberto Moericke, quien, como lo hemos mencionado antes, fué nombrado profesor propietario de clínica ginecológica, en 1887. A propósito de los tres primeros casos de ovariotomía practicados por el doctor Moericke y el doctor Víctor Koerner, la Revista Médica del año 1885, decía en su sección Crónica, lo siguiente: "Estos tres casos hablan muy en alto " en favor del progreso de la cirugía en Chile: la ovariotomía es una " operación que sólo puede ser practicada por una mano hábil. Y si " las reflexiones que nos sugiere la ovariotomía, las hiciéramos exten- " sivas a cien diversas operaciones de díficil ejecución, que día a día " se practican en los servicios de cirugía de los diversos hospitales de " Santiago, por hábiles cirujanos, dignos por más de un motivo de " este honroso título, no podríamos menos de reconocer que el bisturí " va tomando en Chile el puesto que le corresponde".

En Valparaíso, las primeras ovariotomías, ya en la era antiséptica, fueron practicadas por el doctor Olof Page, chileno de nacimiento, pero que había hecho sus estudios en la Universidad de Pensilvania, EE. UU. Los dos primeros casos, fueron operados, en Noviembre y Diciembre del año 1884, en el Hospital de Caridad de Valparaíso. A pesar de que, como dice el autor, en su publicación del Boletín de Medicina del año siguiente, se tomaron durante la operación todas las medidas de antisepsia aconsejadas por los ovariotomistas de más experiencia, ambas enfermas fallecían al día siguiente de la intervención. " "No había motivo",—escribe, al final de su corta exposición, Olof " Page—para esperar confiadamente el éxito del procedimiento emplea- " do, no sólo por el pésimo estado en que llegaron las enfermas, sino, " también, por las malas condiciones de nuestras salas de hospital " para esta clase de operaciones". Sin embargo, no obstante del mal " resultado de estas primeras intervenciones, Olof Page vuelve a los " pocos años, en 1887 y 1889, a practicar dos ovariotomías, y esta vez " la suerte lo acompaña y ambas enfermas sanan.

Page trabajó en los hospitales San Juan de Dios y San Agustín de Valparaíso, como cirujano y ginecólogo. No sólo fué uno de los primeros en ejecutar la ovariotomía, sino también en abrir un absceso

apendicular. En 1888, aparece un interesante trabajo del Dr. Eduardo Hoffmann, ginecólogo que venía llegando de Alemania, sobre "Quistes del ovario", escrito con el objeto de servir de prueba para optar al grado de licenciado de la Facultad de Medicina. En él encontramos las observaciones de Moericke y de Koerner, y a través de él vemos el enorme contraste que ofrecía la ovariotomía de la época prelisteriana, con la de la era antiséptica. En 1898, al inaugurarse el Hospital de San Agustín de Valparaíso, su sección ginecológica fué confiada al doctor Eduardo Hoffmann. A su lado se formó el doctor Buenaventura Cádiz, más tarde destacado cirujano y ginecólogo. Dos salas de este hospital, llevan actualmente, en recuerdo de estos distinguidos médicos, sus respectivos nombres.

Hemos estudiado con cierta detención la evolución de la ovariotomía, por ser ella la primera operación abdominal ginecológica, entre nosotros, como lo había sido, también, en Europa y Estados Unidos, y hemos visto que tuvo sus grandes precursores. ¿Quién los recuerda? En Kentucky se erigió a la memoria de Mc Dowell, un monumento imperecedero, de granito, y también a la valerosa paciente, señora Crawford, se dedicó un monumento. ¡Igualmente los precursores de la ovariotomía en Chile, por su valor, su fe y su visión, merecen ser recordados en alguna forma!

BIBLIOGRAFIA

Dessauer, Enrique. De la ovariotomía. Tesis, 1870. Anales de la Universidad, 1870. Hidalgo, Wenceslao. Estudio sobre la ovariotomía e histerotomía. Tesis, 1876.—Hidalgo, Wenceslao. Ovariotomía e histerotomía. Rev. Méd. 1878.—Hoffmann, Eduardo. Quistes del ovario. Tesis, 1888.—Koerner Víctor. 3 ovariotomías con buen resultado. Rev. Méd. 1885-86.—Koerner, Víctor. 3 casos de ovariotomía. Progreso Médico, 1892.—Lino Alarco, J. La primera ovariotomía practicada en el Perú. Rev. Méd. 1878-79.—Murillo, Adolfo. Ovariotomía normal y operación de Battey. Rev. Méd.1882.—Murillo, Adolfo. Revista de obstetricia y ginecología. La ovariotomía durante la preñez. Rev. Méd. 1882-83.—Moericke, R. Revista mensual de la clínica ginecológica. Rev. Méd. 1888-89.—Moericke, R. Quistoma papilar de los ovarios. Ovariotomía. Rev. Méd. 1890-91.—Page, Olof. Dos casos de ovariotomía, en el Hospital de Caridad de Valparaíso. Bol. de Medicina, 1885.—Page, Olof. Un caso de ovariotomía. Rev. Méd. 1887-88.—Sierra, Lucas. Dos quistes del ovario, operados Rev. Méd. 1897.—Sierra, Lucas. Mil operaciones. La ginecología en mi servicio del Hospital de San Borja. Rev. Méd. 1908.—Thevenot, A. Quiste del ovario, operado por la extirpación. Rev. Méd. 1872.—Vargas Salcedo, L. 25 años de cirugía abdominal. Anales, 1937.

QUINTA PARTE

AFECCIONES ABDOMINALES QUE ENTRAN AL DOMINIO DE LA CIRUGIA CON LA INTRODUCCION DE LA ANTISEPSIA

CAPITULO XI

CIRUGIA DEL ESTOMAGO Y DUODENO

La cirugía gástrica moderna, data sólo desde hace unos 50 o 60 años. A pesar de que las primeras intervenciones sobre el estómago se habían efectuado ya algunos años antes (Sedillot había ejecutado en 1849, la primera gastrostomía), la era moderna de la cirugía gástrica, puede decirse que empezó con Billroth y Woelfler. A raíz del rápido desarrollo que siguió al uso racional de la antisepsia y la asepsia, los cirujanos, cada vez más envalentonados con los crecientes éxitos de la cirugía abdominal, muy pronto trataron también de atacar con el bisturí las enfermedades del estómago. El genio de Billroth reconoció la importancia de su primera operación gástrica efectuada en el hombre, en 1877, aún tratándose sólo de una fístula gástrica, que cerró después de invaginarla y suturar cuidadosamente la pared del órgano. Con esta *gastrorrafia*, como Billroth llamó a su intervención, quedó demostrado que una sutura bien hecha en el estómago, era segura. "De esta operación a la resección del estómago canceroso, hay sólo "un pequeño paso". Estas palabras de Billroth, bien demuestran su fe en el porvenir de la cirugía gástrica. En estos mismos años, dos ayudantes de su clínica en Viena, Gussenbauer y Winiwater, hicieron los primeros estudios experimentales de la resección gástrica en el perro, (1876), y pocos años después en 1881, Billroth pudo efectuar la primera resección pilórica en el hombre, que fué coronada con éxito.

Pero ya en años muy anteriores a esta primera resección gástrica efectuada con éxito por Billroth, un cirujano de Giessen, Merren, en una interesante monografía relata sus experimentos efectuados en perros, para determinar si la resección del píloro era posible o no. Y a pesar de las conclusiones favorables a que llega, que la extirpación

es posible, aunque se trata de una operación dificilísima, estos ensayos se olvidaron luego, y sólo muchos años más tarde el gran cirujano Langenbeck concretó sus ideas sobre estos experimentos, de la manera siguiente: "Es para mi inconcebible como alguien pueda pensar en la " extirpación del píloro, y creo innecesario dar razón alguna, por la " cual esta operación jamás podrá tener éxito en el hombre. Creo de " ella, que constituye un procedimiento más rápido para terminar con " la vida de estos pobres enfermos a los cuales no se les puede " ayudar ya".

Como se ve, Billroth fué mejor profeta que Langenbeck, y sus contemporáneos reconocieron en él al fundador de la cirugía gástrica. Sus dos métodos clásicos de la resección, el *Billroth 1* y el *Billroth 2*, siguen siendo los métodos de resección más usados y conocidos por todos los cirujanos. En honor a la verdad hay que decir, sin embargo, que, a pesar de que Billroth, basado en prolijos y concienzudos estudios de varios años, fué el primero que tuvo éxito con su resección pilórica, no fué también el primero en efectuarla: ya dos años antes el gran cirujano francés Pean, en 1879, había efectuado la primera resección en el hombre. El enfermo caquéctico y extenuado, vivió sólo cinco días después de la intervención. Para esta operación, en que Pean hizo la reparación anastomosando el muñón duodenal directamente al ángulo inferior de la resección gástrica y que se conoce sobre todo con el nombre de Billroth 1, los franceses reclaman, y no sin razón, la prioridad denominándola de Pean. Un año después el cirujano alemán Rydigier de Kulm, influenciado por los trabajos experimentales de la clínica de Billroth (Gussenbauer y Winiwater), efectuó la segunda resección pilórica en el hombre. Sólo al año siguiente, en 1881, Billroth publicó su primer caso de resección que sobrevivió a la operación. En nuestra literatura esta intervención, comienzo de una nueva era de la cirugía abdominal, fué descrita a los pocos meses después, en la Revista Médica de Junio de 1881, en la siguiente forma:

"*ESCISION DE UNA PORCION DE ESTOMAGO Y DUO-*
" *DENO.*— En el "Wiener" Med. Woch del 5 de Febrero, el prof.
" Billroth refiere el siguiente caso: En la semana anterior le había sido
" presentada una mujer con síntomas inequívocos de cáncer del pílo-
" ro. Era una mujer de 43 años, madre de ocho hijos, todos vivos, que
" había sido atacada de vómitos en Octubre de 1880. Todos los sínto-
" mas de cáncer del píloro se presentaron rápidamente, y Billroth se
" determinó a operar".

"El tumor estaba en la parte superior del estómago, hacia la dere-
" cha. El operador practicó una incisión de cerca de ocho centímetros
" sobre el tumor y al través de la pared abdominal. El tumor, a
" causa de su tamaño, fué difícil de extraer; presentábase en parte
" nudoso, en parte infiltrado, cubriendo el píloro y más de un tercio
" de la parte inferior del estómago. El doctor Billroth desprendió las
" adherencias al epiplón y al colon transverso, separó cuidadosamente
" el grande y pequeño epiplón y ligó todos los vasos sanguíneos antes
" de cortarlos; la pérdida de sangre fué muy ligera. Hizo entonces una
" incisión en el estómago a un centímetro de la parte infiltrada, sin
" una dirección precisa; y después incindió el duodeno. Se pasaron seis
" suturas en los labios de la herida, dejando los hilos sin atar y desti-
" nándolos sólo a conservar los labios de la herida en posición. Practicó
" en seguida una incisión oblicua completa del estómago, dirigiéndola
" de dentro a fuera y de arriba abajo, siempre a un centímetro de la
" parte infiltrada de la pared del estómago, y apartó esta herida oblicua
" de abajo arriba, hasta dejar una abertura justamente suficiente
" para fijar la abertura del duodeno. La separación del tumor del
" duodeno fué entonces introducido en la abertura del estómago. Hi-
" ciéronse cerca de 50 suturas con seda fenicada de Czerny. La herida
" fué lavada con ácido fénico diluído y se practicaron suturas adicio-
" nales en las partes débiles, colocóse todo en la cavidad abdominal
" y la herida de la pared del vientre fué cerrada y curada. La opera-
" ción duró hora y media".

"Ninguna debilidad, vómitos o dolor, se siguió a la operación.
" En las 24 horas siguientes, la paciente sólo tomó hielo por la boca
" e inyecciones rectales nutritivas con vino; al día siguiente, una
" cucharada de suero cada media hora. La paciente, mujer muy
" inteligente, sintióse muy bien y durmió casi toda la noche, después
" de una pequeña inyección de morfina. El fragmento escindido, tenía
" 14 centímetros de extensión a lo largo de la curvadura mayor del
" estómago. Una pluma de escribir, difícilmente podía pasar por el
" orificio pilórico. La forma del estómago, no fué muy alterada por la
" operación; apenas el órgano quedó reducido en su tamaño".

En el asombroso desarrollo de la cirugía gástrica que sobrevino en los años siguientes tomaron parte, entre otros grandes cirujanos, Kocher, v. Hacker, Eiselsberg, Kroenlein, Mikulicz, Czerny, Pauchet, Roux, Moyniham, Finney, los hermanos Mayo y muchos más.

El Pean-Billroth 1, fué usado durante varios años, tanto para el cáncer del estómago como también para la úlcera péptica. Ya en aquellos años se vió que el pronóstico de la resección, era completamente diverso para ambas afecciones; *de los cinco primeros enfermos operados por cáncer gástrica, sólo uno vivió, mientras que de los cinco enfermos de úlcera péptica, sólo uno falleció.* En nuestra Revista Médica del año 1885, encontramos copiada la siguiente estadística hecha por Rydigier: 16 cirujanos habían practicado la resección del píloro en 23 enfermos, de éstos, 19 fueron desgraciados. De los cuatro casos favorables, uno había sido operado por Billroth, otro por Woelfler, otro por Czerny y el último por Rydigier.

En el mismo año en que Billroth ejecutaba la primera resección del píloro, Woelfler, uno de sus alumnos, recomendó y ejecutó la primera *gastro-enterostomía anterior*, y cuatro años después, en 1885, otro de sus alumnos, v. Hacker, la *gastro-enterostomía posterior. Tan bien estudiada fué la técnica de estas operaciones, que apenas ha sido necesario modificarlas en pequeños detalles.*

En 1885, Billroth recomendó su método II, y en 1897, Schlatter de Zurich hizo la primera *resección total del estómago*, en una enferma que falleció un año y meses después, debido a metastasis cancerosas. La segunda y tercera resección total del estómago seguidas de éxito, fueron ejecutadas en Estados Unidos, por Brigham y Richardson, en 1898. En numerosas de las publicaciones posteriores de la literatura médica hasta nuestros días, no se trata en realidad de resecciones completas o totales, sino de incompletas o subtotales, en que han sido conservadas partes de la región pilórica o del cardias.

La resección gástrica ha alcanzado una importancia enorme, no sólo por constituir el único tratamiento del cáncer gástrico, sino también por su aplicación en la úlcera péptica, y se efectúa hoy día en todas las clínicas del mundo. El método original del Billroth II, enunciado por él en 1885, para aquellos casos en los cuales existe dificultad para la unión del muñón gástrico con el muñón duodenal, consiste en el cierre de ambos muñones, haciendo en seguida una gastro-yeyunostomía lateral, anterior y antecólica. El Billroth II es hoy día el método preferido por la mayoría de los cirujanos. Posteriormente han sido ideadas y recomendadas, una serie de innovaciones que llevan el nombre de distintos cirujanos. A pesar de que son muchos los autores, entre nosotros Münnich y Reccius (Temas de Cirugía Clínica, 1933), que se han ocupado con la *historia del Billroth II*, reina todavía, para la

denominación de sus distintas modalidades, una gran anarquía que dificulta a veces enormemente la comprensión de la operación efectuada, si no se detalla en todas sus modalidades anatómicas. Las más importantes de estas modalidades de los procedimientos originales del Pean-Billroth 1 y Billroth 2, y que sólo podemos mencionar, son las de Haberer, Kocher, Mikulicz, Moyniham, v. Hacker, Eiselsberg, Kroenlein, Roux, Braun, Hofmeister-Finsterer y Polya-Reichel. Por razones de interés histórico sería lamentable que cayeran en el olvido muchos de estos nombres de grandes cirujanos que han contribuído al desarrollo de la cirugía gástrica y que están tan íntimamente ligados a ella; pero si se les nombra, también es justo que sean los correctos, lo que actualmente con frecuencia no sucede.

La primera referencia a una intervención sobre el estómago en nuestra literatura médica, se encuentra en la Revista Médica del año 1876, en forma de un comentario sobre una observación que M. Verneuil había presentado a la Academia de Medicina de París, y que fué acogida con interés bien merecido. Se trataba de un enfermo con estrechez absoluta del esófago, al que el cirujano francés había practicado una gastrostomía. Esta intervención había sido ejecutada por primera vez, por Sedillot, en 1849, y posteriormente por varios cirujanos en Francia y otros países; pero siempre con mal éxito. La tentativa de Verneuil, fué coronada del éxito más completo y "ha " merecido pues, con justicia, el entusiasmo y aplauso de los hombres " de ciencia".

Cinco años después, en 1881, nuestra Revista Médica, en su sección *Revista Extranjera,* refiere detalladamente la primera resección pilórica que Billroth había ejecutado sólo pocos meses antes, en Febrero del mismo año; y nuevamente un lustro después, la misma Revista publica una colaboración de Cornelio Guzmán R., interesante porque revela las grandes dificultades con que tropezaban a cada rato los cirujanos de aquella época. El comentario era sobre una observación presentada a la Academia de Medicina de París, en el mismo año 1886. Un individuo se había tragado un tenedor de fierro estañado de gran dimensión, pero los fenómenos que presentaba eran incapaces de dar una convicción sobre la existencia de un cuerpo extraño en el estómago. Para disipar las dudas, se recurrió a una sonda esofágica construída según el principio del estilete con campanilla eléctrica. Apenas la extremidad de la sonda penetró al estómago, todos los asistentes

oyeron el ruido revelador de la pila eléctrica, durante una fracción de segundo; pero este ruido había sido tan fugitivo, que la convicción no fué completa, y sólo mediante una aguja imantada que seguía los movimientos del enfermo, y un poderoso electro-imán, pudo aclararse completamente el diagnóstico. Cornelio Guzmán cree de gran importancia esta observación, "porque puede considerarse desde ahora " como un gran recurso, el empleo de estos instrumentos para el diag- " nóstico de los cuerpos extraños encerrados en nuestros órganos, " cuando estos cuerpos son de fierro". Esta interesante comunicación, había llamado la atención bajo otro punto de vista: todas las operaciones de talla estomacal habían sido hechas hasta entonces, suturando la pared anterior del estómago a la herida abdominal, antes de abrir la cavidad de este órgano. Después de la extracción del cuerpo extraño, el operado conservaba una fístula que se cerraba a la larga. En este caso, sin embargo, se había procedido a la sutura inmediata de la incisión estomacal, y el enfermo había sobrevivido a la intervención. Guzmán termina su colaboración, con estas palabras: "un porvenir no lejano " demostrará las ventajas de esta intervención".

A la sesión de "El Progreso Médico" de Octubre de 1897, Waldo Silva Palma presenta un enfermo que había recibido una herida en el estómago, hecha a través del diafragma y que había sido suturada siguiendo ese mismo trayecto. *Es ésta una de las primeras observaciones registradas en nuestra literatura, sobre una operación gástrica.*

"Precisar exactamente cuándo y quién ha sido el primer ciruja- " no que en nuestro país ha practicado la gastro-enterostomía o la " extirpación del estómago, es bastante difícil. Tenemos referencias " de pilorectomías practicadas por el doctor Koerner en la clientela " privada, antes de 1895; pero no ha quedado constancia de ello en " ninguna publicación" Son estas palabras de Vargas Salcedo, en su publicación "La Cirugía Abdominal en Chile" del año 1937. En Junio de 1897, Lucas Sierra presenta a la Sociedad Médica, dos piezas anátomo-patológicas de cánceres del estómago. En uno de estos casos, Barros Borgoño había practicado la gastro-enteroanastomosis. La operación no había ofrecido dificultades, pero el enfermo falleció 48 horas después. En la autopsia se encontró que la adherencia de la cicatriz era perfecta, y el lumen de la comunicación suficiente para permitir el libre curso de los alimentos. *Es ésta la primera gastro-enterostomía registrada en nuestra literatura, y muy probablemente también la primera ejecutada en Chile.*

A una sesión de Julio del mismo año 1897, Lucas Sierra presenta un enfermo operado de gastrostomía, por Barros Borgoño, en el cual se obtuvo "resultados realmente brillantes". Se había usado el procedimiento Albert-Kocher; todavía no se formaba un canal revestido del peritoneo, como en los procedimientos más modernos. Pero ya en 1901, Arturo Brandt, ayudante de la clínica de Barros Borgoño, presenta a la Sociedad Médica dos enfermos con gastrostomía, en los cuales se había usado un procedimiento operatorio "hasta entonces no ejecutado en Chile" y que presentaba grandes ventajas sobre los hasta entonces usados. Se trataba del procedimiento conocido hasta hoy día con el nombre de Hacker-Frank-Witzel, y en ambos casos había operado Barros Borgoño.

En los años siguientes, no se encuentran referencias a operaciones gástricas, en nuestra literatura; las úlceras pépticas, gástrica y duodenal, eran afecciones prácticamente desconocidas, y el cáncer gástrico se diagnosticaba, según la expresión de un cirujano de la época, "cuando el enfermo pisaba los umbrales de la caquexia". Así llegamos al Primer Congreso Pan Americano del año 1908, en que Guillermo Münnich, de Valparaíso, presenta un trabajo sobre cirugía del estómago, a base de tres casos operados; dos gastro-enteroanastomosis por estenosis pilórica, y una resección extensa por cáncer gástrico, en que se extrajo el estómago casi en su totalidad. Los tres enfermos sobrevivieron y abandonaron el hospital, en buenas condiciones. No hay duda que esta presentación de Guillermo Münnich a aquel Congreso, despertó enormemente el interés por la cirugía gástrica entre nosotros, contribuyendo en forma eficaz a su desarrollo posterior. *Corresponde a Guillermo Münnich, el honor de ser el primero entre nosotros en efectuar la resección gástrica (1907); sus dos gastro-enterostomías, una por úlcera pilórica, la segunda por carcinoma gástrica, son también las primeras observaciones registradas en nuestra literatura en que los enfermos sobrevivieron a la intervención.*

La casuística sobre cirugía gástrica aumenta lentamente, a partir de 1910. Todavía en 1911, Exequiel González Cortés, decía que era doloroso confesar no poder citar siquiera una referencia de úlcera de estómago, que haya sido operada entre nosotros. Sólo desde 1920, la cirugía gástrica se incorpora definitivamente a los servicios de cirugía de mayor importancia del país.

En realidad, son solamente dos las afecciones del estómago que tienen verdadero interés para el cirujano: el *cáncer* y la *úlcera*. Veamos

separadamente, cuál ha sido la evolución en el tratamiento quirúrgico de estas dos afecciones, tan frecuentes e importantes de la patología.

ULCERA PEPTICA GASTRO DUODENAL.

Estimamos que es preferible reunir bajo el nombre de úlcera péptica, a la úlcera gástrica y duodenal. No hay duda que existen algunas diferencias en la sintomatología y en el tratamiento, según si las úlceras se encuentran hacia la izquierda o la derecha de la vena pilórica, pero no se trata sino de diferencias regionales; la enfermedad en su etiología, sintomatología y tratamiento, es una sola y, por lo tanto, debe estudiarse como tal.

Fué Cruveilhier, quién, en dos memorias presentadas a la Academia de Ciencias en 1865, en que resume sus trabajos de veinte años, establece con notable precisión los caracteres anátomo-patológicos y la sintomatología de "úlcera simple, ordinariamente crónica del estómago". Antes de Cruveilhier, habían sido observadas ya en el curso de las autopsias, ulceraciones gástricas de aspecto distinto a las cancerosas, y aun se había establecido una relación de causa a efecto entre estas ulceraciones y las hemorragias observadas durante la vida; *pero es a Cruveilhier, a quien corresponde el honor de haber diferenciado claramente estas dos afecciones de pronóstico tan diferente.* Pocos años después, a partir de 1869, Rokitansky, de Viena, publica los resultados de sus investigaciones, designando la afección con el nombre de *úlcera perforante del estómago;* Niemeyer, posteriormente, la llamó *úlcera redonda.* Es curioso comprobar que la atención de Cruveilhier en sus estudios anatómicos, ni por un solo momento fué atraída hacia la posible localización de la úlcera en el duodeno; en realidad, en sus publicaciones no se encuentra la más ligera alusión a ella. Dada la gran frecuencia de la úlcera duodenal, se ha querido explicar esta curiosa omisión, por el hecho de que en tiempos del gran anatómico francés, era totalmente desconocida la importancia fisiológica del duodeno para la digestión; toda la atención era absorbida por el estómago, y aún para espíritus independientes resulta difícil desprenderse de ideas preconcebidas.

Sólo en 1871 Klinger de Wurzburg, Alemania, señala la existencia de la *úlcera duodenal,* que por analogía con la úlcera perforante del estómago de Rokitansky, designa con la denominación de "*úlcera per-*

forante del duodeno". Durante muchos años el diagnóstico de la úlcera péptica, se basaba exclusivamente en la clásica tríada de Cruveilhier: dolor, vómitos, hemorragias. Casi hasta fines del siglo, el estudio de las enfermedades del estómago, en la mayoría de los tratados, demostraba todavía un espantoso desorden. Se llamaba estado dispéptico, al conjunto de alteraciones del tubo intestinal sin lesión anatómica determinada. La existencia independiente de la *gastro-sucorrea* o *enfermedad de Reichmann* (1902), fué de corta duración, porque con el perfeccionamiento de los medios de investigación clínica, se reconoció luego que no era más que un sindroma consecutivo a una antigua úlcera. Todavía en 1884, en una conferencia leída en nuestra Sociedad Médica, B. Rojas Carvallo, para demostrar las variadas y numerosas clasificaciones, enumera las 25 clases de dispepsia y presenta un enfermo; sin mencionar la úlcera péptica, pinta el cuadro clínico de su enfermedad y "la pesada escala que tiene que recorrer el dispéptico de seis en " seis horas, escala cuyos peldaños están tan verticalmente colocados, " que apenas tiene el enfermo una hora de descanso", y más adelante agrega:

"Ahora me preguntáis vosotros: ¿cómo traducir esa serie de síntomas, cómo indagar la causa de tantos sufrimientos para aliviarlos? " Yo, señores, no queriendo abusar de vuestra bondad, seré breve en " este punto, y más, cuando es un problema no resuelto aún".

"El dolor, ya sea ese dolor sordo y continuo, o ese dolor llevado " hasta el síncope del enfermo, encuentra su causa en la compresión " de los filetes nerviosos intra-musculares, ya sea directamente, por " acción refleja del pneumogástrico, como pasa cuando algún alimento " por su calidad o temperatura no conviene al estómago. El dolor " torácico, intercostal, dorsal, la cefalalgia, los vértigos, perturbaciones " en los sentidos, pérdida momentánea de la memoria, náuseas y " vómitos, encuentran todos ellos su explicación, ya por la acción " refleja de los filetes vaso-motrices, ya por el empobrecimiento de " la sangre que, siendo poco nutritiva, produce el fatigamiento de las " masas musculares, verdadero llanto muscular".

Ahora bien, como ya lo hemos mencionado, la úlcera gástrica había sido referida anteriormente, en varias ocasiones, en nuestra literatura. Entre las primeras referencias figura la úlcera redonda, como causa de muerte, en estadísticas de los hospitales de San Carlos y de Talca, publicadas en la Revista Médica de los años 1877 a 1880.

Al año siguiente, en 1881, nuestra Revista Médica refiere detalladamente, la primera resección gástrica efectuada por Billroth pocos meses antes. En 1897, Víctor Koerner escribía una interesante correspondencia fechada en Berlín, mencionando el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago, y exponía las ideas más recientes que reinaban en aquella época. Leube y v. Mikulicz habían planteado el problema, en el último Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía; internistas y cirujanos estaban ya de acuerdo, que la intervención debía hacerse en las hemorragias, cuando éstas amenazaban la vida, en la perforación en que había buena esperanza de buen resultado si la operación se hacía luego, los agudos dolores y los vómitos incoercibles, podían indicar también la intervención, cuando fallaba toda la medicación interna. Mikulicz había expuesto las ventajas y desventajas de los tres procedimientos operatorios en uso: la *resección*, la *píloroplastía* y la *gastro-enterostomía*. La mortalidad se había reducido considerablemente, gracias al perfeccionamiento de los procedimientos operatorios, y era más o menos de un 10%.

Otras de las primeras referencias que se registran en nuestra literatura nacional sobre la úlcera gástrica, corresponde a la memoria de prueba para optar al grado de licenciado, de Luis Vargas Salcedo, año 1905, entonces Prosector de Anatomía. Estudia en ella el llamado *estómago bilocular*, que en aquellos años se descubría casualmente con cierta frecuencia, en laparatomías o en necropsias, y que, según la opinión de la mayoría de los autores de la época, resultaba ordinariamente de la cicatrización de una úlcera simple del estómago.

En 1906, Francisco Navarro, que acababa de regresar de Alemania, comenta un trabajo de Kroenlein, sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago, presentado al Congreso Alemán de Cirugía de aquel año, en Berlín. Estudia principalmente, el punto que se refiere al momento en que el internista debe ceder el tratamiento al cirujano. Kroenlein había llegado a la conclusión, de que en el tratamiento operatorio de la úlcera del estómago, no se trataba de la extirpación de ella por medio del bisturí, *sino más bien de la creación de condiciones favorables para su cicatrización rápida.* Ninguna operación llena mejor estos requisitos, en la opinión del autor, que la *gastro-enterostomía retrocólica*, según Hacker; método que designa como procedimiento normal en el tratamiento de la úlcera gástrica. "El resultado " que se obtiene es tanto más brillante, cuanto más complicado se " encuentre el cuadro de la úlcera pilórica".

En el mismo año, 1906, nuestra Revista Médica, en su sección *Revista Extranjera*, se ocupa nuevamente del problema de la úlcera gástrica, que en Europa y Estados Unidos constituía ya una de las mayores preocupaciones de los centros quirúrgicos. W. J. Mayo había operado 307 gastro-yeyunostomías por úlcera simple, con una mortalidad de 6%; Moyniham, había tenido sólo 2 muertes en 171 gastro-yeyunostomías y v. Eiselsberg había obtenido con esta intervención, un 90% de curaciones. Pero ya se empezaba a hablar de la *úlcera péptica del yeyuno*, sin darle mayor importancia. Mayo Robson sólo la había observado una vez, en 200 gastro-enterostomías posteriores. Finney, Ochsner, Murphy, Deaver, Kocher y otros cirujanos, también habían obtenido ya excelentes resultados, en la todavía naciente cirugía gástrica.

En 1907 y posteriormente en 1911, Exequiel González Cortés, que acababa de regresar de Alemania, desarrolla, en varias sesiones de la Sociedad Médica, conferencias sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del estómago, que considera como una de las más brillantes conquistas de la cirugía moderna. Como internista, expone las deficiencias de los resultados obtenidos con la medicina interna, e indica la intervención operatoria, como la única eficaz para obtener una curación radical. Prefiere, como los cirujanos de la época, la gastro-enterostomia a la resección, que estima justificada sólo cuando existe o se sospecha una transformación cancerosa de la ulceración. Respecto a esta complicación, agrega, que es más frecuente en nuestro país que en los europeos, y que esta circunstancia debiera también inclinar el criterio del médico, en el sentido de la operación. Al terminar, dice que, a la cabecera del enfermo, el médico y el cirujano deben marchar unidos en el combate de una enfermedad propiamente médico-quirúrgica. Refiere algunas observaciones recogidas en 1911, todas ellas de operados tardíamente en la postrera faz de la enfermedad, cuando la situación era ya desesperante. Menciona la memoria de prueba de Tomás Quevedo Jofré, en la cual está consignada una de las historias clínicas expuestas. Esta tesis que no hemos podido revisar, es la primera entre nosotros que se ocupa de la *radioscopía gástrica*. González Cortés, cuyas conferencias contribuyeron poderosamente al mejor conocimiento de la afección entre nosotros, manifiesta, finalmente, que es triste tener que confesar que no existe aún ninguna referencia en nuestra literatura, de úlcera gástrica que haya sido operada. Esto, sin embargo, no correspondía a la realidad de los hechos, porque algunos años antes Guillermo Münnich había presentado al Primer Congreso Pan Ame-

ricano del año 1908, sus primeras observaciones sobre cirugía gástrica, entre ellas también por úlcera gástrica. Hemos mencionado esta publicación anteriormente.

El advenimiento de los *Rayos Roentgen*, tuvo, naturalmente, una influencia decisiva en el desarrollo de la cirugía gástrica. Hasta 1910, la exploración radiológica se había limitado casi exclusivamente al esqueleto; en esa época aparecen en nuestra literatura las primeras publicaciones relacionadas con el examen radiológico del tubo digestivo, cuyo impulsador fué uno de nuestros primeros radiólogos, José Ducci, y pocos años después, Erich Heegewaldt, entonces a cargo del Instituto de Radiología Sanitas. Desde entonces hasta la época actual, este medio de diagnóstico ha crecido en importancia hasta tal punto, que incuestionablemente constituye el mejor método para llegar al diagnóstico de la úlcera péptica, gástrica, duodenal o yeyunal, y para reconocer el carcinoma gástrico en su fase inicial.

Ya en 1911, Ducci presenta a la Sociedad Médica, las primeras radiografías del estómago, entre ellas una que había diagnosticado una comunicación del estómago al intestino grueso. La radiografía había sido tomada con ayuda de la pantalla reforzadora, y en el espacio de 45 segundos. En 1916, al presentar radiografías de úlceras gástricas, manifiesta que lo más importante para diagnosticar esta afección, es la escotadura que se observa ordinariamente frente a la úlcera, y que fácilmente se reconoce en las radiografías. La importancia y frecuencia del *nicho* como signo positivo de ulceración gastro-duodenal no se había reconocido todavía, excepto por unos cuantos observadores, en Europa y Estados Unidos. Sobre todo el reconocimiento radiológico de la úlcera duodenal, presentaba aun grandes dificultades que fueron subsanadas, sin embargo, gracias a la técnica de *radiografías rápidas en serie*, propuestas en 1914 por G. Cole de Nueva York y que elige la fase más oportuna de llenamiento del duodeno, para sacar la radiografía. *Con esto, el diagnóstico de la úlcera duodenal entró en una fase decisiva.* En 1925, José Ducci presenta a la Sociedad Médica, un estudio sobre la radiología duodenal, al cual bien poco podría agregarse hoy día, y que demuestra el enorme progreso que había alcanzado el estudio radiológico entre nosotros. Numerosísimas y meritorias son las publicaciones posteriores aparecidas en nuestra literatura, sobre el diagnóstico radiológico de las afecciones gástricas; pero no podemos mencionarlas, para no salirnos del marco que hemos trazado a nues-

tra exposición. (Heegewaldt, Opazo, Daza, Carlos Cuevas, E. Zárate y otros).

Hubo un tiempo en que el *examen químico del jugo gástrico*, desempeñaba el papel más importante en el diagnóstico de la úlcera. En la actualidad ha perdido terreno, por lo inconstante de las cifras obtenidas en las curvas de secreción.

Gracias a los perfeccionamientos en la técnica de examen radiológico, y gracias a los progresos de la cirugía abdominal y con esto a la posibilidad de la comprobación operatoria, la úlcera péptica fué reconocida más y más como una afección frecuente, y en Europa, sobre todo en Francia y Alemania, los cirujanos se vieron en la necesidad de reconocer, lo que en Estados Unidos y en Inglaterra había sido afirmado desde muchos años antes, que la úlcera duodenal debe considerarse como la localización más frecuente de las úlceras digestivas. *Entre nosotros, por la mayor influencia de las escuelas francesa y alemana de aquellos años, la úlcera duodenal fué también reconocida tardíamente.*

Ultimamente ha adquirido una importancia cada vez mayor la *gastroscopía*, en el diagnóstico de las gastropatías. La endoscopía gástrica empezó a practicarse a fines del siglo pasado. Fué Kussmaul, quien, en 1868, hizo la primera y rudimentaria gastroscopía en un tragasables, mediante un tubo abierto, flexible en su parte distal; posteriormente usó tubos rígidos, metálicos. Pero estos primeros y tímidos ensayos fueron pronto abandonados, no sólo por producir serias molestias en los pacientes, sino también por las grandes dificultades técnicas de la óptica y la iluminación. Con el descubrimiento de la electricidad y los adelantos técnicos en el campo de las lentes, el método pudo perfeccionarse. Innumerables modelos de gastroscopios fueron construídos en los años siguientes, y muchos son los nombres ligados a su desarrollo: Nitze, Leiter, Kelling, Mikulicz, Süssmann, Küttner y otros. En 1932, Schindler lanzó la gran innovación de los *gastroscopios flexibles*, que luego fueron aceptados universalmente por todos los gastroscopistas, por las grandes ventajas y los brillantes resultados que con ellos se obtienen. No cabe duda, actualmente, que la gastroscopía no sólo es un método innocuo en manos experimentadas, sino también de gran valor en el diagnóstico del cáncer gástrico incipiente, en el estudio de la gastritis y la investigación de las úlceras radiológicamente negativas. En pocos años ha entrado de lleno a la práctica médica y de las clínicas alemanas, donde empezó a usarse en forma corriente, su empleo se extendió luego a los demás países.

El mérito de haber introducido el método entre nosotros le corresponde a Jacobo Lerner, de la clínica del Prof. Hernán Alessandri. Efectuó las primeras gastroscopías en 1937 y ya al año después daba a conocer, en forma de una presentación preliminar, los primeros resultados. En 1938, Prado Tagle trajo de Europa otro gastroscopio de Wolf Schindler, encomendando el estudio gastroscópico a uno de los ayudantes de su clínica, Oscar Gazmuri Ojeda. En ambas clínicas la experiencia es ya considerable y suben a muchos cientos, las gastroscopías efectuadas. Como complemento de los demás métodos de exploración del estómago, presta actualmente grandes servicios en el diagnóstico de numerosas gastropatías, también entre nosotros, como lo demuestran las publicaciones de los últimos años. La más completa de éstas, es la tesis de prueba de Eliseo Concha Parot. Se fundamenta esta magnífica publicación, en 273 gastroscopías practicadas en el curso de un año, en la sección de gastro-enterología a cargo de Jacobo Lerner, del Servicio de Medicina Interna del Prof. Alessandri en el Hospital del Salvador, y demuestra que es un método sin peligro alguno para el enfermo, cuyos méritos no han sido reconocidos ni divulgados todavía lo suficientemente en la práctica médica.

Desde 1910 se puede observar en nuestra literatura, un aumento constante, lento en un principio, más rápido en seguida, del número de referencias sobre enfermos operados por afecciones gástricas. Empiezan a destacarse nuevos cirujanos formados ya en la era anti y aséptica que efectúan laparatomías sin más ceremonia, que la que en otro tiempo se empleaba para abrir un absceso. Las mayores comodidades, el mejor instrumental, la técnica perfeccionada, el mejor conocimiento de la fisiología y patología gastro-duodenal, la mejor indicación operatoria y el mejor resultado de las intervenciones, son los principales factores que contribuyeron a vulgarizarlas. Francisco Navarro, Gregorio Amunátegui, Juan Ramón Zegers, Luis Vargas Salcedo, Alvaro Covarrubias y Ernesto Molina, presentan en aquellos años, 1912 a 1918, sus observaciones sobre cirugía gástrica, gastro-enterostomías y resecciones, a la Sociedad Médica, discuten las indicaciones operatorias, la técnica y los procedimientos europeos y norteamericanos. *Desde 1920, el número de las operaciones gástricas empieza a multiplicarse rápidamente; podemos decir que desde esta época, la cirugía gástrica se incorpora definitivamente a los servicios de cirugía de Santiago y de Valparaíso, y algunos años más tarde a los centros quirúrgicos de algunas ciudades*

de provincia. Muchísimas y excelentes publicaciones de los últimos años, han contribuído a difundir más el conocimiento de esta rama de la cirugía abdominal. Muchas son también las tesis de licenciatura, nacidas en los diversos servicios quirúrgicos, que se han escrito, relacionadas con la úlcera péptica y el cáncer gástrico. Pasaremos en rápida revista, algunas de las publicaciones de mayor importancia, siguiendo un orden cronológico.

Guillermo Münnich, uno de los iniciadores de la cirugía gástrica entre nosotros, cuya primera publicación del año 1908 hemos mencionado anteriormente, presenta a la Facultad de Medicina y Farmácia, en 1920, en su recepción como Miembro Académico para llenar el puesto que había quedado vacante por fallecimiento del Profesor Ventura Carvallo Elizalde, un estudio clínico-quirúrgico sobre la úlcera péptica gastro-duodenal, basado en 75 intervenciones ejecutadas por esta afección. Desde 1914 hasta 1920, había efectuado 58 operaciones consecutivas por úlcera péptica o sus complicaciones, sin un solo caso de muerte, aunque entre ellas había algunas por perforación aguda y resecciones extensas por degeneración maligna. *Es ésta la primera publicación nacional, que reúne un número tan grande de intervenciones por úlcera.* El autor, reflejando el pensar de la época, recomienda todavía para la úlcera duodenal y pilórica, la gastro-enterostomía posterior, y para la úlcera del cuerpo del estómago, la resección o la cauterización (Balfour), acompañada o no de la gastro-enterostomía.

Lucas Sierra, en sus "Cuatro conferencias sobre cirugía abdominal" del año 1923, que habían sido solicitadas por la Universidad de Concepción, expone también en forma extensa y magistral, todo el problema de la úlcera gastro-duodenal; pero al comentar el resultado que hasta entonces se había obtenido en Chile con la naciente cirugía gástrica, manifiesta lo siguiente:

"Nos debatimos en la actualidad en el mismo círculo vicioso en
" que vimos a los cirujanos europeos hace treinta años: nuestros
" resultados son pobres, porque los enfermos llegan profundamente
" agotados; vienen tarde, porque los resultados del cirujano no son
" satisfactorios; he ahí el círculo vicioso en que vegetamos".

Entre las numerosas memorias de prueba, mencionaremos la de Conrado Sorolla, una de las primeras que estudian la úlcera gástrica crónica y su tratamiento. Es una recopilación de casos clínicos observados todos ellos en la Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios, a cargo, en aquellos años de 1922 a 1925, del Profesor Emilio

Petit. *Es interesante hacer notar, que empezaba a prevalecer entre nosotros la idea de la intervención radical.* De 21 casos que el autor expone y estudia, todos ellos de úlcera gástrica, en 18 se efectúa la resección y sólo en 3 la gastro-enterostomía, porque existía en ellos una contra-indicación precisa para una intervención más radical. La mayoría de estas intervenciones, fueron ejecutadas por Félix de Amesti y Andrés Prado Reyes.

En 1923, Guillermo Münnich vuelve a presentar, en una sesión extraordinaria de la Sociedad de Cirugía, el resultado de su vasta experiencia. Había efectuado ya, personalmente, más de 100 intervenciones por úlcera. Desde 1914 hasta el año de esta presentación, había ejecutado *90 operaciones consecutivas sin una sola muerte*, incluyendo un buen número de resecciones extensas y varias perforaciones agudas.

Hemos mencionado anteriormente, que corresponde a Valparaíso el honor de ser la ciudad en que se practicó por primera vez una resección gástrica, en 1907. En el Hospital San Juan de Dios, hoy Carlos Van Buren, la cirugía gástrica se inicia alrededor de 1916. En su publicación "*Evolución del tratamiento de la úlcera gastro-duodenal y cáncer al través de 20 años de experiencia*", del año 1936, Hugo Grove hace ver que antes de aquel año solamente Rudecindo de la Fuente, acompañado por Juan Wilson, habían practicado con éxito la primera gastrectomía, en un caso de úlcera gástrica: "Hecho histórico en nuestros " hospitales de provincia, que vino a demostrar y a iniciar un período " de esperanzas en la curación definitiva de esta clase de enfermos". *Esta gastrectomía no sólo es una de las primeras ejecutadas con éxito en provincia, sino también en Chile.* En los años siguientes y sobre todo gracias a los esfuerzos de Rudecindo de la Fuente, secundado eficazmente por el señor Carlos Van Buren, el Hospital de San Juan de Dios fué dotado de todos los elementos indispensables para el desarrollo de la alta cirugía abdominal, y rápidamente se transformó en uno de los centros quirúrgicos de mayor importancia del país, en que también la cirugía gástrica fué elevada al rango que le corresponde. Esto lo demuestran las numerosas y excelentes publicaciones de los últimos años. En 1936 y posteriormente en 1937, en unas extensas y magníficas monografías, Hugo Grove, Jefe de la Sección de Cirugía del Hospital C. Van Buren hace un análisis de conjunto, sobre un número considerable de observaciones que demuestran el enorme avance de la cirugía gástrica de aquel establecimiento y en provincias, en general. Como la mayoría de los cirujanos de nuestra época, el autor recomienda también

la resección amplia en la úlcera gástrica y duodenal, solamente en los casos en que esta última está acompañada de hipoacidez, estaría justificada, como excepción, una gastroenterostomía.

Svante Tornvall, de la Sección de Cirugía del Hospital Carlos Van Buren, bajo la dirección de Hugo Grove, estudia, en su tesis para licenciado, el resultado inmediato y tardío de las gastroenterostomías, en 78 observaciones, la mayoría de ellas ejecutadas en aquel servicio.

Eliseo Otaiza Molina analiza en su memoria de prueba del año 1940, 38 observaciones de enfermos gastrectomizados por úlcera gastroduodenal. Los controles practicados fueron hechos en pacientes operados en el Hospital San Juan de Dios y en el Salvador, desde 1930 a 1939. Los resultados fueron francamente satisfactorios: 80% de curaciones, 18% de mejorías y sólo 2% de fracasos. El control roentgenológico no reveló en ninguno de ellos, recidiva de úlcera o úlcera yeyunopéptica.

Münnich y Reccius estudian el problema del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica, gástrica, duodenal y yeyunal, en 1933, en su publicación Temas de Cirugía. En el servicio quirúrgico del Hospital Alemán de Valparaíso se habían efectuado hasta 1933, 272 intervenciones por úlceras gástricas y duodenales. De los primeros 17 casos operados entre 1907 y 1914, fallecieron ocho. Desde 1914 hasta 1930, los resultados fueron más satisfactorios, se efectuaron 199 operaciones por úlcera péptica o sus complicaciones, con sólo tres muertes, aunque entre ellas hay várias por perforación aguda, y más de 30 resecciones extensas, muchas de ellas por degeneración maligna. Los autores terminan su exposición, con un estudio histórico de los métodos de resección gástrica, al cual nos hemos referido anteriormente.

Alfonso Constant, en su tesis del año 1933, "Contribución al estudio de la úlcera péptica experimental crónica", presentada a la Universidad para optar al título de Profesor Extraordinario de Clínica Quirúrgica, aborda el problema de la producción experimental de la úlcera crónica, desde un punto de vista personal y siguiendo un camino algo diferente del que han seguido la gran mayoría de los experimentadores. El tema de esta tesis le fué sugerido por el profesor R. Lerciche, de la Universidad de Estrasburgo. Es una magnífica contribución, que trata de explicar el obscuro problema de la patogenia de la úlcera crónica. Llega el autor a la conclusión, que la *acidez* y, como factor mecánico, *el éxtasis gástrico*, desempeñan el papel preponderante en la

producción de la úlcera; pero que existen, además, factores múltiples de otra naturaleza, que intervienen en la patogenia de la enfermedad ulcerosa.

En su memoria de prueba del año 1931, "Los resultados alejados de la G. E.", Luis Perelmann estudia alrededor de 100 enfermos de úlcera gástrica o duodenal, todos operados en el servicio de Guillermo Münnich, exclusivamente con G. E., con o sin exclusión del píloro. Entre más de 50 enfermos que pudieron examinarse, en uno solo se hizo el diagnóstico de probabilidad de úlcera péptica del yeyuno. El autor llega a la conclusión, que en más del 70% de los enfermos se había obtenido una curación clínica, y que la gastro-enterostomía, en casos bien elegidos, es una intervención bastante favorable con un riesgo mínimo.

Alfonso Constant y Enrique Acevedo, estudian en 1938, la *gastrectomía por exclusión en la úlcera duodenal y yeyunal.* Es la única publicación entre nosotros, que se ocupa exclusivamente con esta forma de resección, a pesar de que son, seguramente, muchos los cirujanos que la han usado y siguen usándola. Los autores manifiestan, que tal como lo había dicho Finsterer en sus primeras publicaciones, 1918/1920, lo principal es obtener la modificación de la alteración funcional gástrica, sin lo cual, toda curación será ilusoria. El tratamiento directo de la lesión misma, queda en esta operación relegado a un segundo plano.

Nuestra Sociedad Médica y de Cirugía, en cuyo seno el problema de las úlceras gastro-duodenales había sido considerado en tantas ocasiones anteriores, vuelve a ocuparse de él en una sesión conjunta del año 1939, bajo la presidencia de Exequiel González Cortés, quien, más que nadie, desde principios del siglo, en conferencias y publicaciones había tratado de borrar las fronteras entre la medicina y la cirugía, como también en el problema que nos ocupa, armonizando las ideas médicas y quirúrgicas, y buscando un justo acuerdo entre ellas. En esta sesión, en que Alejandro Garretón Silva expone los resultados del tratamiento médico de la úlcera gastro-duodenal, y Manuel Martínez el del tratamiento quirúrgico, y en que se discute ampliamente la indicación de ambos tratamientos, quedó claramente establecido que casi no existe ya disentimiento en opiniones, que en años anteriores había sido el origen de tantas y acaloradas discusiones.

En los últimos dos o tres lustros el número de operados por afecciones gástricas, entre nosotros, ha ido en constante aumento; pero al igual que en Europa y Estados Unidos, a una época en que la indicación operatoria en la úlcera gastro-duodenal fué, quizás, llevada

demasiado lejos, ha seguido la época actual, en que puede observarse un cierto retraimiento y vuelve a considerarse el tratamiento médico como base fundamental para iniciar la lucha contra la enfermedad ulcerosa. Con ella se obtiene, en muchos casos, un resultado satisfactorio, con mejoría clínica y radiológica de la enfermedad; pero esto constituye en nuestro ambiente la excepción, las recaídas son la regla e indican para las úlceras callosas gástricas o duodenales, la intervención quirúrgica. Mientras el problema etiopatogénico de la úlcera gastro-duodenal permanece obscuro, ni el tratamiento médico ni el quirúrgico traducen una terapéutica verdaderamente eficaz de la enfermedad ulcerosa. Por el momento, casi todas las complicaciones de ella siguen siendo del dominio de la cirugía, sobre todo en nuestro ambiente, en que la situación económica-social del enfermo, juega casi siempre un importantísimo papel en el planteamiento de la terapéutica. *La gastro-enterostomía ha tenido que ceder terreno a la resección gástrica y vive actualmente, también entre nosotros, casi exclusivamente a expensas de las contraindicaciones de esta última.*

La úlcera gastro duodenal, es una afección que se ha hecho frecuente entre nosotros, muy probablemente sobre todo debido a su mejor reconocimiento. Son varios ya los centros quirúrgicos en que han sido operados más de un centenar de enfermos, y aunque no se trate de cifras que puedan compararse con las estadísticas de las grandes clínicas americanas o europeas, no son despreciables dentro de nuestro material reducido.

Según una estadística del Instituto de Radiología del Hospital San Borja del año 1940, entonces a cargo de Heegewaldt, la úlcera gástrica se presentó en casi el 13%, de los hombres examinados, y en casi el 5% de las mujeres. La manifestación duodenal de la enfermedad ulcerosa alcanzó en el hombre, exactamente la misma frecuencia que la úlcera gástrica, y en la mujer, casi un 3% de las examinadas. *Estas cifras y otras dispersas, en nuestra literatura demuestran lo informado anteriormente, que la afección ulcerosa gastro-duodenal en Chile, es más frecuente de lo que se creía hasta no hace muchos años.*

PERFORACION DE LAS ULCERAS GASTRO-DUODENALES.—El cuadro de las perforaciones gastro-duodenales por úlcera péptica, es hoy día perfectamente bien conocido; mientras que antes de su tratamiento quirúrgico, la mortalidad era prácticamente del 100%; la intervención precoz logra, actualmente, salvar la gran mayoría de los enfermos que sufren

tan dramática complicación abdominal. Su diagnóstico no ofrece ya verdaderas dificultades, y todos los cirujanos están acordes, en que los resultados son tanto más halagadores mientras antes se efectúe la intervención, cualquier procedimiento operatorio que se use. *Fué Mikulicz, en el año 1880, quien intervino por primera vez por una perforación de una úlcera péptica;* el enfermo falleció tres horas después de la intervención. Varios casos operados en los años siguientes, por distintos cirujanos y en distintos países, corrieron la misma suerte. Sólo en 1892, doce años después de la primera intervención, Heusner, en Alemania, obtiene el primer éxito. El mejor conocimiento del cuadro clínico y el éxito obtenido por Heusner en este caso, influyeron tan favorablemente en el ánimo de los cirujanos, *que a los pocos años nadie discutía ya la necesidad de la intervención cruenta inmediata en toda úlcera perforada.* Los resultados que se obtienen, son cada vez mejores; esto queda plenamente demostrado, con la confrontación de las estadísticas más antiguas con las más recientes. Ya en 1893, Mikulicz pudo reunir 103 casos de la literatura mundial, de los cuales 33 fueron salvados, lo que equivale a una mortalidad de 68%. Lentamente, con el transcurso de los años, esta cifra fué bajando hasta alcanzar, con la mayor experiencia, una mortalidad del 20 y aún menos por ciento.

En nuestra literatura figura, como lo hemos mencionado anteriormente, en algunas estadísticas de los años 1877/1880, como causa de muerte, la úlcera redonda del estómago; pero sin especificarse si ella era debida a una perforación. Sólo veinte años después encontramos una publicación, en que se hace referencia a esta enfermedad y a su complicación más temible, la perforación. Víctor Koerner, en una correspondencia de Berlín, del año 1897, se refiere al tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago, y dice que "la perforación puede " exigir la intervención del cirujano, con esperanza de buen resultado " si ella se hace luego, a lo sumo diez horas después del accidente; sin " operación, la muerte es en estos casos la regla".

Caupolicán Pardo Correa es el primero, entre nosotros, quien, en 1899, presenta a la Sociedad Médica un caso de peritonitis por perforación de una úlcera duodenal. En su trabajo, que también ha sido mencionado anteriormente, relata la observación de una embarazada, de su servicio de Maternidad, con rotura del duodeno, en que no se hizo un diagnóstico en vida. Esto es lo que sucede prácticamente siempre, según el autor; la afección se confunde con apendicitis, oclusiones, etc., aún durante la intervención, lo que hace que ésta, ordinariamente,

también sea inútil. Menciona el único caso de la literatura extranjera que ha estudiado, en que la úlcera perforada se diagnosticó durante el acto operatorio: se abrió el abdomen, desde el esternón hasta el ombligo, con una incisión perpendicular a éste hacia los flancos, con el objeto de examinar el estómago en todas las direcciones, no encontrando en este órgano nada; se agrandó su incisión hasta el pubis, vaciándose 2 a 3 litros de un líquido puriforme obscuro del peritoneo, y se encontró una úlcera del duodeno, la que se aisló con epiplón, dándole salida al exterior por gruesos drenajes. Curación.

Mauricio Brockmann presenta a una sesión de la Sociedad Médica, del año 1903, la observación de una enferma que presentaba los síntomas de una úlcera al estómago, además de signos de una peritonitis localizada, lo que hizo pensar en una perforación de la úlcera. La enferma mejoró con un régimen alimenticio muy estricto, y Brockmann hace notar que en esta enferma no se usó ningún medicamento.

Las primeras intervenciones por perforación de úlceras gastroduodenales fueron ejecutadas, entre nosotros, por Guillermo Münnich, de Valparaíso. En su trabajo, ya mencionado, sobre cirugía del estómago, presentado en 1908 al Cuarto Congreso Científico, Primer Pan-Americano, en que figura también la primera gastrectomía subtotal ejecutada en Chile, y en su estudio clínico-quirúrgico sobre la úlcera péptica, presentado a la Facultad de Medicina, en su recepción como Miembro Académico, en 1920, el autor relata estas primeras intervenciones por perforación de úlceras gastro-duodenales. En Junio de 1907, operó una mujer de 28 años, que presentaba una peritonitis por úlcera gástrica perforada; la enferma falleció a los dos días. En Noviembre de 1908, operó una úlcera gástrica que había perforado a la pared anterior del estómago. Existía, además, una estenosis cicatricial del píloro por otra úlcera. La perforante fué invaginada mediante algunos puntos de Lembert, y la intervención terminó con una gastro-enterostomía posterior, según v. Hacker. El enfermo sanó. En Noviembre de 1911, opera un enfermo con el diagnóstico de apendicitis aguda; se encuentra una úlcera pilórica perforada, se efectúa la apendectomía, la resección del antro-píloro y la gastro-enterostomía. El enfermo, desgraciadamente, muere de peritonitis progresiva. *Además de ser esta última observación una de las primeras de nuestra literatura de perforación, es también la primera en que se efectúa la resección gástrica, por esta complicación de una úlcera péptica.*

En una conferencia dada en la Sociedad Médica, en 1912, González Cortés insiste en la necesidad de adaptar un criterio quirúrgico, en el tratamiento de la úlcera complicada. La medicina operatoria del estómago, era ya una de las más brillantes conquistas de la cirugía de aquellos años. "Era doloroso confesar,—decía González Cortés—que " en nuestra tierra no podía citarse siquiera una referencia de úlcera " del estómago, que haya sido operada". El autor desconocía, por lo visto, la publicación de Guillermo Münnich, del año 1908.

En el segundo decenio de nuestro siglo, la casuística sobre la perforación gastro-duodenal por úlcera péptica, es todavía muy pobre; pero a partir de 1920, va en rápido aumento, en todos nuestros servicios de urgencia empieza a conocerse el cuadro clínico, y a intervenirse con más frecuencia y precozmente. Se publica en aquellos años, una serie de observaciones aisladas (Guillermo Münnich, Hugo Grove, Alfonso Constant, de Amesti, Manuel Matus, C. Sorolla, H. Solovera, Schoenherr, García Tello y otros), siendo todavía pocos los cirujanos con una experiencia más vasta. *En 1924 aparece la primera tesis de licenciado*, en la cual, su autor, Luis Ilabaca León, reúne algunos casos operados en diversos servicios, y llama la atención sobre el aumento de su frecuencia.

De Amesti, en una comunicación del año 1924, también, siendo médico jefe de la Asistencia Pública de la Capital, presenta tres observaciones de úlcera perforada; dos de ellas situadas en la región yuxtapilórica, y una en la pequeña curvadura. En su trabajo para optar al título de Profesor Extraordinario de Medicina Operatoria, vuelve sobre el mismo tema, tomando como base el trabajo quirúrgico de tres años y medio (1922/26), efectuado en la Asistencia Pública. Sobre un total de 1,416 laparatomías, que se practicaron por afecciones agudas del abdomen, se encontraron 21 casos de perforaciones de úlcera, lo que equivale casi al 1,5%. Algunos años después, en 1936, Manuel Martínez investiga, en una comunicación a la Sociedad de Cirugía 115 observaciones que, desde el año 1929, se habían presentado en la Asistencia Pública de Santiago. Ya el número de operados en cada año era bastante más considerable, pero el autor llama la atención sobre el hecho, que, en los 7 años investigados, la cifra era casi matemáticamente la misma, siendo el promedio 16 casos por año. La señorita Cristina Palma, interna del servicio de Manuel Martínez, hace en su memoria de prueba del año siguiente, 1937, un prolijo estudio de las historias clínicas de estos 115 enfermos operados por úlcera perforada. De estas

diversas y excelentes publicaciones de la A. P. de Santiago, podemos colegir que las perforaciones gastro-duodenales por úlcera no presentan, en realidad, nada de particular entre nosotros. La edad de los enfermos, el sexo, la frecuencia comparada de perforaciones gástricas y duodenales, la hora más frecuente en que se presentan, etc., son todos factores muy semejantes a los indicados en estadísticas extranjeras. El estudio de las observaciones de la A. P., es interesante, por el hecho de que las intervenciones han sido ejecutadas por todo el personal del Establecimiento, no son estadísticas personales; el tratamiento, en general, ha sido el de la *operación mínima*, a pesar de la tendencia moderna a emplear las resecciones amplias aun en la perforación aguda gastro-duodenal. Los autores recomiendan la *gastro-enterostomía*, solamente en los casos en que la sutura del píloro o duodeno pueda producir una estrechez de estos órganos y, a pesar de algunas brillantes estadísticas europeas, creen que la *resección* no debe practicarse como intervención de urgencia.

La mortalidad, en estas estadísticas de la A. P., presenta claramente la curva rápidamente ascendente de acuerdo con las horas transcurridas. En las 115 observaciones estudiadas por M. Martínez, la mortalidad fué de 19 %.

Münnich y Reccius publican, en 1933, algunas observaciones sobre perforación de úlceras gastro-duodenales de especial interés. En una de ellas, la perforación duodenal se produjo en el curso de una fiebre tifoidea; en otra, se trataba de una perforación repetida, primero gástrica y algunos años después duodenal. En un tercer caso, la perforación se produjo en una úlcera duodenal, por la cual pocos días antes se había efectuado una gastro-enterostomía. Los autores también se muestran partidarios de la simple sutura, o de ésta con gastro-enterostomía complementaria; pero creen que en ciertos casos debe darse preferencia a la resección, siempre que el cirujano sea experto y las probables dificultades no sean muy grandes, si la úlcera es callosa, situada en el cuerpo del estómago, si hay sospecha de degeneración y, naturalmente, si no han pasado muchas horas desde el momento de la perforación. Hemos mencionado anteriormente, que *Guillermo Münnich fué el primero, entre nosotros, quién, en 1911, efectuó la resección en una úlcera perforada del estómago en peritoneo libre;* el enfermo falleció; pero en algunos casos posteriores, el resultado fué muy satisfactorio.

La resección gástrica en un perforado fué hecha por primera vez por Keetley, en 1902, con mejoría del enfermo. En los años siguientes,

se encuentran sólo algunos casos aislados en la literatura médica; pero a partir de 1920, la casuística se enriquece rápidamente y son, sobre todo, los cirujanos alemanes y austriacos que la recomiendan. En los últimos años la resección en caso de úlcera perforada, ha encontrado un apasionado defensor en Sergio Yudin, de Moscú. Entre nosotros, Marcial Baeza presenta, en 1943, a la Sociedad de Cirujanos de Hospital, un caso de operación radical en úlcera gástrica perforada. Posteriormente, en 1946, en una nueva comunicación refiere siete observaciones con una sola muerte, todas ellas de la A. P. de Santiago, "Alma Mater de la Cirugía de nuestro país", en que ha efectuado la resección gástrica, en casos favorables, teniendo principalmente en cuenta, el estado general del enfermo y el tiempo transcurrido desde la perforación.

RESECCION DE EXCLUSION Y PALIATIVA.

En 1918, Finsterer propuso para el tratamiento quirúrgico de las úlceras duodenales "difíciles" o no extirpables su *resección de exclusión*, con el objeto de producir un cambio fundamental del quimismo gástrico por la supresión de la región antropilórica, responsable de la hiperacidez. Es naturalmente difícil precisar con exactitud, cuándo y quién ha sido el primer cirujano que, entre nosotros, ha practicado la resección de exclusión. Se menciona en nuestra literatura desde 1930, y es actualmente, como en todos los países civilizados, una operación de uso corriente.

Algunos años antes de la publicación del cirujano de Viena, Kelling había propuesto conformarse con la *resección paliativa* de la región antropilórica del estómago en las úlceras yuxtacardíacas, para obtener en esta forma condiciones favorables para su curación (1915). Pero este procedimiento sólo empezó a conocerse gracias a los trabajos de Madlener, quién, en 1923, publicó los excelentes resultados que con él había obtenido. Por esta razón, la resección paliativa figura ordinariamente en la literatura alemana con el nombre de estos dos autores: Kelling-Madlener. Debe hacerse, pues, una distinción bien clara entre ella y la resección de exclusión de Finsterer. En algunos textos, por la razón de tratarse en realidad en ambos casos de un procedimiento paliativo, sigue usándose indistintamente la denominación resección

paliativa. La continuidad puede establecerse según el Billroth 1 o el Billroth 2, lo que depende naturalmente de la preferencia personal de los cirujanos por estos procedimientos.

La resección paliativa, ignorada o muy combatida en un principio, ha sido aceptada ampliamente en los últimos años, sobre todo por cirujanos alemanes, austriacos y también por algunos de Estados Unidos. *Entre nosotros fué propuesta por primera vez, por Guillermo Münnich, en 1923,* en una comunicación sobre cirugía gástrica, a la Sociedad de Cirugía. En un enfermo que presentaba una úlcera del cardias, además de una úlcera pilórica, Guillermo Münnich procedió a la resección del antropíloro, y a través del muñón abierto, cauterizó la úlcera alta con el cautín de Mayo. El enfermo sanó. En 1930, Münnich vuelve a efectuar la resección paliativa por una úlcera alta de la pequeña curvadura penetrante al páncreas. El enfermo también sanó. Al VII Congreso Chileno de Cirugía, Adolfo Reccius presenta el primer trabajo de conjunto sobre el tratamiento quirúrgico, por medio de la resección paliativa de Kelling-Madlener, de la úlcera yuxtacardíaca o del tercio superior del estómago. Basado en las observaciones de ocho enfermos, algunos de ellos operado ya muchos años antes, recomienda la resección paliativa para toda úlcera alta difícilmente extirpable. Es preferible, según el autor, conformarse con ella, que tratar de forzar, en todo caso, la extirpación de la úlcera. *Los resultados inmediatos y definitivos en todos los enfermos operados, han sido excelentes.* El riesgo operatorio de la resección paliativa, es inmensamente menor que el de la gastrectomía escaleriforme, en bayoneta o tubular, y en todo caso debe preferirse a la gastro-enterostomía. Posteriormente la resección paliativa ha sido ejecutada por otros cirujanos, entre nosotros: Carlos Saavedra, de Amesti, Ricardo Fonck, García Tello, Raúl Garrido y Hans Betzhold.

Ulcera Peptica Post-operatoria.—Con el progreso de la cirugía gástrica, los cirujanos vieron aparecer una nueva enfermedad creada por la gastro-enterostomía, la *úlcera péptica yeyunal,* o más bien *úlcera péptica post-operatoria.* Sabemos actualmente que es una de las complicaciones más graves y de relativa frecuencia; su aparición, ha creado un problema difícil y de gran responsabilidad para el cirujano.

En 1897, J. Berg de Estocolmo, presenta en el Congreso de Cirugía Nórdico de Helsingfors, el primer caso de úlcera péptica consecutiva a una gastro-yeyunostomía. A los dos años, Braun en Alemania pudo observar otro caso en el cual se trataba, como en el primero, de un enfermo con G. E. retrocólica posterior. Rápidamente se suceden nuevas publicaciones y, ya en 1904, Tigel pudo recopilar 22 casos; Schwarz, en 1913, 146; y Denk, de la Clínica de Eiselsberg, en 1921, encuentra descritos sobre 300 casos en la literatura mundial. Hasta ese mismo año, esta complicación había sido observada 101 veces en la Clínica de los Mayo. En Europa y Estados Unidos, es actualmente una afección frecuente, ya son centenares los enfermos reoperados por esta temible complicación y, aunque existen todavía estadísticas de G. E. que abarcan un número considerable de enfermos que no han presentado esta gravísima complicación, la mayoría de los cirujanos acepta, desde muchos años, que ella debe ser tomada muy en cuenta para la elección del método operatorio a que debe someterse la úlcera del estómago o del duodeno. Mientras que en los primeros años se creía que en la resección no se observaba la úlcera péptica yeyunal, una de las causas que alegaban los reseccionistas en favor de ella, posteriormente se vió que esta complicación aparecía también en los resecados y aún en las resecciones más extensas, que habían sido recomendadas sobre todo por Finsterer y Haberer, precisamente para evitar su aparición.

La primera referencia que se registra en nuestra literatura sobre la úlcera péptica post-operatoria, corresponde a una publicación de Guillermo Münnich, del año 1923. Pero en este caso, sólo se hizo un diagnóstico clínico sin confirmación operatoria. *Alfonso Constant, es el primero quien publica algunos años después, en 1927, una observación en que esta complicación fué confirmada por una reoperación* y, curiosamente, la úlcera post-operatoria no se había presentado en una gastro-enterostomía, sino en una resección amplia por úlcera del píloro. Es la única observación que hemos encontrado en la literatura chilena, hasta el año 1930. *Münnich y Reccius son los primeros entre nosotros, quienes, en 1930 y posteriormente en 1933, estudian la afección en conjunto,* citando ocho casos propios de úlcera péptica post-operatoria: seis consecutivas a gastro-enterostomía, y dos consecutivas a resección (Billroth 2); todas ellas, a excepción de una, comprobadas por la operación. Posteriormente se publican algunos casos aislados en forma de casuística, o bien se mencionan en algunas estadísticas relacionadas

con operados por úlcera gástrica o duodenal (Hugo Grove, R. de la Fuente, Svante Tornvall y otros). De Amesti manifiesta, en una discusión en la Sociedad Médica del año 1943, que en su estadística personal figuran once úlceras pépticas. De los trabajos publicados y de las observaciones que se encuentran dispersas en nuestra literatura se deduce que la úlcera péptica post-operatoria se presenta, preferentemente, en los gastro-entero-anastomosados por úlcera duodenal. No puede considerarse como una afección frecuente entre nosotros, dado el número relativamente escaso de gastro-enteroanastomosados; pero seguramente no son pocos los que han quedado inéditos o que no han sido diagnosticados, por las conocidas dificultades que existen entre nosotros para seguir al operado una vez que abandona el hospital.

La publicación más completa sobre la úlcera péptica post-operatoria, corresponde a la tesis de licenciado de Juan Consiglieri, del año 1941. Reúne en ella 16 observaciones, de las cuales 11 pertenecen al Hospital Alemán de Valparaíso; 2 al Hospital C. Van Buren; 1 al Hospital San Juan dé Dios de Valdivia, y 2 operados por Alfonso Constant. En casi todas ellas, el diagnóstico fué confirmado por la intervención operatoria, que consistió para la mayoría en la operación radical, la resección gástrica amplia. El autor llega a la conclusión que el mejor tratamiento profiláctico de la úlcera péptica post-operatoria, consiste en limitar la gastro-enterostomía a aquellos casos en que existe una formal contraindicación para la gastrectomía.

La *úlcera péptica yeyunal complicada de fístula gastro-yeyuno-cólica*, también ha sido observada algunas pocas veces entre nosotros; pero debe considerarse como una afección excepcional, dado el número relativamente escaso de úlceras pépticas post-operatorias. La única observación publicada, corresponde a un caso presentado a la Sociedad Chilena de Gastro-Enterología en 1943, por Juan Allamand y Arturo Prat. La sintomatología en este enfermo, muy característica para su afección, fué confirmada por la intervención, con la cual sanó. En la discusión consecutiva a la presentación de esta observación, de Amesti refiere otro caso en que también se intervino con éxito, y Francisco Donoso menciona un tercero, que fué operado con éxito por R. Rencoret. Son éstas las únicas observaciones que se registran en nuestra literatura, de esta gravísima complicación que, según estadísticas extranjeras, aparece entre un 10 y 15% de las úlceras pépticas yeyunales.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, ENRIQUE. Tratamiento de la úlcera digestiva crónica. Rev. Méd. 1931.—ACEVEDO, ENRIQUE. Sindromas anémicos post-gastrectomía. Rev. Méd. 1939.—ACEVEDO, ENRIQUE. La úlcera digestiva crónica experimental. Rev. Méd. y Alimentación. 1943.— AGUILAR, S. MARTÍNEZ, M. Ulcera gástrica. Bol. Soc. Circ. 1930.—ALDUNATE, EMILIO. Contribución al estudio de la patología del peritoneo. Tesis. 1924.—ALESSANDRINI, ITALO. Diagnóstico de las lesiones gástricas. Rev. Méd. 1938.—ALLAMAND, JUAN. PRAT, ARTURO. Ulcus péptico yeyunal. Bol. Soc. Gastroenterol. 1943.—AMUNÁTEGUI, GREGORIO. Sobre la úlcera duodenal. Rev. Méd. 1913.—AMUNÁTEGUI, GREGORIO. Cirugía operatoria.—ARANCIBIA, ENRIQUE. Abdomen agudo. 2.° Congreso Nacional de Cirugía, 1925.—AVENDAÑO MONTT, OSCAR. Pólipo del estómago. Rev. Méd. 1934.—BELLO O., E. Estudio histopatológico de la úlcera gástrica en relación con la úlcera péptica experimental. Tesis, 1935.—BROCKMANN, W. Ulcera del estómago. Rev. Méd. 1904.—BROCKMANN, W. Operación del estómago. Rev. Méd. 1912.—CARRILLO, ANÍBAL. Sondaje duodenal y su aplicación clínica. Tesis, 1920.—CARVALLO, VENTURA. Clínica quirúrgica.—CONSTANT, ALFONSO. Ulceras gastro-duodenales perforadas. Bol. Soc. Cir. 1923.—CONSTANT, ALFONSO. Ulcera péptica yeyunal. Bol. Soc. Cir. 1927.—CONSTANT, ALFONSO. Ulcera gástrica recidivante. Bol. Cir. 1929.—CONSTANT, ALFONSO. Periduodenitis. Bol. Soc. Cir. 1931.—CONSTANT, A. GONZÁLEZ, E. Periduodenitis. Rev. Méd. 1932.—CONSTANT, ALFONSO. Contribución al estudio de la úlcera péptica experimental crónica. Tesis. 1933.—CONSTANT, ALFONSO. Gastrectomía por exclusión en la úlcera duodenal y yeyunal.—CONTADOR, JORGE. Sobre gastrectomías. Arch. Soc. Cir. 1923.—COSSIO, GERMÁN. El estómago después de la gastrectomía. Tesis, 1939—. COVARRUBIAS, ALVARO. Ulcera gástrica y duodenal. Rev. Méd. 1917.—DE AMESTI, FÉLIX. Ulcera callosa del estómago. Rev. Méd. 1924.—DE AMESTI, FÉLIX. Ulceras del estómago y duodeno, perforadas. Conferencia dictada en la A. P. La Clínica, 1924.— DE AMESTI, FÉLIX. Ulceras perforadas del estómago y duodeno. Tesis. 1927.— DE AMESTI, FÉLIX. 2 Observaciones de tumores benignos del estómago. Rev. Méd. 1939.—DE AMESTI, FÉLIX. Tratamiento de la úlcera duodenal crónica. Rev. Méd. 1939.—DE LA FUENTE, R. Periduodenitis. Bol. Soc. Cir. 1925.—DROUGET DEL FIERRO, ARTURO. Contribución al estudio del sondaje gástrico permanente. Tesis, 1930.—DUCCI, JOSÉ. Radiografía del estómago. Rev. Méd. 1916.—DUCCI, JOSÉ. Sobre radiología duodenal. Rev. Méd. 1926.—GARCÍA, ALEJANDRO. La gastrectomía en el tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del estómago y duodeno. Tesis, 1933.—GARCÍA HUIDOBRO, H. Anotaciones sobre cirugía gástrica. Rev. Méd. 1920.—GARCÍA TELLO, J. Ulcera perforada del estómago. Rev. Méd. 1925.—GARIBALDI, ABEL. Diagnóstico clínico y radiológico de la úlcera gástrica. Tesis, 1924.—GARRETON, A. Periviceritis. Rev. Méd. 1929.—GARRETON SILVA, A. Tratamiento médico de la úlcera duodenal. Rev. Méd. 1939.—GONZÁLEZ CORTÉS, E. Gastrectasía con hipersecreción de Reichmann. Rev. Méd. 1908.—GONZÁLEZ CORTÉS, E. Estómago bilocular. Rev. Méd. 1910. GONZÁLEZ CORTÉS, E. Gastrectasía. Rev. Méd. 1910.—GONZÁLEZ CORTÉS, E. Necesidad de adaptar a un criterio quirúrgico, en el tra-

tamiento de la úlcera complicada. Rev. Méd. 1912.—González Ginouvez, I. Consideraciones sobre cirugía gastroduodenal. Bol. Clín. Quir. 1934. Concepción. —Grove, Hugo. Martini, P. Diagnóstico del cáncer y úlcera gástrica. Med. Mod. 1928.—Grove, Hugo. Evolución del tratamiento de la úlcera gastro-duodenal y cáncer, a través de 30 años de experiencia.—Grove, Hugo. Contribución al estudio de la técnica quirúrgica, en la gastrectomía sub-total. Med. Mod. 1937.—Grove, Hugo. La gastroenterostomía marginal, etc. Prensa Médica, 1938.—Guerrero C., Plácido. Consideraciones sobre úlcera gástrica. Tesis, 1928.—Guzmán, Cornelio. Extracción de un tenedor del estómago, etc. Rev. Méd. 1886.—Guzmán, Cornelio. Estómagos bilobados. Rev. Méd. 1904.—Koerner, Víctor. Correspondencia de Berlín. Rev. Méd. 1897.—Heegewaldt, Erich. Técnica moderna del diagnóstico radiológico en el estomágo y duodeno. Med. Mod. 1929.—Heegewaldt, E. Estadística radiológica del Hospital San Borja. Rev. Méd. 1940.—Heegewaldt. Díaz y Cuevas. Estadísticas de exámenes gastro-duodenales. Rev. Méd. 1940.—Lara, Emilio. Diagnóstico radiológico de las afecciones del estómago. Tesis, 1913.—Lea Plaza, E. Obstrucción pilórica curada por gastroenterostomía. Rev. Méd. 1913.—Lerner, J. El tratamiento de la úlcera gástrica, su control gastroscópico. Rev. Med. 1939.—Lerner, J. Concha, E. Consideraciones clínicas sobre 150 gastrocopías. Rev. Méd. 1939.—Leyton, A. Algunas consideraciones sobre cirugía abdominal de urgencia. Tesis, 1923.—Loup Bustillo, Enrique. Algunas consideraciones acerca de la úlcera gástrica. Tesis, 1916.—Martínez F., R. Ulcera gástrica simple. Rev. Méd. 1877.—Martínez, Manuel. Perforación gastro-duodenal. Bol. Soc. Cir. 1936.—Martínez, Manuel. Ulcera gastro duodenal. Rev. Méd. 1939.—Meléndez, Oscar. Fístula gastro-cólica. Rev. Méd. 1926.—Melo Vásquez, R. Contribución al estudio de las úlceras gastro-duodenales. Tesis, 1929.—Méndez, Julio. Contribución al estudio de las estenosis duodenales. Tesis, 1929.—Molina, Ernesto. Ulcera del estómago. Rev. Méd. 1916.—Molina, Ernesto. 3 casos de resección gástrica. Rev. Méd. 1917.—Munnich, Guillermo. Cirugía del estómago. 4.° Congreso Científico primero panamericano, 1908.—Munnich, Guillermo. La úlcera péptica gastro-duodenal. Tesis, 1920.—Munnich, Guillermo. Cirugía gástrica. Bol. Soc. Cir. 1923.—Munnich, Guillermo. Reccius, Adolfo. La úlcera péptica del estómago y del duodeno. Temas de cirugía clínica, 1933.—Navarro, Francisco. Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago. Rev. Méd. 1906.—Opazo, Luis. Daza, Agustín. Consideraciones sobre la radiología de la úlcera del duodeno. Bol. Soc. Cir. 1931.—Otaíza Molina, Eliseo. Consideraciones sobre el individuo gastrectomizado. Tesis, 1940.—Palma Prado, Cristina. Contribución al estudio de la úlcera gastro-duodenal. Tesis, 1937.—Pardo Correa, Caupolicán. Peritonitis por perforaciones duodenales. Rev. Méd. 1899.—Prado Tagle, E. Ulcera duodenal operada. Rev. Méd. 1917.—Prado Tagle, T. Ulceras gástricas con sintomatología torácicas. Arch. Clín. Med. 1940-43.—Perelmann, Los resultados alejados de la Ge. Tesis, 1931.—Quevedo Jofre, E. Radioscopía del estómago. Tesis, 1910.—Quinteros, Guillermo. Contribución al estudio del quimismo gástrico. Tesis, 1929.—Reccius, Adolfo. Contribución al estudio de la úlcera péptica. Med. Mod. 1928.—Reccius, Adolfo. La úlcera péptica yeyunal. Med. Mod. 1930.—Reccius, Adolfo. Tratado de diagnóstico qui-

rúrgico, 1940.—RECCIUS, ADOLFO. La úlcera yuxta-cardiaca, su tratamiento quirúrgico. Arch. Soc. Cir. 1946.—RIERA, MELCHOR. DÍAZ, FERNANDO. La úlcera péptica del esófago. Rev. Méd. 1945.—RIFO BUSTO, M. Algunas observaciones sobre úlceras gástricas. La Clínica, 1927.—ROJAS, CARVALLO, B. Dispepsia. Estudio dispéptico. Rev. Méd. 1886.—RUÍZ, R. Lesiones gastro-duodenales que pueden similar úlcera o cáncer. Tesis, 1939.—SIERRA, LUCAS. Resultados del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica. Rev. Méd. 1913.—SIERRA, LUCAS. Algo acerca de la úlcera gástrica. Rev. Méd. 1913.—SIERRA, LUCAS. 4 conferencias sobre cirugía abdominal, 1923.—SIERRA, LUCAS. Ulcera gastro-duodenal. 4 conferencias sobre cirugía abdominal, 1923.—SIERRA, Lucas. Gastrectomía en tratamiento de las úlceras del estómago. Surg. Ginec. and Obst. 1947.—SILVA PALMA, W. Herida del estómago. Prog. Méd. 1897.—SOROLLA, Ross, C. Ulcera gástrica crónica y su tratamiento. Tesis, 1925.—SOTOMAYOR, CARLOS. Las periduodenitis. Tesis, 1922.—TORNWALL, SVANTE. Contribución al estudio de la gastroenterostomía. Tesis, 1940.—URZÚA, RAFAEL. Cirugía, 1947.—VARGAS MOLINARE, R. Evolución radiológica de lesiones ulcerosas del estómago. Rev. Méd. 1941.—VARGAS SALCEDO, L. Estómago bilocular Tesis, 1905.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Ulcera gástrica. Rev. Méd. 1913.—VARGAS, SALCEDO. La cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937.—VILLARROEL, EMILIO. Contribución al estudio de los resultados de la terapéutica quirúrgica, en las úlceras digestivas crónicas. Tesis, 1936.—ZAMORA, J. Consideraciones acerca del sondaje gástrico fraccionado. Rev. Méd. 1935.—ZAMORA, J. Experiencia sobre 2,000 sondajes gástricos fraccionados. Arch. Soc. Méd. Valp. 1938.—ZUNZUNEGUI, OSCAR. Acerca del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica. La Clínica, 1930.—ZUNZUNEGUI, OSCAR. Ulcera gástrica. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1933.

CANCER GASTRICO.

Poco nos queda por decir, después de lo expuesto anteriormente. Nadie desconoce la trascendencia del problema del cáncer gástrico, causante de una tercera parte de todas las muertes por cáncer. El camino recorrido del tratamiento quirúrgico de esta afección, la más frecuente entre las afecciones cancerosas que afectan al organismo humano, ha sido ya largo. *Cuando en 1881 Billroth practicó la primera gastrectomía por cáncer gástrico, con sobrevida de la enferma, quedó demostrado que existía un camino que podía conducir a su curación*, y, a pesar de que las gastrectomías efectuadas en los años siguientes casi todas fueron seguidas de muerte inmediata, los cirujanos no se desanimaron y ya a fines del siglo pasado, el número de operaciones radicales era considerable, aunque el resultado seguía siendo muy pobre. *Muchos enfermos habían sobrevivido a la operación, pero quedaba aun por demostrar que el cáncer gástrico era realmente susceptible de una curación definitiva, con la extirpación quirúrgica.* Todavía en los dos primeros decenios de nuestro siglo, muchos médicos y cirujanos de experiencia, negaban la posibilidad de esta curación definitiva; sin embargo, había que aceptar que la sola esperanza de un tratamiento efectivo se basaba en la operación radical, ya que la Roentgen y la radioterapia, no daban prácticamente ninguna expectativa de curación. Con los progresos que ha experimentado en los últimos 20 o 30 años el diagnóstico del cáncer gástrico y la técnica quirúrgica, han cambiado, también, considerablemente, los resultados del tratamiento quirúrgico de la afección que nos ocupa. No podemos, en una revisión histórica de carácter tan general, entrar a estudiar y comparar estadísticas de años anteriores con las de nuestros días; pero una mirada a ellas, basta para convencer a cualquiera, que los resultados operatorios no son ya tan desconcertantes, que ya no sólo se obtienen mejorías y sobrevidas de pocos años, y que ya no es posible dudar de la efectividad de las curaciones definitivas, pues, según muchas publicaciones extranjeras, principalmente de Estados Unidos, se obtienen en un porcentaje elevado sobre el total de gastrectomizados.

También entre nosotros, se nota un progreso en los últimos años. No todos los enfermos que padecen de un cáncer gástrico, llegan actualmente a manos del cirujano, cuando es inextirpable; cada vez son

más frecuentes los diagnósticos oportunos, cuando la lesión está aún localizada al órgano y no existen infartos ganglionares, ni metástasis a distancia. Se han publicado ya algunos casos de diagnóstico precoz, con la lesión aun localizada a la mucosa gástrica. Gracias, sobre todo, a la radiología y, en menor grado, a las gastroscopía, el diagnóstico de esta terrible enfermedad alcanza, en algunos pocos casos, un grado de precocidad que se hace sentir muy favorablemente en el pronóstico de ella. Nuestros radiólogos se han esmerado, en los últimos años, en reconocer el cáncer en su estado incipiente, y son ellos, en realidad, los únicos capaces de conseguirlo, porque la radiología, en manos de quienes conozcan a fondo sus detalles, constituye el medio más sutil de exploración de que disponemos, para reconocer el cáncer gástrico en su estado inicial. Desgraciadamente, estamos aún muy lejos de llegar a este resultado. Todavía el médico, frente a un cáncer incipiente del estómago, por lo general, no sospecha esta afección, y el enfermo no acepta una intervención grave, en una época en que sus molestias son casi insignificantes. Es bien conocida la indolencia de nuestro pueblo, culpable de que la gran mayoría de los enfermos demoran la consulta médica, perdiendo con ello la oportunidad de una intervención con probabilidades de éxito. Son muchas las publicaciones de los últimos años que, entre nosotros, se han ocupado del grave problema del cáncer gástrico, y mucho se ha hecho para mejorar su pronóstico, reconociendo los estados iniciales de esta enfermedad.

Lucas Sierra inicia su comunicación al Congreso Pan-Americano de La Habana, del año 1929, *"La gastrectomía en Chile"*, con las siguientes palabras:

"La evolución de la cirugía gástrica en mi país, ha sido relativa-
" mente mucho más lenta que la de otros órganos y regiones de la
" cavidad abdominal. Se debe esto, en gran proporción, a que se ha
" cometido allí, como en tantas otras partes, el pecado mortal de estu-
" diar la más frecuente de sus enfermedades, el cáncer, en los libros
" clásicos, que nos mostraban solamente los períodos últimos de la
" enfermedad, aquellos en que la cirugía no podía realizar nada real-
" mente útil". Utiliza de preferencia, en esta comunicación, el material acumulado en los cinco últimos años, 1923/28; estadística que ya deja en claro, que el número de operados iba en aumento de año en año, porque, según las palabras del maestro, "lentamente se iba convenciendo
" a nuestros médicos y al público en general, de que el cáncer del

" estómago, operado a tiempo, es perfectamente curable, como el de " cualquiera otra región del organismo; que de ninguna manera debe " esperarse la aparición del tumor, para diagnosticarlo".

Hemos dicho anteriormente, que corresponde a Guillermo Münnich, de Valparaíso, el mérito de haber practicado en Chile la primera gastrectomía por cáncer, en 1907, que fué coronada de éxito. El enfermo soportó muy bien la intervención, a pesar de tratarse de una gastrectomía casi total, y sobrevivió más de un año. Entre las numerosas y magníficas contribuciones posteriores, debemos señalar las de Exequiel González Cortés, Alvaro Covarrubias, Manuel Matus, Hernán Alessandri, Hugo Grove, Roberto Estévez, Muñoz Montt y otros. Muchos son, también, los radiólogos que han prestado atención preferente a las lesiones gástricas malignas, para mejorar las pésimas condiciones en que, actualmente, se presenta en la práctica el problema del cáncer gástrico. Mencionaremos, en especial, las publicaciones de Heegewaldt, Fernando Díaz, A. Donoso, F. Velasco, Carlos Cuevas y Enrique Zárate. La mayoría de las tesis de prueba relacionadas con el cáncer gástrico, nacidas en las clínicas y servicios de cirugía de la capital, se encuentran consignadas en nuestra bibliografía. El diagnóstico precoz del cáncer gástrico, fué uno de los relatos oficiales del "Tercer Congreso Chileno y Americano de Cirugía" del año 1941, y sus relatores chilenos, Ruperto Vargas Molinare, E. Heegewaldt, Héctor Rodríguez y Jacobo Lerner.

Hemos dejado para el final, la mención de las meritorias y más completas publicaciones nacionales sobre cirugía del cáncer gástrico, de Félix de Amesti; cirujano que en los últimos años se ha destacado notablemente en esta difícil rama de la cirugía abdominal. En varias extensas presentaciones a la Sociedad Médica, en 1940 y 41, y a las Jornadas Médicas de Mendoza de este último año, que revisten un interés extraordinario, estudia los resultados que se obtienen y se han obtenido con el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. Del estudio analítico de sus publicaciones, De Amesti llega a las conclusiones de que: el 95% de todos los enfermos en quienes se ha comprobado la existencia de cáncer gástrico, quedan hoy sin curación y, por excepción, sobreviven un año; el 75%, más o menos, de los cánceres del estómago, son ya inextirpables cuando llegan a manos del cirujano, y alrededor del 20% de los gastrectomizados alcanzan una sobrevida de 10 años, el 25% de 5 años, y el 33% de 3 años. El porcentaje de curaciones a 5

años plazo, se eleva al 50%, cuando la lesión no ha logrado franquear los límites del estómago. De Amesti reúne estadísticas nacionales de 9 servicios quirúrgicos del país, que, según el autor, constituyen más de las ¾ partes de los pacientes de cáncer gástrico, asistidos en clínicas operatorias en los últimos diez años. Sobre un total de casi 1,000 enfermos, se operan poco menos de la mitad y un poco más de un 15%, es decir, en 150 enfermos se practica la resección gástrica. La mortalidad media inmediata del total de operados, fué de casi un 33%. Estas estadísticas nacionales demuestran claramente que, a pesar del adelanto que ha experimentado la cirugía gástrica entre nosotros, estamos aún muy lejos de poder compararlas con las extranjeras, europeas y norteamericanas. Son aislados todavía entre nosotros, los datos que se refieren a sobrevidas a largo plazo, y este escaso número de curaciones definitivas, como lo dice el autor, es indicio cierto de nuestra incapacidad actual para *formular diagnósticos precoces.*

En los últimos años ha adquirido una importancia extraordinaria, la *cirugía del cáncer del cardias y del esófago.* Ya en 1913 Zaaijer había demostrado, al obtener la primera curación en un caso de cáncer del cardias, que la cirugía ofrecía probabilidades terapéuticas que hasta entonces habían sido negadas. En el mismo año Franz Torek practicó con éxito la primera resección transtorácica del esófago, en una enferma que padecía de un cáncer de la parte media de este órgano, *demostrando que la curación del cáncer del esófago también era posible.* En los años siguientes se publican algunos raros éxitos en la literatura mundial, pero éstos son tan contados al lado de los fracasos, que la cirugía del cáncer del cardias y del esófago, no encontró muchos adeptos. Solamente en los diez últimos años y gracias al auge de la cirugía endotorácica, que a su vez se vió facilitada por los modernos medios de anestesia, esta cirugía se ha ido generalizando y, en muchos países es practicada con éxito cada vez creciente, por cirujanos especializados en tan difícil rama de la cirugía. Roberto C. Ferrari, cirujano argentino, en su espléndida monografía sobre cirugía del esófago, dice:

"Puede decirse que hoy los éxitos del tratamiento quirúrgico en " el cáncer del esófago no dependen de factores técnicos, ya resueltos " en sus líneas generales, sino de la precocidad del diagnóstico y de " la operación y de la minuciosidad operatoria". Pero para llegar a los resultados que se obtienen actualmente, hubo necesidad de recorrer

un camino muy largo, y muchos son los nombres de grandes cirujanos ligados, en una u otra forma, al enorme desarrollo de esta cirugía, en los últimos años. No podemos extendernos sobre la historia de las diversas operaciones del esófago, ni en los distintos procedimientos, su técnica y sus resultados. Hay muchas y excelentes publicaciones de los últimos años, también entre nosotros, que tratan todo esto con prolijidad y acopio de detalles.

La contribución chilena al tratamiento del cáncer del cardias y del esófago, está resumida en el excelente Co-Relato *"Cáncer del esófago y su tratamiento quirúrgico"* de Guillermo Münnich, al Tercer Congreso Interamericano de Cirugía, verificado en Montevideo en Octubre de 1946.

Corresponde a Guillermo Münnich, de Valparaíso, el honor de haber sido el primer cirujano sudamericano que extirpó, con éxito, un cáncer del tercio medio del esófago torácico. Presentó este caso en la Sociedad de Cirugía, en Octubre de 1940. La enferma sigue sana y sin síntomas de recidiva o metástasis, 7 años después de la operación.

Antes de esta fecha, 1940, no se encuentra en la literatura chilena ninguna publicación de algún caso operado; pero Münnich menciona en su Co-Relato, que ya en 1923 Arnulfo Yohow había efectuado, en la Clínica de Gregorio Amunátegui, la resección de un cáncer del esófago torácico, usando la técnica descrita por Enderlen, es decir, mediante una mediastinostomía posterior. La enferma soportó bien la operación, pero falleció a los pocos días de mediastinitis. Este caso no fué publicado.

La vía de acceso empleada para los neoplasmas situados en el extremo inferior del esófago o del cardias, es la *trans-torácica* y *trans-diafragmática*, porque permite una exploración completa del abdomen y de la cavidad torácica y la realización más perfecta de una anastomosis. Las mediastinostomías extra-pleurales que trataban de evitar la abertura de la pleura, han caído en desuso. Guillermo Münnich usó, en su caso ya mencionado, el *método abdomino-cervical*, propuesto por Denk en 1913, hoy día rechazado como método ciego y no quirúrgico; pero, según Münnich, esta opinión que comparten la mayoría de los cirujanos, no tiene base suficiente para condenar el procedimiento. De los cirujanos que en los últimos años, entre nosotros, han efectuado intervenciones por cáncer del cardias y del esófago, algunas de ellas con éxito, debemos mencionar a Italo Alessandrini, Félix

de Amesti, Roberto Estévez, Ricardo Burmeister, Ruperto Vargas, Mariano Bahamondes. *Ellas demuestran que aunque los resultados no son todavía muy satisfactorios, existe, sin embargo, la perspectiva de obtener una curación radical del cáncer del cardias y del esófago, en porcentaje limitado de enfermos.*

La trascendencia del problema del cáncer gástrico queda demostrada por algunas cifras estadísticas tomadas de la literatura nacional; cifras que son muy semejantes a las señaladas en otros países. En un antiguo tratado clásico sobre las enfermedades del estómago, de Bayard, del año 1865, puede leerse lo siguiente: "No habiendo medio " alguno eficaz para combatir esta espantosa dolencia, ¿no sería " prudente decir a los sujetos cuya sangre está tan alterada: marchad " a Africa o a la América del Sur, y acaso encontraréis allí alguna " favorable modificación?". Sin embargo esta creencia de que el cáncer gástrico era poco frecuente en los países sudamericanos, carecía totalmente de fundamento. Desde que existe literatura médica nacional, desde mediados del siglo pasado, el cáncer gástrico figura entre las enfermedades de observación frecuente. Solamente desde hace muy pocos años, contamos en Chile con estadísticas aproximadamente exactas sobre la mortalidad del cáncer y sus diversas localizaciones. Una de las primeras y más extensas, se encuentra en una publicación del Prof. Emilio Croizet, del año 1929. Se basa en 6,000 autopsias efectuadas en los cadáveres de los fallecidos en el Hospital Clínico de San Vicente de Paul, durante dos años, entre 1928 y 1929. De las cifras contenidas en esta estadística, se desprende lo que ha sido comprobado en muchos países, que hay una tendencia más marcada del sexo masculino, a localizar el cáncer en el aparato digestivo, y para el femenino, en el aparato genital. La mortalidad por cáncer en el total de las autopsias efectuadas, correspondió a un 9,4%, o sea 615 cancerosos. Examinando esta mortalidad cancerosa y tomando en cuenta el órgano en que se localizó primitivamente la enfermedad, tenemos que en 412 fué el aparato digestivo, de los cuales 260 corresponden al estómago.

Roberto Estévez y Hernán Apablaza, en publicaciones del año 1940, calculan el porcentaje de mortalidad por neoplasias malignas en los Hospitales San Francisco de Borja, de la capital, y Carlos Van Buren, de Valparaíso, en un 8 y un 10% respectivamente. En la mujer, el 18% de los cánceres estaba situado en el estómago, y en el hombre, este porcentaje alcanzaba, según Apablaza, al 51%. "La mitad de los

" hombres que mueren de tumores malignos en el Hospital Carlos " Van Buren", dice este autor, prosector del hospital, "presentan esta " lesión localizada en el estómago".

En una estadística de exámenes gastro-duodenales del Instituto de Radiología del Hospital San Francisco de Borja, Heegewaldt y colaboradores encuentran el cáncer gástrico en más del 8% de los hombres examinados, y en más del 3% de las mujeres, es decir, en una proporción inesperadamente alta. Ruperto Vargas Molinare, en su relato al Tercer Congreso Chileno y Americano de Cirugía, del año 1941, dice que no es aventurado suponer, por los datos estadístico que expone, que *cada año mueren en Chile, alrededor de dos mil personas por carcinoma gástrico*. Estos datos estadísticos que podrían multiplicarse, demuestran todos que es también entre nosotros una afección muy frecuente, y que constituye, por lo tanto, un grave problema de nuestra patología nacional.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, E. Dificultades en el diagnóstico del cáncer gástrico. Anales de Cirugía, 1942.—ALESSANDRI, HERNÁN. DE AMESTI, FÉLIX. LERNER, J. OSSANDON, M. El diagnóstico oportuno del cáncer gástrico. Cáncer, 1941 y Rev. Méd. 1942.—ALESSANDRINI, ITALO. Diagnóstico de las lesiones gástricas. Rev. Méd. 1931.—APABLAZA, HERNÁN. Cáncer del estómago. Cáncer, 1930.—ARACENA, MOISÉS. Perforaciones agudas de las vísceras abdominales. Tesis, 1923.—BRANDT ARTURO. Carcinoma del cardias. Rev. Méd. 1901.—BROCKMANN, M. Operación del estómago. Rev. Méd. 1912.—CARRASCO, David. Estenosis del esófago. Tesis, 1899.— CARRASCO, DAVID. Algunas observaciones sobre estenosis del esófago. Rev. Méd. 1899.—CARVALLO, VENTURA. Clínica Quirúrgica. —CONCHA PAROT, E. La gastroscopía en clínica. Tesis, 1938.—CONSTANT, ALFONSO. Carcinoma gástrico. Operación Radical Bol. Soc. Cir.1927.—CONTADOR, JORGE. Sobre gastrectomías. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1933.—COSSIO, GERMÁN. El estómago después de la gastrectomía. Tesis, 1931.—COVARRUBIAS, ALVARO. Gastrectomías. Rev. Méd. 1917.—COVARRUBIAS, ALVARO. Carcinoma del estómago. Bol. Soc. Cir. 1926.—COVARRUBIAS, ALVARO. Cáncer del estómago. Cáncer, 1936.—COVARRUBIAS, ALVARO. Clínica Quirúrgica del cáncer gástrico. Rev. Méd. 1942.—CROIZET, EMILIO. Estudio sobre la mortalidad causada por el cáncer en Chile. Anales de la Universidad, 1922.—DE AMESTI, FÉLIX. Cáncer del estómago. Jornada Médica de Mendoza, 1941.—DE AMESTI, FÉLIX. Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico, 1940 y Rev. Méd. 1941.—DE AMESTI, FÉLIX. Gastrectomía total por cáncer gástrico. Anales de Cirugía, 1943.—DE AMESTI, FÉLIX. OTAÍZA, E. Cánceres de la región del cardias y del extremo inferior del esófago. Rev. Méd. 1944.—

DEL FIERRO MARIO. Cáncer del esófago. Tesis, 1944.—DÍAZ, FERNÁN. DONOSO, A. VELASCO, F. Diagnóstico radiológico de lesiones gástricas infiltradas, pequeñas, etc. Rev: Méd. 1945.—ESTÉVEZ, ROBERTO. Anotaciones sobre cáncer gástrico. Bol. Soc. Circ. 1940.—ESTÉVEZ, ROBERTO. Anotaciones sobre cáncer gástrico. Rev. Méd. 1931.—GALINDO, WALTER. El carcinoma del estómago. Tesis, 1923.—GARCÍA HUIDOBRO, H. Anotaciones sobre cirugía gástrica. Rev. Méd. 1920.—GARCÍA, P. LERNER, J. Carcinoma primitivo del duodeno. Rev. Méd. 1941.—GARRETON SILVA, ALEJANDRO. Sobre un caso de linitis gástrica. Rev. Méd. 1925.—GAZMURI OJEDA, OSCAR. Reflexiones acerca de 700 gastroscopías. Rev. Méd. 1945.—GONZÁLEZ CORTÉS, E. Neoplasma del estómago. Rev. Méd. 1910. GONZÁLEZ CORTÉS, E. El diagnóstico y la operabilidad de los cánceres del estómago. Rev. Méd. 1915.—GREZ, ANÍBAL. Estrechez cardio-frénica. Rev. Méd. 1942.—.—GROVE, HUGO. MARTINI, P. Diagnóstico del cáncer y la úlcera gástrica. Med. Mod. 1928.—GROVE, HUGO. Evolución del tratamiento de la úlcera gastro duodenal y cáncer, a través de 30 años de experiencia. 1936.—GROVE, HUGO. Contribución al estudio de la técnica quirúrgica en la gastrectomía sub-total. Med. Mod. 1937.—GROVE, HUGO. Cáncer gástrico, Cáncer, 1940.—HEEGEWALDT, ERICH. Técnica moderna del diagnóstico radiológico en el estómago y duodeno. Med. Mod. 1929.—HEEGEWALDT, ERICH. Estadística radiológica del Hospital San Borja. Rev. Méd. 1940.—HEEGEWALDT, ERICH. Diagnóstico radiológico precoz del cáncer gástrico. 3.er Congr. Chil. y Americ. de Cirugía, 1941.—HEEGEWALDT, ERICH. DÍAZ, F. CUEVAS, F. Estatutos para los exámenes gastroduodenales. Rev. Méd. 1942.—HERZOG, ERNESTO. El problema del cáncer en Chile. Rev. Méd. de los Hospitales, 1938. HUIDOBRO, G. Estenosis pilórica por linitis plásica. Rev. Méd. 1916.—LARA, EMILIO. Diagnóstico radiológico de las afecciones del estómago. Tesis, 1913.—LERNER, J. Impresión médico-social de la Policlínica, ante las modernas orientaciones de la lucha por el diagnóstico precoz del cáncer gástrico. Bol. Méd. Social, 1939.—LERNER, J. CONCHA, E. Consideraciones clínicas sobre 150 gastroscopías. Rev. Med. 1939.—LERNER J. Contribución de la gastroscopía al diagnóstico precoz del cáncer gástrico. Rev. Chil. de Hig. y Med. Prev. 1941.—MATUS, MANUEL. Gastrectomía parcial por cáncer. Bol. Soc. Cir. 1925.—MATUS, MANUEL. Gastrectomía amplia por cáncer del estómago. Bol. Soc. Cir. 1931.—MOLINA, ERNESTO. Gastroenterostomía y gastrectomía parcial. Rev. Méd. 1917.—MOLINA, ERNESTO. 3 casos de resección gástrica, Rev. Méd. 1917.—MUNNICH, GUILLERMO Cirugía del estómago. 4.° Congreso científico. Primero Panamericano, 1908.—MUNNICH, GUILLERMO. Cirugía gástrica. Bol. Soc. Circ. 1923.—MUNNICH, GUILLERMO. RECCIUS, ADOLFO. Sobre la denominación de los métodos de resección gástrica. Temas de cirugía clínica, 1933.—MUNNICH, GUILLERMO. Cáncer del esófago, su tratamiento quirúrgico. 3.er Congreso Interamericano de Cirugía, 1946.—MUÑOZ MONTT, EDUARDO. Cáncer gástrico. Cáncer, 1940.—NAVARRO, J. Contribución al estudio del cáncer gástrico. Tesis, 1929.—OTAÍZA MOLINA, ELISEO. Consideraciones sobre el individuo gastrectomizado. Tesis, 1940.—PONCE ZAMORA, JULIO. Contribución al estudio de la aquilia gástrica. Tesis 1941.—QUEVEDO JOFRÉ, T. Radioscopía del estómago. Tesis, 1910.—RECCIUS, ADOLFO. Tratado de diagnóstico quirúrgico, 1940.—RODRÍGUEZ, H. Diagnóstico precoz del cáncer gástrico. 3.er Congreso Chil. y Amer. de Cirugía, 1941.—

RUIZ, R. Lesiones gastro-duodenales que pueden similar úlcera o cáncer. Tesis, 1939.—SALCIDO, W. El cáncer del estómago. Tesis, 1923.—SIERRA, LUCAS. Cáncer del estómago. Rev. Méd. 1898.—SIERRA, LUCAS. Gastrostomía por estrechez del esófago. Rev. Méd. 1898.—SIERRA, LUCAS. Carcinoma del estómago. 4 conferencias sobre cirugía abdominal, 1923.—SIERRA, LUCAS. La gastrectomía en Chile. Congreso Panamericano, La Habana, 1929.—SIERRA, LUCAS. Cánceres metastáticos de los ovarios. Bol. Soc. Circ. 1932.—UGARTE MONTES, E. Las radiaciones emitidas por el Radio, etc. Cánceres del estómago. Rev. Méd. 1938.—URZÚA, RAFAEL. Cirugía, 1947.—VARGAS MOLINARE, R. Diagnóstico precoz del cáncer gástrico. 3.er Congreso Chil. y Amer. de Cirugía, 1941.—VARGAS MOLINARE, R. Consideraciones sobre el carcinoma gástrico. Rev. Méd. 1944.—VARGAS SALCEDO, L. La cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937.—VELASCO NÚÑEZ, FRANCISCO. Estudio de lesiones gástricas sospechosas de malignidad. Tesis, 1944.—WEHRHAHN, A. Diagnóstico radiológico en el aparato digestivo. Rev. Méd. y de Alimentación, 1937.

DIVERTICULOS DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO.—Nos referiremos, al final de este capítulo, sobre las afecciones quirúrgicas del estómago y duodeno, a una anomalía relativamente rara, los *divertículos* de estos órganos. El estudio de ellos, sobre todo de los *duodenales*, es muy antiguo. Los primeros de carácter exclusivamente anatómico, fueron hechos ya en el siglo VIII, por Morgagni, en Italia, y Chomel, en Francia. Son muchos los autores, entre ellos Rokitansky, en 1809, quienes posteriormente se ocuparon de esta curiosa anomalía congénita; pero sin darle mayor importancia patológica. Unicamente a fines del siglo pasado, empezó a sospecharse que los divertículos fueran capaces de provocar ciertos trastornos de orden digestivo. Con el advenimiento del examen roentgenológico y su progreso técnico, el diagnóstico de la afección empezó a hacerse en el vivo, y se publicaron una serie de trabajos, de los cuales algunos daban una importancia clínica exagerada a esta afección. En 1912, Forsell y Key, efectuaron la primera intervención quirúrgica sobre un divertículo, con lo que se inicia una nueva etapa en la terapéutica de esta afección. En los años siguientes, los casos de divertículos duodenales siguen siendo pocos; sólo en las últimas dos décadas, el número de intervenciones publicadas aumenta considerablemente, y aparecen numerosos trabajos quirúrgicos en todos los países. Se establece la diferencia entre los verdaderos y los falsos divertículos y, a un primer período francamente intervencionista, sigue un período más bien abstencionista, que acepta el tratamiento quirúrgico sólo como indicación excepcional y lo reserva para los casos complicados.

Entre nosotros, los divertículos duodenales fueron estudiados por primera vez, por Lucas Sierra, en 1927. En Noviembre de ese año, presentó una observación a la Sociedad de Cirugía, refiriendo un caso en que la afección había sido diagnosticada por medio del examen roentgenológico. El enfermo, objeto de la comunicación, ofrecía un pasado gastro-intestinal franco; la operación consistió en una gastro-enterostomía con resección del divertículo. Varios son los autores nacionales que posteriormente se han ocupado con la misma afección, y cuyas publicaciones se encuentran consignadas en nuestra bibliografía. La más completa entre ellas, es la del servicio del Prof. Garretón Silva, del Hospital San Francisco de Borja, en la cual los autores F. Donoso, A. Donoso y E. Montero, analizan 22 casos de divertículo duodenal, y hacen una revisión de los conocimientos al respecto, sobre su frecuencia, anatomía patológica, patogenia y sintomatología del divertículo. El diagnóstico es siempre radiológico, y el tratamiento debe ser médico y excepcionalmente quirúrgico. En cuanto a la frecuencia de los divertículos duodenales, las estadísticas demuestran todavía una gran disparidad. Entre nosotros, los autores recién mencionados, encuentran en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Borja, entre 1932 y 1939, seis divertículos duodenales. Heegewaldt, Díaz y Cuevas, en un estudio sobre la incidencia radiológica de las lesiones digestivas, encontraron en 2,482 exámenes del tubo digestivo, 18 divertículos, es decir, en un 0,72%, y Daza, en 2,500 exámenes radiológicos del tubo digestivo, encuentra 25 divertículos duodenales, con una frecuencia de 1%. Son cifras muy parecidas a las de estadísticas extranjeras.

La primera intervención por divertículo duodenal, fué ejecutada entre nosotros, como ya lo hemos señalado, por Lucas Sierra, en 1927; posteriormente, nuestra literatura registra sólo dos observaciones más en que se intervino por esta afección, (Guillermo Münnich y A. Reccius). A insinuación de ellos, Manuel Cruz Plaza elige esta materia como tema de su memoria de prueba, en 1944. Basa su estudio, en las observaciones de estos autores y de los observados en el Hospital Enrique Deformes de Valparaíso. Llega a la conclusión, que los divertículos duodenales son relativamente frecuentes y que, por lo tanto, no deben considerarse como una curiosidad anatómica, pero que la mayoría de las molestias de que se culpa al divertículo, son ocasionadas por lesiones asociadas, especialmente colecistitis y úlcera gástrica o duodenal. Las complicaciones graves de parte del divertículo son excepcionales.

Los *divertículos gástricos*, son aun más raros que los duodenales. En una publicación de la Clínica del Prof. Prado Tagle, González Rodríguez y Meza Arrau, estudian su frecuencia y refieren algunas estadísticas nacionales: el profesor Croizet, en 14,000 autopsias, ha verificado un solo divertículo gástrico, implantado en la curvadura menor del antro, localización absolutamente excepcional; y el profesor Opazo, en 18,000 exámenes radiológicos de estómago, ha reunido 2 casos.

BIBLIOGRAFIA

Cruz Plaza, Manuel. Divertículo del duodeno. Tesis, 1944.—Daza, F. Divertículos duodenales. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1931.—Donoso, Francisco. Donoso, Alberto. Montero, Enrique. Divertículo del duodeno. Rev. Méd. 1942.—González Rodríguez, R. Meza Arrau, C. Divertículo del estómago. Arch. Clín. Méd. Prof. Prado Tagle, 1943.—González, R. Prat, E. Divertículo de la tercera y cuarta porción del duodeno. Bol. Soc Gastroenterol. Vol. I.—Heegewaldt, E. Díaz, F. Cuevas, H. Estadísticas radiológicas de exámenes gastro-duodenales. Bol. Soc. Gastroenterol, 1940.—Opazo, Luis. Divertículos del estómago y duodeno. Rev. Hosp. San Vicente de Paul, 1936.—Reccius, Adolfo. Tratado de diagnóstico quirúrgico, 1940.—Riedel, Otto. Divertículo gástrico. Bol. de Gastroenterol, 1943.— Sierra, Lucas. Divertículo del duodeno. Rev. Méd. 1927.—Sierra, Lucas. Divertículos de la pared del conducto alimenticio. Bol. Soc. Cir. 1927.

CAPITULO XII

CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES

En la cirugía de la vesícula y de las vías biliares, tiene una importancia predominante el tratamiento de la litiasis. Es una de las afecciones más frecuentes de la raza humana, y, por lo tanto, llama profundamente la atención que, mientras la glándula hepática ha sido objeto de innumerables estudios, desde los tiempos más remotos de la medicina, la litiasis biliar pasara tan completamente desapercibida. Parece que los cálculos biliares fueron observados por primera vez en 1565, por J. Kentmann, de Dresde, Sajonia. Vesalio y Falopio (1581), figuran también entre los primeros que los estudiaron y describieron con mucha atención. Uno de los primeros trabajos de importancia para la patología y el diagnóstico de los cálculos biliares, es el de Federico Hoffmann de Halle, en 1718; siguieron, más tarde, muchos otros, entre los cuales se destacan los de Morgagni, en 1730, quien reúne un gran número de casos de litiasis biliar y traza un cuadro muy completo de la afección. Muchos nombres más están ligados a la historia del descubrimiento de los cálculos biliares; mencionaremos, entre ellos, los de Boerhave, Sydenham, van Swieten, por ser los más conocidos, en el siglo XVIII, y el de H. Meckel, a mediados del siglo pasado.

Las primeras investigaciones sobre la estructura de los cálculos, fueron efectuadas, también, en el siglo XVIII; Walter describe cuidadosamente, en 1755, la rica colección del Museo de Berlín; Durande, en Francia, publica, a fines del mismo siglo, su tesis sobre la estructura de los cálculos biliares; y Meckel, en su *"Microgeología"* del año 1856, le dedica una atención especial. La *colesterina*, substancia que caracteriza la mayor parte de los cálculos, fué aislada, en 1814, por Chevreul, quien le dió su nombre.

Los médicos antiguos explicaban la formación de los cálculos biliares, de una manera enteramente mecánica, por *condensación de la bilis estancada;* posteriormente se admitía la posibilidad de la *descomposición* o *coagulación* de ella, por la acción de los ácidos que penetrarían a través del duodeno. Hoy día sabemos que de la litiasis biliar, es su patogenia la que más ha sido discutida. Una de las primeras teorías aceptables, desde el punto de vista científico, sobre el origen de los cálculos biliares, fué la de Meckel von Hemsbach, enunciada a mediados del siglo pasado. Fué este célebre anatomista y fisiólogo, el primero en considerar indispensable, para la formación de los cálculos, la existencia de un "catarro litógeno" que por vía ascendente desde el duodeno invade la vesícula. Desde entonces se han sucedido un gran número de teorías, como también investigaciones experimentales y clínicas, y todas tratan de aclarar la tan discutida patogenia de la litiasis biliar. Antes de los descubrimientos de Pasteur, en el campo de la bacteriología, reinaba, casi sin contrapeso, la *teoría humoral de las enfermedades*, que en realidad no servía más que para encubrir la ignorancia sobre su verdadero origen. *Con el reconocimiento de la naturaleza microbiana de la mayoría de las enfermedades, nace también la teoría del origen infeccioso de la litiasis biliar, sustentada sobre todo por Naunyn, y que, reforzándose con nuevas investigaciones, ganaba también nuevos adeptos.* A la infección debía agregarse una perturbación en el funcionamiento, en el sentido del libre paso de la bilis al duodeno, para encontrar reunidos los dos factores fundamentales e indispensables en la producción de los cálculos. Las ideas de Naunyn, abrieron amplio campo a las investigaciones, y son innumerables los que posteriormente evidenciaron la presencia de diferentes gérmenes en el contenido de la vesícula, sus paredes y sus cálculos. Entre nosotros, son también numerosos los investigadores que se han ocupado con el problema: Prado Tagle, Macchiavello, G. Chateau, Covarrubias Z., Hugo Vaccaro, Vélez Marulanda y otros; todos concuerdan que los gérmenes más frecuentes en la bilis, submucosa vesicular y estroma de los cálculos, son los *colibacilos*, asociados al *estrepto* y *estafilococo*. También la teoría de Aschoff y Bacmeister, enunciada veinte años después, acepta la importancia de la estagnación de la bilis en la patogenia de los cálculos; pero estos autores, apenas dan importancia a la infección de la vesícula biliar. Para ellos la formación de la mayoría de los cálculos, comienza en una vesícula aséptica. Chauffard, volviendo nuevamente a la teoría humoral, incrimina a la *hipercolesterinemia*

y en especial a la gravídica, el pecado de la producción de los cálculos biliares. Otros autores aceptan, como causa preponderante en la formación de ellos, una ectasia o retención no mecánica, sino funcional. Para Prado Tagle, la *infección* debe considerarse como factor más importante de la litogénesis; pero a ella debe agregarse otro factor no menos importante, la *retención biliar*. Según Prado Tagle, el punto de partida del proceso infeccioso, radica en el intestino, lo mantiene el estreñimiento, y la infección es llevada por las ramas de la porta y linfáticos, al hígado y vías biliares. El eminente profesor chileno, designa su original concepción sobre la patogenia de la colelitiasis, con el nombre de *"sindroma éntero-vesicular"*, y se basa para su estudio, publicado en 1927, en la cuidadosa observación de más de 1,000 individuos de ambos sexos.

En uno de sus trabajos posteriores, presentados al Primer Congreso Nacional de Medicina Interna, del año 1943, Prado Tagle, en cuya clínica, como también en la del profesor González Cortés, las colecistopatías han sido objeto de constantes estudios e investigaciones, comenta algunas cifras estadísticas, para precisar la frecuencia e importancia que el problema de la litiasis vesicular alcanza entre nosotros. Una revisión de los protocolos de autopsia de los servicios de Anatomía Patológica de los Hospitales San Vicente, Salvador y San Borja, comprendidos entre los años 1939 a 1942 inclusive, revela que en un total de 5,464 necropsias practicadas durante el lapso señalado, se ha encontrado la existencia de una litiasis vesicular en 676 cadáveres. Esto corresponde al 5,5% de los hombres y al 22,2% de las mujeres. "Estas cifras",—dice Prado Tagle—"confirman la enorme frecuencia que, en el sexo femenino de la capital, tiene la colecistopatía litiásica". Es de suponer que en las demás ciudades del país, la frecuencia sea más o menos la misma, a pesar de que también entre nosotros, la litiasis tiene características regionales, como lo hace notar el autor. Desde luego, parece ser mucho más frecuente en las ciudades que en el campo, y muy rara en nuestros araucanos, como pudo comprobarse en numerosas autopsias practicadas por Westenhoeffer y Prado Tagle, en Villarrica y Quepe, en indígenas de ambos sexos, entre los cuales se contaban mujeres que habían dado a luz numerosos hijos, y en todos ellos no se comprobó la menor alteración intestinal o vesicular. Observaciones similares abundan, por lo demás, en la literatura internacional. Insistiremos, más adelante, nuevamente en la frecuencia de la afección entre nosotros.

A pesar de los evidentes progresos, con los trabajos experimentales y clínicos que se han realizado en los últimos años, y sobre todo con la vasta enseñanza que nos han brindado las intervenciones quirúrgicas sobre las vías biliares, existen todavía muchas incógnitas en este capítulo de la patología. La medicina no dispone aún de ninguna terapéutica eficaz, capaz de disolver los cálculos, cuya génesis tampoco ha quedado bien esclarecida, a pesar de que ya conocemos las causas de mayor importancia que en ella intervienen. Muchas ideas erróneas han sido modificadas, gracias a la intervención del bisturí. Una gran ayuda para el mejor conocimiento de la fisio-patología de las vías biliares, ha sido, en los últimos años, la introducción a la clínica, de los nuevos métodos de laboratorio y exploración semiológica.

No podemos entrar a estudiar las múltiples *pruebas de la función hepática*, practicadas y estudiadas, todas ellas, metódicamente en nuestras clínicas. Con excepción de algunas, como la demostración de la *bilirrubina* en la sangre, los cirujanos siguen desengañados con ellas.

En 1909, Einhorn dió a conocer su técnica de la intubación duodenal; sobre ella se basa el sondaje duodenal que, mediante el procedimiento de Meltzer Lyon (1917/18), ha sido usado con fines terapéuticos y también como revelador de la función vesicular, para la indicación operatoria. Pero el cateterismo duodenal, ha estado sujeto a críticas y numerosas revisiones, en el transcurso de los años. Desde el punto de vista quirúrgico, su valor práctico es, seguramente, muy inferior al de la *colecistografía*. En realidad, el estudio de la patología vesicular se vió especialmente enriquecido, de un modo casi imprevisto, con ella, o sea la visualización radiográfica de la vesícula biliar, que ha representado un progreso tan considerable en el diagnóstico y diagnóstico diferencial en un gran número de afecciones del abdomen, que los trabajos de control realizados posteriormente a las primeras publicaciones de Graham y Cole, en todos los centros radiológicos, han sido ya innumerables. Desde la publicación original, en Febrero de 1924, de estos autores, que descubrieron el método de visualizar la vesícula biliar a los rayos X, mediante la inyección intravenosa de la tetrabromofenolftaleína, se ha seguido experimentando intensamente, ensayándose productos químicos y técnicas diversas.

Graham y Cole, en Estados Unidos, habían basado sus primeras experimentaciones, en la propiedad curiosa que presenta una substancia química, la tetraclorofenolftaleína, de eliminarse casi exclusivamente

por la bilis. Era usada, corrientemente, para el examen funcional del hígado; pero la vesícula de los enfermos inyectados con esta substancia, no se visualizaba a los rayos. Graham tuvo la idea que, usando metaloides de peso atómico más elevado que el cloro, como el yodo o el bromo, podrían obtenerse, quizás, sombras visibles de la vesícula biliar a los rayos, ya que ella tenía la propiedad de concentrar considerablemente la bilis. Las experiencias en el animal, confirmaron sus ideas, los compuestos de yodo y bromo de la fenolftaleína en inyecciones intravenosas, en el perro, producían sombras vesiculares.

Ya al año después de la publicación original, en que los autores exponen, con muchas dudas y vacilaciones, sus primeras experiencias Graham y Cole presentan una nueva substancia, la tetrayodofenolftaleína, que era mucho menos tóxica para el enfermo, que la primera. Se ha usado tanto la vía bucal como la endovenosa; puede decirse que en un principio cada radiólogo tenía su procedimiento propio, según su experiencia personal. Los inconvenientes de la vía endovenosa, fueron en parte subsanados, usando como vehículo el suero glucosado hipertónico, preconizado por Antonucci. La administración por vía bucal puedè hacerse, dando el medio de contraste en una sola dosis, o bien, como la había recomendado Sandstroem, en forma fraccionada. Otro progreso, de los últimos años, constituyen los nuevos medios de contraste, que no contienen tetrayodofenolftaleína, ni son derivados de ella, no liberan yodo, no provocan yodismo y no son tóxicos. Desde el punto de vista del paciente, su uso para las colecistografías es menos molesto que con los demás preparados.

Nadie ignora hoy día, los servicios que presta la colecistografía, que casi en la totalidad de los casos nos proporciona resultados muy exactos, comprobados en miles de observaciones por el cirujano o anátomo-patólogo. Podemos repetir lo que hace ya veinte años decía un autor: *"la colecistografía, actualmente, no necesita apología"*.

Las primeras publicaciones entre nosotros, sobre el tema, datan del año 1926; en nuestros servicios radiológicos han sido experimentados todos los medios de contraste y sus diversos modos de administración. En nuestra bibliografía, se encuentran consignadas las más importantes de las publicaciones nacionales. Sin pretender substraer a la clínica su importancia esencial, la colecistografía ha llegado a ser un método complementario de gran utilidad en la mayoría de los casos, e insubstituible en muchos de ellos.

Casi simultáneamente con las investigaciones de Graham y Cole, nace también la exploración radiológica de las vías biliares, que no se visualizan con la simple colecistografía. La *colangiografía*, o sea la visualización radiológica de ellas, mediante la inyección de una substancia de contraste, puede hacerse durante el acto operatorio, como lo preconiza Mirizzi en la Argentina, en 1931, o bien después de él, a través de un tubo de drenaje o de un trayecto fistuloso. Esta última forma, la colangiografía *post-operatoria*, parece haber sido efectuada por primera vez por Carnot y Blamoutier, en 1922, quienes utilizaron como medio de contraste, el sulfato de bario, logrando visualizar un cálculo del cístico causante de una fístula biliar rebelde, consecutiva a una colecistostomía. Más o menos en la misma época, fué ensayado el método en Estados Unidos, y pocos años después aparecen trabajos sobre el tema, en los países europeos. Desde entonces hasta la fecha, esta exploración radiológica se ha extendido y divulgado. Entre nosotros, es un método de investigación frecuente, y varias son las comunicaciones que se han presentado al respecto, (de Amesti, Rencoret, Eduardo Larraín, Enrique Duval, Garavagno). La mayoría de los autores nacionales aceptan hoy día, que la colangiografía post-operatoria debe hacerse sin excepción en todo enfermo, con drenaje de las vías biliares, y que todas las críticas que se han hecho, no tienen actualmente valor alguno, porque las substancias usadas, son prácticamente innocuas. La colangiografía permite investigar el estado del árbol biliar, revela frecuentemente la existencia de cálculos residuales, y es de importancia para elegir el momento oportuno de retirar el drenaje de las vías biliares.

La colangiografía *durante el acto operatorio*, introducida en 1931 por el cirujano argentino Mirizzi, y preconizada entre nosotros por Vargas Molinare, no ha podido generalizarse. Con razón objetan la mayoría de los cirujanos, que este procedimiento requiere una instalación radiológica adecuada, porque prolonga la operación en enfermos a veces profundamente intoxicados, y que una colangiografía única, frecuentemente no basta para reconocer el verdadero estado del colédoco.

Otra forma de colangiografía fué ensayada en 1939, entre nosotros, en la Sección Medicina Interna del Prof. Garretón Silva, del Hospital San Francisco de Borja de la Capital. Sus autores, Roberto Celis, Alberto Donoso y Fernando Huidobro, buscaban un procedimiento que permitiera visualizar el colédoco, antes de la intervención; es lo

que llaman la *colangiografía retrógrada.* El procedimiento consiste en transformar en cavidad cerrada, el segmento duodenal que queda frente a la ampolla de Vater, mediante un dispositivo especial agregado a una sonda duodenal, con el objeto de inyectar una solución opaca a presión en forma retrógrada, hacia la región alta de las vías biliares, aprovechándose de la relajación esfinteriana producida por acción farmacológica.

La *sintomatología* de la colelitiasis y de la infección biliar en general, era, naturalmente, bien conocida mucho antes que ella entrara al dominio de la cirugía, a fines del siglo pasado. Se sabía que los cálculos podían permanecer durante mucho tiempo en la vesícula biliar, sin revelar su presencia por molestia alguna. Aunque el pronóstico del cólico hepático era, ordinariamente, bueno, los médicos de aquellos años nunca olvidaban que, aun en los casos aparentemente simples, siempre existía el peligro oculto de las complicaciones graves, que repentinamente transformaban el cuadro en algo serio y hasta mortal. Había que contar, también, con las frecuentes recidivas, porque, según la concepción de aquellos años, "raras veces los cálculos eran evacuados todos de una sola vez". Por otra parte, la experiencia había demostrado que, aún enfermos graves, que sufrían ya muchos años de la enfermedad, podían finalmente sanar; nunca debía, por lo tanto, abandonarse prematuramente toda esperanza de éxito. Pero los recursos de la terapéutica, eran muy limitados; el tratamiento del cólico hepático, constituía la indicación principal. Para moderar la intensidad de los dolores, se hacía uso de los narcóticos, sobre todo de la morfina y del opio, o se recurría a las inhalaciones del cloroformo. En los enfermos pletóricos, se recomendaban las sangrías; si existía una sensibilidad considerable en la región de la vesícula, se hacía uso de las sangrías locales, con la ayuda de ventosas o sanguijuelas, etc. Pasado el cólico hepático y sus consecuencias inmediatas, el objetivo siguiente del tratamiento, era el de evacuar los cálculos alojados en los conductos biliares, y oponerse a que ellos volvieran a formarse. Se habían preconizado muchos remedios capaces de disolver las concreciones, pero ninguno cumplía con las esperanzas que en él se cifraban. Desde mucho tiempo se había recomendado el empleo de las aguas alcalinas, contra las concreciones biliares, y, en efecto, en Alemania, se conocían como agentes muy eficaces, las aguas minerales de Karlsbad, de Ems, de Marienbad, y en Francia, las de Vichy, de Vals, etc. No faltaban, naturalmente,

los médicos que pretendían haber sanado la calculosis de las vías biliares, con ayuda de la electricidad.

Como los recursos quirúrgicos eran casi totalmente desconocidos, las complicaciones eran, también, muy frecuentes. Los médicos de aquellos años, veían, lo que para los actuales cirujanos prácticamente ha desaparecido, enormes vesículas distendidas e inflamadas, adheridas al intestino o las paredes abdominales, que se abrían al interior o al exterior, determinando fístulas biliares externas o internas. La abertura hacia el exterior, no siempre se hacía en el punto correspondiente al fondo de la vesícula biliar, por debajo del reborde costal derecho, a veces se producía a la izquierda de la línea blanca, en la vecindad del ombligo, en la región inguinal, etc. En estos casos, los trayectos fistulosos eran, ordinariamente, largos y tortuosos, frecuentemente los orificios múltiples, y no era raro observar la expulsión de grandes y numerosos cálculos por estas fístulas.

Como último recurso terapéutico, cuando la vesícula se hallaba tan distendida que hacía temer su ruptura, o cuando los accidentes de la fiebre héctica amenazaban la vida, había sido recomendado, por los más valientes entre los médicos, la *punción* de la vesícula, con la idea de evacuar su contenido. Si existían adherencias con la pared abdominal, este proceder no era considerado tan peligroso, pero si no existían, la punción era proscrita; debían tomarse, para estos casos, las mismas precauciones que habían sido recomendadas, desde mediados del siglo pasado, por Récamier y otros, para la abertura de un absceso o equinococo del hígado. *El justo temor al peritoneo, obligaba a proceder en dos tiempos.*

De la punción de la vesícula biliar a su abertura, la *colecistostomía*, no había más que un paso. Los primeros ensayos quirúrgicos, se refieren todos al *empiema* de la vesícula. Jean Louis Petit, en Francia, había indicado ya, en la primera mitad del siglo XVIII, la posibilidad de tratar ciertas afecciones hepáticas, por medios quirúrgicos, y en una memoria del año 1743, recomienda que una vesícula distendida, debe aliviarse por punción, y en lo posible retirarse por "litotomía", los cálculos alojados en dicha víscera. Más o menos en esa misma época, practicó la primera *colecistostomía*, en una vesícula que se hallaba adherida a la pared abdominal. Pero esta primera operación sobre las vías biliares, fué pronto olvidada, y sólo en la segunda mitad del siglo pasado, empieza nuevamente a discutirse, en un principio en forma casual y ligera, la posibilidad de las intervenciones quirúrgicas sobre

las vías biliares. *En 1867, John Bobbs, de Pensylvania, ejecuta accidentalmente la primera colecistostomía del siglo, y el enfermo se restableció.* Marion Sims, en Inglaterra, practica, en 1878, una nueva colecistostomía, pero el enfermo fallece. Sin embargo, detalla en su memoria, con tanta precisión, los diversos tiempos del procedimiento usado, que éste sirvió de base, en aquel país, para las intervenciones siguientes. *La primera operación favorable en Inglaterra, fué practicada por Lawson Tait, en 1879. Un año antes, en 1878, Teodoro Kocher, había ejecutado la primera colecistostomía con diagnóstico preoperatorio preciso, y que fué seguida de éxito.* Siguiendo los preceptos de la cura antiséptica de Lister, este famoso cirujano de Berna, efectuó la intervención en *dos tiempos*, rodeando primero la vesícula, previa laparatomía, con gasa fenicada, e incindiéndola sólo seis días más tarde, para extraer los 32 cálculos que contenía. En los años siguientes, la colecistostomía fué perfeccionándose y había sido ejecutada ya un buen número de veces, tanto en Estados Unidos como en Europa, hasta 1882, año en que Langenbuch practicó la primera colecistectomía.

La *colecistectomía* había sido ejecutada, en siglos anteriores, por algunos experimentadores, en perros y gatos; *pero corresponde a Carl Langenbuch, del Lazarus-Krankenhaus de Berlín, el mérito de llevarla a la práctica en el hombre e iniciar con esto una de las ramas más felices de la cirugía que haya podido idearse.* Toda la cirugía moderna de las vías biliares está basada en esta intervención, que, con pleno conocimiento de la patogenia de la afección calculosa, elimina el punto de origen de ella, constituyendo el medio más sencillo para curarla. *Langenbuch practicó la primera colecistectomía, en Julio de 1882, en un enfermo de 43 años, que a los doce días pudo abandonar la cama y a las pocas semanas el hospital.* La operación le atrajo gran crédito, y luego tuvo muchos imitadores; pero, a excepción de pocos cirujanos, que desde el primer momento reconocieron la verdadera importância de la extirpación de la vesícula enferma, la mayoría de ellos no aceptaron las indicaciones dadas primeramente por Langenbuch, y que son las que hoy día se aceptan universalmente. Creían que la colecistectomía sería de aplicación limitada y que, en ningún caso, ocuparía el lugar de la colecistostomía y de la colecistotomía. Langenbuch, fué también el primero en diseñar la mayoría de las demás operaciones básicas sobre las vías biliares, la coledocotomía, la coledocotomía transduodenal, la coledocoduodenostomía y la hépatoduodenostomía. En 1891, había reunido ya el material suficiente para publicar su obra sobre cirugía

del hígado y de las vías biliares; obra que, aún hoy día, más de medio siglo después de su aparición, sigue siendo un tratado de utilidad para el cirujano.

El vasto campo de la cirugía biliar se enriqueció, luego, con la *coledocotomía*. En realidad, de la colecistectomía, llevada a feliz término por Langenbuch, al colédoco, no había más que un paso. Los alemanes atribuyen la primera coledocotomía a Sprengel, en 1884; a los pocos años después, fué ejecutada por Kümmel, en 1886, y por Courvoisier, en 1890. Este último fué el primero, también, en imitar a Langenbuch y extirpar una vesícula enferma. Otro gran adelanto en la cirugía de las vías biliares, fué la primera colecistectomía y coledocotomía, ejecutadas conjuntamente, por primera vez, por Rehn, y también la introducción del drenaje del hepático, cuyo uso sistemático, en los casos de infección de las vías biliares, fué recomendado, sobre todo, por Kehr, en 1897. Los años siguientes, fueron usados en mejorar la técnica quirúrgica, y en adquirir la suficiente experiencia en esta clase de intervenciones.

Como hemos visto, la colecistectomía no fué aceptada, en un principio, por todos los cirujanos. Era una operación más seria, más enojosa, de mortalidad mucho más alta y su aplicación debía, por lo tanto, ser muy limitada. Algunos cirujanos habían pasado de la colecistostomía a la *colecistotomía*, procedimiento que consistía en incindir la vesícula, extraer los cálculos y cerrar inmediatamente aquel órgano, abandonándolo en la cavidad abdominal. Courvoisier, uno de los primeros en proponer esta intervención, llamada por algunos *"colecistotomía ideal"*, la había designado con el nombre de *"colecistendisis"* (1884). Pero no era un procedimiento que podía recomendarse en todos los casos indistintamente; en no pocos se vió que las suturas podían ceder y producirse la muerte del enfermo, por el escape de la bilis al peritoneo. La colecistotomía se plantea en la actualidad, sólo por excepción; para efectuarla, las paredes de la vesícula debían estar sanas, debía contener pocos cálculos, y, por sobre todo, los conductos profundos debían estar bien permeables. Por el temor a la ruptura de la vesícula, por repleción de ella, Czerny había recomendado la "cistopexia", o sea la fijación de la parte suturada de ella en forma extraperitoneal. En la práctica, muy pocas veces se encontraban reunidos todos estos requisitos para la colecistendisis; se volvió entonces nuevamente a darle preferencia a la cistostomía, y más tarde a la ectomía.

Con el mejoramiento de la técnica quirúrgica y la mayor experiencia adquirida, algunos cirujanos empezaron a buscar una solución al problema que presentaban aquellos casos de ictericia crónica, producidos por una estrechez o por una oclusión cicatricial del colédoco, así como cuando este conducto experimentaba una compresión debida a una neoplasia o una induración del páncreas. Para dar salida a la bilis estancada hacia el intestino, Winiwarter, Kappeler y Mayo Robson, establecen una anastomosis entre la vesícula y el duodeno, en la misma forma en que años antes Woelfler había practicado la gastroenterostomía. Es la *colecisto-duodenostomía*, que no trata ya, como las demás operaciones que hasta entonces se habían ejecutado sobre las vías biliares, de suprimir el obstáculo que se opone a la libre circulación de la bilis, sino de producir una derivación de ella. Si el duodeno era poco movible, podía también dirigirse la bilis hacia el estómago (*colecisto-gastrostomía*) o, lo que era menos recomendable, hacia el yeyuno (*colecisto-yeyunostomía*). La elección de una u otra de estas operaciones, dependía, naturalmente, de las condiciones de cada caso. En aquellos en que no existía permeabilidad entre las vías biliares profundas y la vesícula, y no podía suprimirse el obstáculo en el colédoco, se recurrió a otros procedimientos para proporcionar a la bilis una nueva vía, la *colédoco-duodenostomía*, que podía efectuarse desde afuera, o bien en forma transduodenal, y la *hépato-duodenostomía*.

Muchas son las variantes de estas intervenciones básicas sobre las vías biliares, que hemos enumerado y que no podemos mencionar, para no salirnos del margen que hemos trazado a nuestra exposición, y muchos son, también, los nombres de grandes cirujanos que contribuyeron al enorme desarrollo de esta importante rama de la cirugía abdominal. Son conocidos de todos, los nombres de Kocher, Lawson Tait, Mayo Robson, Koerte, los hermanos Mayo, Courvoisier, Riedel, Crede, Winiwarter, Moyniham, Socin, Quenú, Río Branco y tantos otros, íntimamente ligados al desarrollo de la cirugía biliar; pero son dos los nombres que merecen recordarse en especial: Langenbuch, el iniciador espiritual y verdadero fundador de ella, y Kehr, su entusiasta adepto, a quien cupo el honor de llevar muchas de las ideas de su maestro a la realidad.

Hemos visto cuál era el estado de la cirugía de las vías biliares, a fines del siglo pasado, cuando ella se iniciaba en nuestro país. Ya desde 1893, se había notado en nuestro ambiente quirúrgico, un creciente interés por la naciente cirugía abdominal. Desde aquel año hasta 1900,

aparecen en nuestra Revista Médica, una serie de publicaciones, correspondencias de Europa, traducciones y notas, que dicen relación con la cirugía abdominal, que, en países más avanzados que el nuestro, hacía progresos cada vez más sorprendentes. En los últimos años del siglo, este interés se vuelve hacia la cirugía de las vías biliares; aparecen en nuestra literatura, los nombres de Lawson Tait, Courvoisier, Langenbuch, Kocher, Kehr, Koerte, William Mayo, en relación con esta rama de la cirugía abdominal. Antes de fines del siglo, se habían practicado ya entre nosotros, algunas colecistostomías, en la clínica de Barros Borgoño; pero habían sido en su mayoría, operaciones de necesidad, por empiemas de la vesícula biliar. *La verdadera cirugía de las vías biliares, nació en nuestro país con la primera colecistectomía practicada por Lucas Sierra, en 1899.* "Nuestros primeros fracasos con la " colecistostomía, nos hicieron modificar nuestras tendencias conser- " vadoras; el primer éxito operatorio en las vías biliares, lo obtuvimos " con una colecistectomía y coledocotomía a la vez", escribía el maestro, en 1900. *En realidad, por una rara casualidad, la primera operación feliz en las vías biliares, ejecutada en Chile, fué también el primer caso de coledocotomía*

Se trataba de una enferma de 34 años, madre ya de doce hijos, que había sufrido una serie de crisis dolorosas, desde los trece años. En 1899, le sobrevino un ataque muy agudo, complicado de ictericia y que se repetía cada ocho días, con intensidad siempre creciente. La ictericia era muy profunda y el enflaquecimiento, así como la debilidad en que se encontraba en Octubre de aquel año, cuando entró al servicio de Lucas Sierra, eran considerables. Se diagnosticó una colelitiasis con obstrucción del colédoco e infección de las vías biliares; la enferma tenía 39 grados de fiebre. El 13 de Octubre, ayudado por Marcos Donoso y Javier Valenzuela B., Lucas Sierra procedió a hacer la colecistectomía y, en seguida, la abertura del colédoco, pues había en él un grueso cálculo enclavado. Se operó por incisión en la línea media. La vesícula no era muy grande, pero con sus paredes engrosadas y estaba llena de cálculos. El colédoco se suturó en dos planos; se dejó sólo un pequeño drenaje en el abdomen. "No tuvimos otras dificul- " tades",—escribe Lucas Sierra, en 1905—"que las que eran inheren- " tes, en aquella época, a la profundidad en que se operaba. Mayo " Robson no había introducido todavía el cojín de arena, que, colocado " en la región lumbar, aproxima tanto los órganos a la superficie".

Vargas Salcedo recuerda, al comentar esta valiente operación, la modesta Sala del Rosario del Hospital de San Borja, en que se realizó; instalaciones rudimentarias, apenas con los elementos más necesarios para practicar la asepsia. Transcribe lo que decía Lucas Sierra, en 1906, con motivo del comentario que hacía de 1,000 operaciones efectuadas en su servicio del Hospital de San Borja: "En una sala " estrecha y mal ventilada, se habían acumulado alrededor de una vul- " gar mesa de madera que servía de "mesa de operaciones", una fuente " pescadera, en que se hervían algunos instrumentos, un lavatorio " en que se colocaba el agua caliente que se preparaba en una gran " tetera, etc., etc. Irrigadores de ácido fénico, en profusión, unos " cuantos paquetes de algodones impregnados en el mismo antiséptico " completaban aquella sala; así y todo, constituían el honor y orgullo " del establecimiento. Para la cirugía abdominal, se disponía de otra " sala especial que, fuera de estar a unos cuantos metros de altura, " y de permitir gozar del hermoso panorama de nuestra Cordillera, no " presentaba mayores garantías. Dos salas en que podían permanecer " las enfermas hasta siete días, completaban, junto con una cuidadora, " todo el lujo del Pabellón de Laparatomía, como enfáticamente se le " designaba en el Hospital".

Este era el modesto ambiente en que no sólo se ejecutaron las primeras operaciones biliares en Chile, sino también muchas de las demás intervenciones abdominales que, con el advenimiento de la antisepsia y asepsia, habían entrado de lleno al dominio de la cirugía.

La primera enferma operada de colecistectomía, había tenido una convalecencia sin incidente alguno que valga la pena recordar. Sierra, presenta personalmente esta primera observación, al año siguiente de la intervención, en 1900, a la *Sociedad de Cirugía de París*, y surge nuevamente la cuestión tan debatida en ocasiones anteriores, sobre el mejor tratamiento de los cálculos del colédoco. Eran pocos, todavía, los cirujanos europeos que habían efectuado coledocotomías, y la experiencia personal de muchos de ellos, era nula o muy pequeña. Sólo cinco años después, en Septimbre de 1904, Lucas Sierra practica la segunda coledocotomía, también con éxito; pero esta vez ya en franca oposición a muchos médicos de la capital, que consideraban la intervención demasiado grave y aún innecesaria, a pesar de los sufrimientos de la desgraciada enferma. Había nacido, también, entre nosotros, al igual que en Europa, una intensa corriente en contra de las operaciones sobre las vías biliares. Nada nos dicen nuestras revistas médicas de aquellos

años, sobre los primeros fracasos de la cirugía biliar; seguramente los hubo y, muy probable, en mayor escala y proporción que hoy día, pero sin publicarse. Se supo de ellos y nació, sobre todo entre los internistas, la oposición muy tenaz, en los primeros años, contra las intervenciones sobre las vías biliares.

En la sesión de Junio de 1902, de la Sociedad Médica, Sierra presenta, nuevamente, la observación de una enferma que había sufrido de frecuentes cólicos hepáticos, desde hace cuatro años, y como no había obtenido ninguna mejoría con el tratamiento médico, se decidió a la intervención quirúrgica. Sierra presenta una inmensa vesícula biliar, que contenía una cantidad considerable de cálculos blanquecinos. Había extraído esta vesícula, "por un procedimiento que da la curación " definitiva, es decir, la extirpación total, que no tiene consecuencias " perjudiciales para el paciente". Asistía a esta sesión, Mauricio Brockmann, posteriormente uno de los más eminentes profesores de medicina interna de nuestra Escuela de Medicina. En la discusión consecutiva a la presentación de la observación de Lucas Sierra, manifiesta que no hay todavía uniformidad de opiniones, ni entre los cirujanos, ni entre los médicos, respecto del tratamiento de los cálculos biliares. Marca con esto, el principio de una serie de discusiones, frecuentemente vivas y apasionadas, que se repiten cada par de años y que culminan en 1915, año en que las discusiones acerca del tratamiento de la "infección biliar" (término que había sido aceptado recientemente), son particularmente sostenidas y acaloradas. La mayoría de los cirujanos, insisten en la operación precoz, aunque reconocen que la indicación operatoria nunca es tan urgente como en la apendicitis aguda. Los internistas, resisten la operación y protestan contra el intervencionismo exagerado. Los cirujanos, a su vez, culpan a los internistas que no se dan el trabajo de estudiar y conocer los resultados verdaderamente brillantes de la cirugía de las vías biliares, que tienen, todavía, ideas rancias sobre ella, y que con frecuencia desesperante entregan los enfermos, ya profundamente agotados por la fiebre, la infección y "toda la serie de tratamientos, los unos más ineficaces que los otros". Los internistas hacen mucho hincapié en la elevada mortalidad y en que muchos enfermos operados de cálculos biliares, vuelven, en un alto porcentaje, a sufrir de cólicos hepáticos. Insisten en que están muy lejos de llegar con su conservantismo, "hasta el cultivo de la muerte", como se había dicho en el calor de la discusión; pero dudan

de la bondad de los procedimientos quirúrgicos, porque no existía en Chile, estadística que pudiera probarla.

Intervienen en estas discusiones en el seno de la Sociedad Médica, las más destacadas figuras de la medicina nacional de aquellos años, muchas de ellas ya desaparecidas: Lucas Sierra, García Guerrero, David Benavente, González Cortés, Mauricio Brockmann, Emilio Aldunate, Prado Tagle, H. García Huidobro, Vargas Salcedo, Arturo Mardones y otros. Juzgando con el criterio desapasionado del que observa desde lejos, no resulta difícil, treinta o cuarenta años más tarde, cuando el concepto sobre la infección biliar ha sufrido ya muchas transformaciones, formar un juicio sobre cuál de los dos bandos, cirujanos o internistas, estaban en la razón. Uno de estos últimos había dicho, que la mortalidad de los operados sobre las vías biliares, era aterradora. Y en esto, nos parece que no estaba muy lejos de la verdad. Para los cirujanos actuales, resulta difícil concebir cómo, en aquellos años, en una época en que la cirugía no era todavía entre nosotros una ciencia comparativamente segura, podían efectuarse intervenciones sobre las vías biliares, una de la más difíciles ramas de la cirugía. Salvo honrosas excepciones, los cirujanos no habían alcanzado todavía el criterio necesario, ni la habilidad perfecta, que se requieren para esta clase de intervenciones. Operaban en mesas de operación incómodas, con instrumental inadecuado y luz insuficiente para ver en la profundidad, donde precisamente el cirujano encuentra las mayores dificultades durante la intervención, que suelen plantear los problemas más difíciles de técnica, especialmente en personas obesas, y donde aún hoy día, los cirujanos más experimentados no están a salvo de errores fatales y de lesiones impremeditadas. El mismo Lucas Sierra nos refiere, en una de sus publicaciones, las condiciones defectuosas con que se operaba en la Sala del Rosario del Hospital de San Borja, en donde han nacido tantas de las grandes intervenciones abdominales, entre nosotros. Todo esto tiene, como es natural, que haber influído en forma bastante desfavorable en el resultado final, dando un promedio elevado de mortalidad y una alta frecuencia en las recidivas, debido a los cálculos *olvidados* en las vías biliares profundas. A esto había que agregar, y en ello tenían razón los cirujanos, que la mayoría de los enfermos llegaban a sus manos, en malas y a veces pésimas condiciones, agotados por sus sufrimientos, cuando no se podía asegurarles ya un éxito operatorio, lo cual, no pocas veces era, naturalmente, debido también a la ignorancia de los mismos enfermos y del público y a su

aversión a las operaciones. Un internista negaba aún la gravedad de la afección, y se basaba para ello, en una estadística de autopsias de 258 casos, publicada, entonces, por el profesor Westenhoeffer; sólo uno había fallecido por empiema de la vesícula, y, en estos casos era precisamente que todo el mundo, cirujanos e internistas, aconsejaban el tratamiento quirúrgico. Otro eminente internista, se refería a la opinión sustentada por Ritter, en una revista alemana del año 1906, y que había sido duramente rebatida en Alemania, por Kehr, Riedel y otros cirujanos. Ritter aseguraba, que de 4,000 enfermos litiásicos que él había observado en Karlsbad, no había uno sólo que necesitara operación, y que ni el médico más ocupado del Balneario, tenía necesidad de sacar su jeringa para calmar un cólico. Pero, decía el internista, debemos confesar que de esta opinión a la realidad, hay mucha diferencia. Un cirujano, en otro de los debates, opinaba que los médicos habían defraudado las expectativas de la Sociedad Médica, por haberse limitado a atacar, en forma ardorosa y apasionada, al tratamiento quirúrgico.

Pero todas estas discusiones, interesantes y acaloradas a veces, fueron de gran utilidad, porque difundieron y vulgarizaron nuevos conocimientos, procurando siempre uniformar el criterio de los cirujanos y de los médicos. La lucha fué haciéndose más suave y tranquila, y, con el transcurso de los años, se vió que el disentimiento en opiniones, era en realidad más aparente que real. "En definitiva, — decía Mauricio Brockmann en 1916— "el problema de la litiasis biliar, es un " problema de diagnósticos: sabiendo interpretar bien la forma de qué " se trata, la indicación terapéutica se desprende sola". Todas las complicaciones de la litiasis de las vías biliares, el empiema de la vesícula, la hidropesía de ella, la obstrucción del colédoco, la angiocolitis, el cáncer vesicular, etc., son hoy día del dominio del cirujano; ya no sucede como en aquellos años, que se solicite su ayuda nada más que en casos que presentan complicaciones apremiantes. Sin embargo, el acuerdo entre internistas y cirujanos, no es, todavía, de ninguna manera perfecto. Si ambas partes aceptan que las enfermedades de las vías biliares pertenecen, hoy como ayer, tanto a la Medicina como a la Cirugía, existe, todavía, un amplio campo en que las indicaciones operatorias son muy relativas. Los internistas aducen, que las intervenciones sobre las vías biliares, presentan aún una mortalidad demasiado alta; que existe un número extraordinario de portadores de cálculos, que no sufren de molestias o sólo han tenido uno que otro cólico, lo que evidencia la posibilidad de la curación de la litiasis. Ya Riedel había dicho,

que no debemos olvidar, que si todo portador de cálculos biliares tuviera dolores, se haría imposible la vida de sociedad, en iglesias, teatros u otras asambleas: no se oirían más que lamentos. El número de las recidivas, es, según los internistas, todavía apreciable. En el Congreso celebrado en Vichy, en 1932, la mayoría concordaron que un 50% de los colecistectomizados, no se benefician con la intervención, porque la colecistitis no es, en realidad, otra cosa que parte, podría decirse la exteriorización de un proceso mórbido que afecta todo el árbol biliar. Estas son las más importantes, de las múltiples objeciones que se han hecho a las operaciones de las vías biliares. Sin embargo, los médicos están de acuerdo con los cirujanos, en lo que Naunyn ya había insistido, que hoy por hoy no es posible aceptar, ni se ha dado la prueba, de que existe realmente medio alguno capaz de disolver los cálculos biliares, y, en consecuencia, no hay que contar con ese pretendido y deseado medio de curación.

En los dos últimos decenios, las ideas médicas y quirúrgicas, se han armonizado más y más. Los cirujanos se han hecho más internistas, y los internistas más cirujanos. Con una mejor indicación operatoria, estos últimos han visto mejorar, también, sus estadísticas, y la mayoría de los enfermos se operan hoy día, con un mínimo de riesgo y un máximum de expectativas de una curación radical. A una época durante la cual numerosos cirujanos, tanto en el extranjero como entre nosotros, llevaron muy lejos la indicación de la intervención quirúrgica en las vías biliares, sigue la época actual, en que se observa cierto retraimiento en lo relativo al tratamiento quirúrgico de la litiasis no complicada. Todavía existen, naturalmente, criterios más o menos radicales; pero la mayoría de los cirujanos aceptan que sólo deben operarse aquellos enfermos que han sufrido repetidos ataques y en los cuales el tratamiento médico no ha dado resultado alguno, o cuando la frecuencia y gravedad de ellos, disminuyen la capacidad para el trabajo y para el goce de la vida.

Con la perfección que se ha alcanzado en la técnica de la laparatomía y en las intervenciones sobre las vías biliares, el porcentaje de mortalidad ha bajado notablemente; ya a principios del siglo, era alrededor del 5%, en manos de cirujanos como Mikulicz, Koerte, los hermanos Mayo, Mayo Robson, Kocher, etc. Kehr, al publicar en 1905 el resultado de sus primeras 1,000 intervenciones, decía que la mayor parte de los operados de cálculos biliares, si mueren, no es por la operación, sino a pesar de ella, porque la enfermedad ha tomado un

carácter maligno, y porque los enfermos, como desgraciadamente también los médicos, muy a menudo, se resuelven demasiado tarde a la operación.

Dada la enorme importancia y extensión del problema quirúrgico de las vías biliares, no podemos nosotros, en una revisión histórica tan general, entrar a considerar cada uno de sus problemas en particular. Existen, aun hoy día, algunos puntos en que los mismos cirujanos no están de acuerdo entre sí. Algunos recomiendan la intervención, en la crisis aguda, mientras la mayoría cree más conveniente operar en un intervalo libre, o cuando los fenómenos más alarmantes comienzan a declinar. En cambio, casi no se discute ya, sobre a cuál de las dos operaciones, la colecistectomía o la colecistostomía, debe darse la preferencia. Sin embargo, todavía en los dos primeros decenios de nuestro siglo, la colecistostomía tuvo defensores de tanto mérito, como los hermanos Mayo, de Rochester; Mayo Robson, Czerny y otros. Fueron, sobre todo, los cirujanos alemanes, los que desde un comienzo insistieron en la colecistectomía y se hicieron defensores de ella y de la coledocotomía, para evitar las recidivas; mencionaremos entre ellos a Kehr, Koerte, Kocher, Kümmel, Garré. *La colecistostomía ha tenido que ceder, ante la evidencia de los hechos, y sólo excepcionalmente debe dársele la preferencia a la ectomía.*

Desde el año en que se practicó por primera vez una colecistectomía en nuestro país, (1899), la cirugía biliar ha sido objeto de constantes preocupaciones en nuestros centros quirúrgicos. Nos hemos referido ya a los extensos debates de la Sociedad Médica, durante el período inicial de la cirugía biliar, en que los resultados operatorios eran pobres, por la falta de preparación de los cirujanos y las malas condiciones técnicas con que había que operar a enfermos, ordinariamente, agotados por el sufrimiento y la infección.

Desde principios del siglo, se puede observar entre nosotros un aumento constante, lento en el primer decenio y más rápido en los siguientes, del número de enfermos operados sobre las vías biliares. El mejor conocimiento de la anatomía, fisiología y patología del aparato biliar; la técnica perfeccionada, la mejor indicación operatoria, son todos factores que contribuyeron a vulgarizar estas intervenciones, a tal punto, que hoy día son de las más frecuentes y se practican en todos los hospitales y clínicas quirúrgicas, de un extremo a otro de la República. Muchísimas publicaciones, en los últimos decenios, han

contribuído a difundir más el conocimiento de la infección biliar en Chile; se han escrito un gran número de tesis de licenciatura, relacionadas con la afección que nos ocupa, muchas de ellas referidas en nuestro índice bibliográfico. Fué tema oficial en el Primer Congreso de Cirugía Chilena, celebrado en Valparaíso en 1924, bajo los auspicios de la Sociedad de Cirugía de Chile, y fueron sus relatores, Lucas Sierra y Guillermo Münnich. Vuelve a ser tratado en la Segunda Semana de la Experiencia Quirúrgica, en 1933, organizada por la Sociedad de Cirujanos de Hospital, siendo esta vez los relatores oficiales Alvaro Covarrubias y Emilio Aldunate.

A las primeras operaciones en las vías biliares ejecutadas en la clínica de Barros Borgoño, siguieron luego otras, y antes de 1910 habían sido ejecutadas ya, seguramente, mucho más de un centenar en las diversas clínicas y hospitales de la República. En 1916, la experiencia en los servicios de Lucas Sierra, llegaba ya a más de 200 operaciones, de las cuales 70 habían sido practicadas en los dos últimos años. Interesante es referir, cómo se descomponen estas últimas intervenciones: la colecistectomía había sido practicada 41 veces; la colecistostomía, 24 veces; y la colecistotomía ideal, 5 veces. Se estaba en pleno período de transición, y no se habían reconocido todavía, en todo su valor, las ventajas de la ectomía. "En Chile, nuestras 332 primeras operaciones en vías biliares",—decía en una de sus publicaciones Lucas Sierra— "comprendiendo en ellas las colecistitis supuradas, gangrenosas, o las " peritonitis concomitantes, nos dieron una mortalidad general de 7,6%". En cambio, en las primeras colecistectomías registradas en la tesis de licenciado de Julio César Valenzuela, del año 1903, *"Colaboración al estudio de la colecistectomía"*, la mortalidad había sido todavía de 22%.

Entre los años 1920 y 1935, el número de operaciones en las vías biliares se había multiplicado con gran rapidez, en la clínica de Sierra del Hospital de San Vicente, llegando en este lapso señalado, a 513, de las cuales ya 503 fueron colecistectomías. La ostomía, tan en boga en años anteriores, había sido relegada definitivamente a un rango muy inferior. *"Después de 1916, la colecistostomía en nuestra práctica, no vive sino a expensas de las contraindicaciones de la colecistectomía"*, decía Sierra en una de sus publicaciones. La mortalidad en esta serie de intervenciones, había bajado a 5,6%. Uno de los ayudantes de Sierra, Ernesto Molina, llevó a la Sociedad de Cirugía de París, en 1924, su estadística personal de operaciones en las vías biliares. 219 colecistectomías, le daban una mortalidad de 4,8%, y las coledocotomías, 11%.

Pero no todas las estadísticas referidas en nuestra literatura, mostraban un porcentaje de mortalidad tan bajo. En el segundo decenio de nuestro siglo, encontramos todavía algunas, en que el porcentaje había llegado al 20 y a un 33%, cifra que comparada con la mortalidad total del servicio a que se refería, que era del 6 al 7%, resultaba muy elevada.

También en algunas ciudades de provincias, la cirugía de las vías biliares, se había incorporado definitivamente a los servicios de cirugía, a partir de 1905 a 1910. En Valparaíso, son los doctores Klickmann, Fiedler, Münnich, Cádiz y otros, que la inician. Conrado Fiedler, es, probablemente, el primero en ejecutar una coledocotomía en esta ciudad, por los años 1905 a 6; Guillermo Münnich, ejecuta en 1906 y 1908, las primeras colecisto-enterostomías, una de ellas retrocólica y con botón de Murphy. *Son éstas, tal vez, las primeras operaciones de derivación ejecutadas en Chile.*

En 1914, Vargas Salcedo presenta a la Sociedad Médica, algunos casos de colecistitis sin litiasis, en los cuales la ectomía había dado la curación. Hace, al mismo tiempo, un estudio crítico de las diversas incisiones: las verticales, recomendadas por los hermanos Mayo; la oblícua de Kocher; la en bayoneta, de Kehr, y recomienda, como primero entre nosotros, las incisiones transversales, que Sprengel había dado a conocer en el Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, del año 1910. Las había usado en sus últimas operadas, con muy buen resultado. A los pocos años después, en 1919, Vargas Salcedo, en una publicación aparecida en nuestra Revista Médica, hace un estudio anátomo-clínico de las diferentes variedades de los conductos biliares y de la arteria cística, cuyo conocimiento es tan necesario para el cirujano que desea evitar lesiones, a veces irreparables, del hepático y del colédoco.

La técnica quirúrgica que se ha seguido entre nosotros, ha sido, en los primeros años de la cirugía biliar, la indicada por la escuela alemana. En una lección de cirugía operatoria sobre esta técnica, Gregorio Amunátegui la estudia en un extenso trabajo, en 1905. Enumera los diversos procedimientos que, según el estado patológico existente, persiguen también diversos objetivos. Para la ectomía, recomienda la extirpación de la vesícula, desde su fondo hacia el cístico. Según Vargas Salcedo, este método se practicó más o menos hasta 1910, después de esta fecha, se optó por la *ectomía retrograda*, que ordinariamente permite una intervención más reglada y que es la preferida hoy día, salvo dificultades especiales para el deslindamiento y la ligadura del cístico y de la arteria.

Humberto de Ramón hace, en 1920, en la clínica del Profesor Lucas Sierra, por primera vez entre nosotros, un estudio minucioso del *postoperatorio* de los enfermos, y a pesar de las grandes dificultades, tan conocidas, para seguir a los operados una vez dados de alta, logra reunir un buen número de observaciones, llegando a la conclusión: que un 70% había sanado radicalmente, que en un 16% persistían una serie de molestias, y que en un 14% había que considerar la operación como un franco fracaso. Como causa principal de estos fracasos en la colecistectomía, menciona la propagación de la infección al hígado y a los conductos biliares, y el olvido de cálculos en los conductos profundos.

Muchos y excelentes, son los trabajos de los últimos años sobre la afección que nos ocupa. Mencionaremos los de Vargas Salcedo, Alvaro Covarrubias, Guillermo Münnich, Leonardo Guzmán, R. de la Fuente, Vargas Molinare, Roberto Estévez, Alejandro Bravo, Ignacio González G., Rafael Daudet, Acevedo Davenport. En nuestras clínicas de Medicina Interna, este capítulo tan nutrido de la patología, ha sido objeto de estudios detallados; debemos recordar, especialmente, las magníficas contribuciones de los profesores González Cortés y Prado Tagle, y de sus colaboradores.

Del conjunto de todas estas publicaciones, se desprenden muchos hechos de gran importancia; nos referiremos, finalmente, a uno de ellos: la *frecuencia* de la afección entre nosotros. Ya en 1915, Hernán G. Huidobro, escribía, que más del 9% de las enfermas del servicio de Lucas Sierra, padecían de una afección de las vías biliares. Nos hemos referido, al principio de este capítulo, a algunas cifras estadísticas, para precisar la frecuencia de la litiasis en Chile. Muñoz Hidalgo, del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Borja, publica, también, en 1936, un estudio a este respecto, comprobando que entre un total de 2,400 autopsias practicadas en serie, sin selección alguna, 668, o sea casi un 30%, presentaban cálculos en la vesícula. Para mayor precisión, Vargas Molinare hizo cotejar los antecedentes clínicos de 200 casos, tomados al azar. De los que habían sido sometidos a un buen estudio anamnéstico, un 67% no presentaban antecedentes clínicos biliar alguno. Viene a confirmar esto, además de la enorme frecuencia de la afección, lo que había dicho ya v. Bergmann, que *un alto porcentaje de portadores de cálculos, no presentan manifestaciones clínicas, ni siquiera discretas*. Muchas publicaciones más, confirman, entre nosotros, que el porcentaje de morbilidad de la calculosis de las vías biliares,

oscila entre 6 y 8%, y es aún más alta en los enfermos de afecciones quirúrgicas. *Podemos decir, sin exagerar, que la colecistitis es una de las afecciones abdominales quirúrgicas más frecuentes, casi tan frecuente como la apendicitis, y que es, por lo tanto, un verdadero problema de patología nacional.* Fuera de las causas ya mencionadas, la vida sedentaria de nuestra población, la poca higiene alimenticia, la estitiquez, etc., el profesor Grant Benavente, de la Universidad de Concepción, culpa, además, a una proporción enorme de *colesterina*, de las grasas que se consumen en nuestra alimentación; proporción que sería mucho más alta que la que dan los investigadores europeos.

A principios del siglo, Dieulafoy había llamado la atención, sobre la gran frecuencia con que la colecistitis se acompaña de una *apendicitis crónica;* hecho que ha sido confirmado por innumerables clínicos y anátomo-patólogos. Entre nosotros, ha sido Lucas Sierra el que, influenciado por los trabajos del gran clínico francés, fué el primero en llamar la atención sobre esta correlación tan frecuente de ambas afecciones. Uno de sus internos, J. Alvarado, publicó en 1909, las primeras observaciones bien precisas al respecto. Por la posibilidad de tener que extirpar posteriormente un apéndice enfermo, la mayoría de los cirujanos practican hoy día, también entre nosotros, simultáneamente ambas operaciones, en la vasta mayoría de los casos, aunque no han faltado los que aseguran que hay en esto un poco de exageración.

El carcinoma primitivo de la vesícula y de las vías biliares, es también entre nosotros bastante frecuente, y ha sido observado en numerosísimos casos; en la gran mayoría, ha constituído una sorpresa operatoria. Casi siempre se había desarrollado en una vesícula calculosa o crónicamente inflamada, y en la mayoría se trataba de mujeres de más de 40 o 50 años.

El cuadro clínico de los tumores malignos primitivos de la vesícula biliar, fué descrito por primera vez, por Stolle, en 1777; Durand-Fardel, en Francia, en su "Tratado práctico de las enfermedades de los ancianos", presentan en 1873, el primer trabajo de conjunto sobre el cáncer primitivo de la vesícula biliar. *Entre nosotros se menciona por primera vez, en una comunicación de González Cortés, a la Sociedad Médica, en 1909.* La literatura médica nacional, cuenta además con varias publicaciones referidas en nuestro índice bibliográfico: Garretón Silva, en 1931; Víctor Montt, en el mismo año; Alessandri y Acuña,

en 1936; Acuña, Montt y Barahona, en 1936; Srta. Rubilar, en su tesis de 1937; Cornejo Garrido, en su tesis del mismo año; Adolfo Reccius, en 1940; Prado Tagle, O. Avendaño, José Ugarte y Renato Sanz, en 1942. Este último estudio que sirvió de tesis de licenciado a uno de los alumnos del profesor Prado Tagle, tiene como base el siguiente material: 29 observaciones clínicas de enfermos que fallecieron; 7 de enfermos sometidos a intervención quirúrgica, y 49 protocolos de necropsias, cuyas correspondientes observaciones clínicas no pudieron encontrarse. Pertenecen estas observaciones, a las clínicas de los profesores Alvaro Covarrubias, Vargas Salcedo, de Amesti, Hernán Alessandri y Ernesto Molina. Con respecto a la frecuencia del cáncer vesicular, los autores están más o menos de acuerdo que ocurre en el 3% de los individuos afectados de lesiones vesiculares crónicas. Garretón Silva, entre nosotros, da las cifras siguientes: (1931) de 3,200 enfermas atendidas en su servicio hasta esa fecha, 350 (12%) padecían de colecistitis crónica, y de éstas, 4, o sea el 1%, degeneró en cáncer vesicular.

Croizet (1930), obtiene las siguientes conclusiones de interés: de los cánceres digestivos, en mujeres el 34,2% lo constituye el cáncer vesicular, y el 36,9 el cáncer del estómago. En hombres, el cáncer gástrico ocupa un 67%, y el cáncer vesicular solamente un 1,5%. El resultado operatorio ha sido, posiblemente con algunas excepciones, hasta ahora muy pobre. Uno de los autores nacionales más arriba mencionados, recuerda una frase de Papin, quien decía: "el descubrimiento " de un cáncer vesicular en un antiguo litiásico, es una sorpresa de " operación, sorpresa feliz, porque los únicos cánceres de la vesícula " que curan quirúrgicamente, son aquellos que se extirpan sin haber " sido diagnosticados y ni aun sospechados".

Entre las muchas complicaciones de la litiasis biliar, debemos mencionar, finalmente, por ser una afección netamente quirúrgica, el *íleo colelítico o biliar*, complicación no excepcional y relativamente frecuente en Chile, dada la enorme frecuencia de la colelitiasis entre nosotros. Nuestra bibliografía cuenta con un buen número de observaciones. Los fenómenos de oclusión intestinal consecutivos al enclavamiento de cálculos biliares, son hechos conocidos desde hace ya mucho tiempo. Los primeros casos fueron observados y descritos en el siglo XVII; Van Swieten, Meckel y otros, le prestan su atención en el siglo siguiente. Posteriormente J. L. Petit, en su obra *"L'afection cal-*

culeuse du foie"; Cruveilhier, en su *"Anatomía Patológica"*; y Frerichs, en su clásico *"Tratado de Enfermedades del Hígado"*, citan y comentan también, varias observaciones. Pero el período quirúrgico de esta afección, empieza sólo en el último tercio del siglo pasado. Con el aumento del número de laparatomías practicadas con el advenimiento de la era antiséptica, y la mayor minuciosidad en las autopsias, aumenta también el número de casos de íleo biliar, y empieza a conocerse en mejor forma el cuadro clínico que determina. Los cirujanos han aprendido a pensar en el íleo biliar, si se trata de una mujer de edad con antecedentes biliares francos, si los accidentes obstructivos alternan con períodos de remisión, si el meteorismo es discreto y localizado. *En Chile Arturo Brandt, ayudante de la Clínica de Barros Borgoño, es el primero en publicar una observación de esta complicación de la colelitiasis, en 1901.* Lucas Sierra también dedica su atención, en 1905, a la perforación de la vesícula biliar al intestino, a la eliminación de enormes cálculos por vías naturales y a la posibilidad del íleo biliar.

Agustín Inostroza estudia la afección, en 1924, a raíz de algunos casos observados en la Asistencia Pública. Evaristo Jofré Herrera, logra reunir 7 observaciones clínicas, en su tesis del año 1925, pertenecientes a los doctores Marcos Donoso, Cristóbal Sáenz, Agustín Inostroza y Arnulfo Johow. En realidad, son muchos más los casos observados, pero no publicados. La exploración radiológica del íleo en general, ha facilitado en los últimos años, por la aparición de las imágenes hidroaéreas múltiples, el diagnóstico más precoz de la oclusión, sin poder precisar, naturalmente, la etiología de la misma. K. Behn, menciona también en su tesis *"Estudio Radiológico del Ileo"*, en 1945, algunos casos de íleo colelítico, operados en los servicios de Guillermo Münnich.

Si al final de este capítulo, volvemos nuestra mirada hacia atrás y contemplamos el camino de progreso recorrido en pocos decenios, por esta rama de la cirugía abdominal, no podemos más que estar admirados. De la colecistostomía, se había pasado a la colecistotomía ideal, con abertura de la vesícula biliar, extracción de los cálculos y sutura consecutiva. Langenbuch, ejecuta la colecistectomía, en 1882; dos años después, se abre el colédoco en su porción supraduodenal, y al poco tiempo, en su porción retro e intraduodenal. En los casos en que no podía suprimirse el obstáculo que se opone a la libre circulación de las bilis, se recurre a las operaciones de derivación, la colecisto-

enterostomía, y más tarde, a la colédoco y hépato-duodenostomía. Miles de enfermos se benefician anualmente, en los hospitales y clínicas del mundo entero, con estas intervenciones que, en un lapso tan corto, han alcanzado un desarrollo y una perfección nunca soñada por los que fueron los iniciadores de la cirugía en las vías biliares.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO DAVENPORT, E. CORNEJO GARRIDO, G. Resultados alejados de la cirugía biliar. Rev. Méd. 1939.—ACUÑA, M. MONTT, V. BARAHONA.— Cáncer vesicular perforado al duodeno. Rev. Méd. 1936.—AHUMADA, JORGE. Litiasis biliar. Tesis, 1942.—ALESSANDRI, H: Diagnóstico y tratamiento de la ictericia. Rev. Méd. 1941.—ALESSANDRI, H. DUCCI, H. Diagnóstico diferencial de los cuadros ictéricos. Rev. Méd. 1943.—ALESSANDRINI, ITALO. Colecistografía. Bol. Soc. Circ. 1925.—ALESSANDRINI, Italo. De las colecistografías en las colecistitis. Rev. Méd. 1926.—ALVARADO W., J. Comentarios sobre algunas particularidades de importancia, a la técnica de las observaciones biliares. Rev. Méd. 1919.—AMUNÁTEGUI, GREGORIO, Cirugía de las vías biliares. Rev. Méd. 1905.—ARANEDA BRAVO, SERGIO. Tratamiento quirúrgico de la litiasis del hepato-colédoco. Rev. Méd. 1945.—ARMAS CRUZ, R. El problema diagnóstico de la ictericia. Rev. Méd. 1936.—ARMAS CRUZ, R. Sobre el diagnóstico diferencial de la ictericia. Rev. Méd. 1946.—ARRIAGADA, DAGOBERTO. Consideraciones sobre las colecistitis. Bol. Soc. Cir. 1934.— BARROSO CID, EXEQUIEL. Lambliasis en la infancia. Tesis, 1941.—BEHM JIMÉNEZ, JOSÉ. El colecistograma y su aplicación al diagnóstico funcional de las vías biliares. Tesis, 1939.—BENNEWITZ D., LUCY. La reacción de Brugsch y su importancia clínica. Tesis, 1930.—BRAVO ALEJANDRO. La litiasis aguda y su tratamiento quirúrgico. Anales, 1935.— BROCKMANN, M. Tratamiento de la colitiasis. Rev. Méd. 1904.—BROCKMANN, M. Discusión sobre litiasis biliar. Rev. Méd. 1915.—CHATEAU, G. Contribución al estudio de la bacteriología de la vesícula biliar. Tesis, 1930.— COGHLAN, H. Estudio radiológico de la vesícula biliar Tesis, 1929.—CORNEJO GARRIDO, C. Cirugía biliar. Tesis 1937.—COVARRUBIAS, ALVARO. Consideraciones sobre 283 intervenciones en las vías biliares Rev. Méd. 1927.—COVARRUBIAS, ALVARO. Infección biliar. Rev. Méd. 1927.—COVARRUBIAS, ALVARO. A propósito de los cálculos del colédoco. Bol. Soc. Cir. 1931.—COVARRUBIAS, ALVARO. ALDUNATE EMILIO. Cirugía de la vesícula biliar. Anales, 1935.—COVARRUBIAS, ALVARO. Litiasis del colédoco. Rev. Méd. 1945.—CRUZAT, EMILIO. Estudio sobre la mortalidad por el cáncer, en Chile. Anales de la Universidad, 1930.—DAUDET, RAFAEL. Algunas consideraciones clínicas, sobre la colecistitis y su tratamiento. Anales, 1935.—DE AMESTI, FÉLIX. Colangiografía post-operatria. Rev. Med. 1940.—DE AMESTI, FÉLIX. Tratamiento quirúrgico de la litiasis del colédoco. Rev. Méd. 1945.—DE LA CERDA, LUIS. Colecistitis, Colelitasis. Tesis, 1927.— DE LA FUENTE, R. Cirugía de las vías biliares. 1.er Congreso de Cirug. Nac. Valparaíso, 1924.—DE RAMON, HUMBERTO.—Resultados post-operatorios de

las intervenciones en las vías biliares. Tesis, 1920.—Donoso Infante, Alberto Zelis Meyer, Roberto. Huidobro T., Fernando. Colangiografía retrógrada Rev. Méd. 1939.—Donoso G., Pablo. Colecistografía oral fraccionada. Tesis 1938.—Donoso G., S. Contribución al estudio de la lambliasis. Tesis, 1930.—Ducci, H. Barahona, R. Biopsia hepática. Rev. Méd. 1945.—Duval, Enrique. Colangiografía post-operatoria. Rev. Méd. 1945.—Estévez, Roberto. Comentario sobre cirugía de las vías biliares. Bol. Soc. Cir. 1936.—Fernández Ballas, W. Nuevas contribuciones sobre la patogenia de las retenciones biliares. Rev. Méd. 1924.—Figueroa Castro, Jorge. Estomía y ectomía de la vesícula biliar. Tesis, 1917.—Gajardo Tobar, Roberto. La distomatosis hepática. Med. Mod. —Gallardo Carmona, Ramon. Colesterinemia. Tesis, 1920.—García Palazuelos, Pedro. Donoso, Pardo. La colecistografía por el método oral fraccionado. Rev. Méd. 1938.—Garreton Silva, A. Sobre el cáncer primitivo de la vesícula biliar. Rev. Méd. 1931.—Garreton Silva, A. Cáncer primitivo de la vesícula biliar. Rev. Méd. 1940.—González Cortés, E. Litiasis complicada de carcinoma de las vías biliares. Rev. Méd. 1909.—González Cortés, E. Indicaciones operatorias de la apendicitis aguda, crónica y litiasis biliar. Rev. Méd. 1915.—González Cortés, E. Consideraciones sobre algunas afecciones hepáticas. Rev. Méd. 1915.—González Cortés, E. Yazigi, Raúl. Spencer, Augusto. Colecistopatías.—González Ginouvez, Ignacio. Algunas consideraciones sobre cirugía biliar. Anales, 1935.—González Ginouvez, Ignacio. Los resultados de la colecistectomía. Bol. Soc. Cir. 1937.—Grant, Guillermo. Consideraciones acerca de un caso de colecistitis. Rev. Méd. 1924.—Heegewaldt, Erich. Ansola, José. La ingestión oral del iodekon en solución, en la práctica de la colecistografía. Rev. Méd. 1930.—Huidobro, Hernán. Litiasis biliar. Rev. Méd. 1915.—Inostroza, Agustín. Ileo biliar. Bol. Soc. Circ. 1924.—Jofré Herrera, Evaristo. Contribución al estudio del íleobiliar. Tesis, 1928.—Larraín, Eduardo. La colangiografía post-operatoria. Tesis, 1943.—Mardones, Arturo. Discusión sobre tratamiento de las afecciones biliares. Rev. Méd. 1915.—Matus, Manuel. Colecistitis crónica y distomatosis hepática. Bol. Soc. Cir. 1924.—Meza Oliva, F. Tratamiento dietético de la litiasis biliar.—Munnich, Guillermo. Cirugía de las vías biliares. 1.er Congreso Nac. de Cirugía, Valpso. 1924.—Munnich, Guillermo. Reccius, Adolfo. Cirugía de las vías biliares. Temas de cirugía clínica, 1933.—Muñoz Gajardo, Pedro. La colédocotomía. Tesis, 1906.—Neghme, A. Ossandon, M. Distomatosis humana hepática y errática. Rev. Méd. 1942.—Ortúzar, Ramon. Valdés, Rodolfo. Diagnóstico diferencial de las ictericias. Rev. Méd. 1945.—Prado Reyes, Caplán A. Colelitiasis, diagnóstico radiográfico. Bol. Soc. Cir. 1923.—Prado Tagle, E. Algunas consideraciones sobre el papel del médico y del cirujano, en las apendicitis y litiasis biliares. Rev. Méd. 1915.—Prado Tagle, E. Colangitis lenta Colédococistitis lenta. Rev. Méd. 1924.—Prado Tagle, E. Litiasis biliar sindroma entero-vesicular. Arch. de su Clínica, 1927.—Prado Tagle, E. Litiasis biliar. Rev. Méd. 1927.Prado Tagle, E. Avendaño Montt, O. Colecistopatías litiásicas. Arch. de la clínica médica, 1940-43.—Prado Tagle, E. Avendaño, O. Tumores malignos primitivos de la vesícula biliar. Rev. Méd. 1942.—Rencoret, Colangiografía post-operatoria. Rev. Méd. 1940.—Rodríguez González, A. Prat Echaurren, A. Lambliasis digestiva. Rev. Méd. 1940.—Rodríguez R.,

GUMERCINDO. La radiografía de la vesícula biliar y su interpretación en clínica. Tesis, 1927.—RUBILAR, L. Estudio anátomo-clínico del Ca. primitivo de la vesícula biliar. Tesis, 1937.—SALINAS ARIZ, Carlos. Visualización Radiológica de los Conductos Biliares y su Indicación Clínica.—SANZ DEL FIERRO, RENATO. Tumores malignos primitivos de la vesícula biliar. Rev. Méd. 1943.—SARALEGUI, J. A. Hallazgos radiológicos en la exploración de las vías biliares. Rev. Méd. 1938.—SIERRA, LUCAS. Cálculos biliares. Extirpación de la vesícula. Rev. Méd. 1900.—SIERRA, LUCAS. La apendicitis y las afecciones biliares. Rev. Méd. 1915.—SIERRA, LUCAS. Infecciones biliares. Rev. Méd. 1916.—SIERRA, LUCAS. La infección biliar. Anales de la Universidad, 1918.—SIERRA, LUCAS. El problema de la infección biliar, en Chile. 1.er Congreso Nac. de Cirug. Valpso. 1924.—SIERRA, LUCAS. A propósito del cincuentenario de la colecistectomía. Bol. Soc. Cir. 1932.—SIERRA, LUCAS. 33 años de cirugía de las vías biliares, en Chile. Rev. Méd. 1933.—TRUCCO, Hugo. Colecistectomía. Tesis, 1936.—URZÚA U., A. Nueva contribución al estudio de la lambliasis. Tesis, 1942.—VALENZUELA LARRAÍN, P. Estadísticas de operaciones biliares. Rev. Méd. 1916.—VALENZUELA, JULIO. Colaboración al estudio de la colecistectomía. Tesis,1903.—VARGAS MOLINARE, R. MENA R. I. Sondaje duodenal. Med. Mod. 1928.—VARGAS MOLINARE, R. Litiasis del colédoco. Rev. Méd. 1931.—VARGAS MOLINARE, R. ZELIS, ROBERTO. Las infecciones hepáticas en las afecciones de las vías biliares. Rev. Méd. 1937.—VARGAS MOLINARE, R. Infección biliar, su tratamiento quirúrgico. Rev. Méd. 1939.—VARGAS MOLINARE, R. Explicaciones sobre 116 casos de litiasis del colédoco. Rev. Méd. 1945.—VARGAS, SALCEDO, L. Colecistitis sin litiasis. Rev. Méd. 1914.—VARGAS SALCEDO, L. Un caso de hepato-duodenostomía. Rev. Méd. 1919.—VARGAS SALCEDO, L. La colecistectomía retrógrada y sus peligros. Rev. Méd. 1919.—VARGAS SALCEDO. La cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937.—VÉLEZ MARULANDA, A. Colecistitis crónica, su patogenia. Tesis, 1920.—VIVEROS, HUMBERTO. Nociones sobre amebiasis en Chile. Tesis, 1928.—WEHRHAHN R., ALEJANDRO. Estudio-colecistográfico de los cálculos de la vesícula biliar. Rev. Méd. 1932.—WILHELM, OTTMAR. Contribución al estudio de la lambliasis intestinalis, en la prov. de Concepción Bol. Soc. de Biol. de Concepción, 1942.—YAÑEZ, PARMENIO. Contribución al estudio estadístico de la zoo-parasitosis intestinal, en Chile. Tesis, 1930.—YAZIGI, RAÚL. GARCÍA, VICTORIA. Estudio clínico de la obstrucción biliar. Rev. Méd. 1936.—YAZIGI, RAÚL. Imágenes radiológicas de litiasis biliar. Rev. Méd. 1937.—ZAMORANO VELÁSQUEZ, FRANCISCO. Estudio radiológico de la vesícula y vías biliares. Tesis, 1937.—ZELIS MEYER, ROBERTO DONOSO INFANTE, ALBERTO. HUIDOBRO T, FERNANDO. Colangiografía retrógrada. Rev. Méd. 1939.

CAPITULO XIII

QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO

Los quistes voluminosos del hígado, llenos de agua, eran conocidos en la antigüedad, pero se ignoraba su naturaleza. Hipócrates y Galeno habían observado, sin duda, el equinococo en el hombre; pero solamente en los siglos XVI y XVII, con los progresos de la anatomía, las descripciones de esta enfermedad empiezan a ser más exactas. Hacia fines del último de estos siglos, habían sido observados ya un buen número de casos que, según algunos autores, no eran más que dilataciones de los vasos linfáticos. En 1767 Pedro Simon Pallas, de Berlín, estudió estas extrañas vesículas que se desarrollan en el hígado y pulmones de las ovejas, y reconoció que se trataba de seres organizados que tenían alguna relación con las tenias. Este descubrimiento fué confirmado luego por Goetze. En 1821 aparece, por primera vez, una descripción exacta del quiste hidatídico en el hombre, en el "*Tratado de los gusanos intestinales*" de Bremser, de Viena, y al año siguiente, Rendtorf describe un caso de equinococo desarrollado en el cerebro humano. La naturaleza especial de la hidatidosis, permanecía, sin embargo, desconocida y se ignoraba la identidad del equinococo del hombre y de los animales. Von Siebold pudo demostrar, en 1853, la evolución ulterior del equinococo; en efecto, alimentando a los perros con leche mezclada al contenido de los quistes hidatídicos, observó en las autopsias, que en el intestino de estos animales, se encontraba una tenia que apellidó *equinococus*. Van Beneden, Kuechenmeister y Leuckart, comprobaron posteriormente, también en Alemania, las experiencias de Von Siebold, llegando a la misma conclusión. Pocos años después las experiencias de Naunyn, Krabbe y Finsen, demostraban la identidad de los equinococos del hombre y de los animales.

Hasta mediados del siglo pasado, se conocían tres grandes focos en que la equinococcia reinaba en forma endémica: Islandia, Mecklenburgo y Australia, en cambio, en la tierra clásica del equinococo

del continente americano, la Argentina, científicamente era todavía desconocida. Con los trabajos clásicos de Boinet (1859), Davaine (1860), Diculafoy (1872), en Francia, y los autores ya nombrados en Alemania, fué conociéndose mejor la afección y rápidamente aumentaban las observaciones clínicas sobre la manera de comportamiento del equinococo en el hígado, órgano en el cual con mayor frecuencia se le encontraba, sus síntomas, su marcha, su terminación y su tratamiento. Pronto se vió que el quiste hidatídico abandonado a sí mismo, ordinariamente terminaba en una de estas dos complicaciones: la supuración o la rotura en los bronquios, el peritoneo, la pleura o el pericardio. El pronóstico era, por lo tanto, siempre grave, porque nunca podía contarse con una curación espontánea de la enfermedad, razón por la cual, desde mediados del siglo pasado, la mayoría de los autores estaban acordes que, en presencia de un quiste hidatídico del hígado, la intervención quirúrgica estaba siempre indicada, y que debía preferirse a la temporización con la esperanza de una curación espontánea.

Mientras se ignoraba la forma cómo se contagiaba el hombre, el tratamiento era meramente empírico y podía dirigirse solamente a destruir los quistes hidatídicos ya desarrollados. Habían sido ensayados un gran número de medicamentos, con la esperanza de detener su desarrollo. Laennec, había recomendado el cloruro de sodio; Hawkins, el yoduro de potasio; otros, el calomelano; pero nadie había podido comprobar la curación de un solo enfermo, con el uso de estas drogas. *Para sanar un quiste hidatídico, era necesario obrar directamente sobre él;* se había procedido de numerosísimas maneras, y esta multiplicidad de los procedimientos operatorios, era la mejor prueba de las considerables dificultades que ofrecía el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado. Durante la primera mitad del siglo pasado, la preocupación constante de los cirujanos, era la de obtener previamente las adherencias necesarias entre la superficie del quiste y la pared abdominal, que permitieran llegar directamente sobre el tumor, sin lesionar el peritoneo. El procedimiento de Récamier, respondía perfectamente a esta exigencia y tuvo mucha aceptación durante muchos años; consistía esencialmente en la escarificación de la pared abdominal, por medio de agentes cáusticos (potasa cáustica, pasta de Viena, pasta de cloruro de zinc, etc.). Cuando se tenía la seguridad de que se habían establecido las adherencias necesarias para evitar el derrame del líquido a la cavidad peritoneal o pleural, se procedía a la

incisión del quiste sobre la escara y al lavado de su cavidad. Este procedimiento que era excelente, no tenía más que un gran inconveniente, era largo y doloroso. Begin, en Francia, había sustituído los cáusticos por el bisturí, recomendaba seccionar todos los planos de la pared abdominal hasta el peritoneo, rellenando la herida, en seguida, con hilas. Graves, también optaba por esta *incisión en dos tiempos*, pero incindía también el peritoneo. En una segunda sesión, algunos días después, estos autores abrían la cavidad del quiste. Volkmann, en Alemania, había recomendado un procedimiento parecido. Pero aunque estos métodos eran más rápidos y menos dolorosos, no aseguraban siempre, como el de Récamier, la formación de buenas adherencias, y eran, por lo tanto, también más peligrosos.

Ya a mediados del siglo pasado, se habían observado accidentes graves, hasta casos de muerte, por la simple punción de los quistes; por esto, Boinet, en 1851, insistía en que debía comprimirse fuertemente con los pulgares el punto puncionado de la pared abdominal, contra el quiste, para impedir el escurrimiento de parte de su contenido a la cavidad abdominal. Después de retirar la aguja de punción, era también prudente aplicar un vendaje compresivo, y dejar el enfermo en cama acostado sobre su espalda en completo reposo, durante 24 a 48 horas. Récamier, Hawkins, Brodie, Boinet, Frerichs, todos autoridades en enfermedades del hígado, y otros, habían publicado observaciones en que una simple punción había, aparentemente, bastado para obtener la curación.

Pero pronto la mayoría de los cirujanos se convencieron, de la absoluta inutilidad de la simple punción. La aplicación de los aparatos aspiradores de Dieulafoy, Potain, etc., desde 1872, en el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, constituyó, indudablemente, un gran progreso, y el mismo Dieulafoy publicó numerosas observaciones de éxito con una sola punción aspiradora, y otras, en que las punciones habían sido repetidas, llegando a puncionarse en un solo caso trescientas veces. Pero los resultados no siempre eran favorables y, frecuentemente, las punciones repetidas producían la supuración del quiste. Durante muchos años, el procedimiento más usado era el de la punción del quiste seguida de inyecciones parasiticidas. Se había empleado con este objeto, la tintura de yodo, peligrosa por la violencia de reacciones que a veces determinaba, el alcohol, el sublimado, el sulfato de cobre, etc.; pero con los avances de la cirugía, el procedimiento también cayó en el olvido.

Los métodos más quirúrgicos, que todos tenían por objeto el buen drenaje de la cavidad quística, llevaban en un principio, en la era preantiséptica, la marca de su época. *La mayor preocupación del cirujano, era la de evitar la abertura del peritoneo; operaba bajo el terror a las serosas y por cualquier medio debía, previamente, obtener las adherencias entre sus dos hojas.* Con el advenimiento de la antisepsia, en el último tercio del siglo pasado, este terror al peritoneo se desvaneció. En el Congreso de la Sociedad de Cirujanos Alemanes en 1877, Volkmann dió a conocer su procedimiento, que consistía en una ancha laparatomía con curación de Lister; pero para muchos este proceder era muy temerario, y entre los mismos cirujanos alemanes encontró mucha oposición. Hasta 1888, el tratamiento usual de los quistes hidatídicos, sigue siendo la punción simple o la punción aspiradora, con o sin inyección de substancias parasiticidas. Pero en la mayoría de los casos, estos métodos eran insuficientes, y el cirujano se veía obligado a abrir ampliamente el quiste. Lindemann y Landau, siguieron luego el ejemplo de Volkmann, adoptando la técnica en un tiempo; Lindemann suturaba el quiste al peritoneo, antes de abrirlo; Landau lo abría primeramente, lo vaciaba, resecaba, si esto era posible, parte de su pared, y finalmente lo suturaba al peritoneo. En ambos casos se efectuaba la llamada *marsupialización* del quiste, que lo mantenía abierto y drenado por muchas semanas.

La marsupialización fué ejecutada por primera vez en la Argentina, en 1888, y desde esta fecha, los casos tratados por la operación en un tiempo, se multiplican rápidamente. La punción en sus diversas formas, que no daba resultados alguno, sobre todo en los casos en que el quiste contenía numerosas vejigas, hijas y nietas, fué paulatinamente abandonada por ineficaz y también peligrosa.

En 1895, A. Posadas introduce en la Argentina, una modificación fundamental en el tratamiento de los quistes hidatídicos. Para él, el procedimiento de elección debía ser, para los quistes hidatídicos no supurados y no susceptibles de la extirpación completa, la extracción de la membrana germinal y la sutura completa y sin drenaje. En la Argentina, este procedimiento se conoce con el nombre de *"método de Posadas"*, a pesar de que el mismo Posadas estaba lejos de la idea de atribuirse la paternidad del procedimiento. En realidad ya en 1891, Bond, de Inglaterra, había suturado la adventicia sin drenaje. Thompson, de Australia había recomendado, en 1894, el mismo

procedimiento, previa irrigación con bicloruro de mercurio. Billroth, en Alemania, también había practicado la sutura sin drenaje, dejando una emulsión de glicerina yodoformada en la cavidad. Bobroff, en Rusia, realizaba un procedimiento similar al de Billroth. Sin embargo, ninguno de estos precursores de Posadas, pueden restar méritos a su obra de vulgarizar el procedimiento, de demostrar su bondad a través de un gran número de operaciones en quistes localizados no sólo en el hígado, sino en los más diversos órganos. Fué también el gran maestro argentino, quién por primera vez aplicó este procedimiento a los quistes pulmonares.

El cierre sin desagüe, es evidentemente la intervención ideal en los quistes de contenido no infectado y con vesículas hijas poco numerosas. Poco tiempo después de las primeras publicaciones de Posadas, Delbet recomendaba la supresión de la cavidad, previa extirpación, naturalmente, de la membrana germinativa, mediante planos de sutura profunda, lo que llamaba *"capitonnage"*, que en ciertos casos parece ser ventajoso.

Como última innovación en el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, mencionaremos, finalmente, la *aspiración brusca del líquido y de la membrana germinativa*, mediante un aparato eléctrico. Fué introducida a la práctica quirúrgica, en 1920, por el conocido cirujano argentino Enrique Finochietto.

Pocas afecciones quirúrgicas hay que muestran en mejor forma, a través de la historia de su terapéutica, los enormes progresos de la cirugía, que los quistes hidatídicos del hígado. Hasta mediados del siglo pasado se trataba de obtener su curación, con las más variadas drogas. Reconocida su inutilidad, se recurre a las punciones capilares, a la acupuntura y la electropuntura. Los primeros procedimientos quirúrgicos están dominados por el temor al peritoneo, que conduce al uso de los procedimientos indirectos, las punciones simples o dobles, los cáusticos, las incisiones en dos tiempos, que todos tratan de obtener la adherencia de las dos hojas peritoneales, para evitar la infección o contaminación del peritoneo. *Con la introducción de la antisepsia, desaparece el temor a las serosas y nacen las intervenciones en un tiempo, primero la marsupialización, y luego, el procedimiento recomendado por Posadas, la sutura completa del quiste sin drenaje, previa extracción de la membrana germinal, que da la mayor seguridad de una curación rápida y definitiva.*

La literatura chilena sobre la hidatidosis, no es muy extensa, si la comparamos con la de los países del Atlántico, sobre todo de la Argentina y el Uruguay, donde la afección es incomparablemente más frecuente. Sin embargo, ya en las dos últimas décadas del siglo pasado, su frecuencia era suficiente, entre nosotros, para llamar la atención de los médicos sobre ella. *La primera publicación sobre un caso de quiste hidatídico, data del año 1883, y su autor, es un médico de Concepción, Juan B. Henríquez.* Su observación, publicada en la *Revista Médica* de aquel año, presenta muchos puntos de gran interés. Existía en ella la coincidencia de un quiste hidatídico renal, con un simple quiste del ovario y una preñez de tres meses. La enferma, que era de San Carlos, falleció en el Hospital de Mujeres de Concepción, a consecuencia de una peritonitis, consecutiva probablemente a una punción exploradora, lo que, según el autor, demostraba la no inocuidad de ella. A pesar de la deficiencia de datos sobre algunos puntos en la historia de la enferma, J. B. Henríquez cree suficientemente interesante la observación para su publicación, con el objeto de llamar la atención sobre los quistes hidatídicos, *cuya existencia en Chile era ya innegable* y cuya frecuencia relativa podría, quizás, calcularse por el dato de que en los países en que esa enfermedad era común, en Islandia, principalmente, sobre cien casos de quistes hidatídicos, habían 70 hepáticos y sólo 2 renales.

A contar de esta fecha, las observaciones de quistes hidatídicos se multiplican. Pero veamos primero algunos datos históricos sobre la equinococosis en la República Argentina, de donde muy probablemente ha sido introducida a Chile. La primera intervención quirúrgica por quiste hidatídico, fué practicada, en aquel país, por M. A. Montes de Oca, por el año 1860, sin establecer previamente el diagnóstico. Entre los años 1870 y 1880, se realizaron las primeras observaciones necrópsicas, clínicas y operatorias. En 1882, M. Gutiérrez relata el primer caso clínico de quiste hidatídico pulmonar, que diagnostica por una vómica. En los años siguientes, las observaciones se multiplican, y hasta 1888, el tratamiento de los quistes hidatídicos, consiste en la punción simple o bien aspiratoria. En este año se opera por primera vez, en el Hospital Rawson, por A. F. Llobet, un quiste hidatídico del hígado, según la técnica en un tiempo de Lindemann-Landau, marsupializando la cavidad del quiste, previo vaciamiento de su contenido y extracción del parásito. En 1895, A. Posadas introduce la modificación fundamental, a la cual nos hemos referido anterior-

mente. En 1901, aparece una de las obras más completas sobre la hidatidosis, titulada "Los quistes hidatídicos en la República Argentina". En este importante estudio, los autores, Herrera Vegas y Cranwell, demuestran el gran desarrollo que esta enfermedad parasitaria había adquirido. Se basan en una estadística de cerca de mil casos, observados hasta aquel año en la Argentina, y estudian las localizaciones observadas en los distintos órganos del cuerpo humano: hígado, pulmón, bazo, riñón, cerebro, pelvis y órganos genitales de la mujer, músculos y tejido celular, órbita, huesos, mama, cuerpo tiroides, corazón y páncreas. A pesar de las primeras precauciones profilácticas, la enfermedad adquirió, en los años siguientes, un desarrollo extraordinario. En el Segundo Congreso Nacional de Medicina Argentina, en 1923, fué discutido ampliamente el problema de la hidatidosis, y se demostró que la recrudescencia observada en la novena década del siglo pasado, presentaba una relación paralela con la inmigración de la cría de bovinos de la raza Lincoln. El estudio de las estadísticas, demostraba que el aumento de la enfermedad se observaba, sobre todo, en la provincia de Buenos Aires, la cual, mientras duplicaba su población, cuadruplicaba la equinococcia, y que la marcha y la extensión de la enfermedad, había seguido la marcha y extensión de la ganadería. En el término de diez años, habían sido observados casi 2,500 casos, con una mortalidad de poco más del 8% (cit. por Vargas Salcedo). Y a pesar de la labor profiláctica desarrollada posteriormente, en las últimas décadas, en la República vecina, la hidatidosis sigue siendo una afección de mucha frecuencia.

Hemos mencionado anteriormente, que la primera publicación sobre hidatidosis en Chile, es del año 1883, y su autor Juan B. Henríquez, médico de la ciudad de Concepción. Sin embargo, el caso a que se refiere esta publicación, no es el primero observado entre nosotros. Esto se desprende de una de las primeras memorias de prueba sobre la materia, publicada en 1897, y cuyo autor es Plácido Argomedo del Valle. En este "*Estudio sobre la Tenia Equinococus*", se enumeran la mayoría de las primeras observaciones de hidatidosis; según el autor, *los dos primeros casos de quistes hidatídicos fueron comprobados en Chile, por Francisco Puelma Tupper:* "El primero de ellos lo constató en un " individuo de apellido Burgos, mayordomo de la isla Quiriquina, " que se quejaba desde algún tiempo de un dolor e hinchamiento de la " región del hígado; una médica (curandera) a quién consultó, le dijo

" que se trataba de una postema al hígado, y le extrajo el contenido. " Don Fernando Ferrier, dueño de la isla, y que no era médico, no " quedó satisfecho con el diagnóstico y tratamiento de la curandera, " y remitió el contenido, en un frasco, al profesor Puelma Tupper, " a quién, un prolijo examen, le demostró la presencia de vesículas " hijas y de ganchos. Esto acontecía el año 1880". El *segundo* caso fué comprobado también por Puelma Tupper, dos o tres años después. Esta vez se trataba de un quiste hidatídico del pulmón, en una señora a quién se creía afectada de tuberculosis. El citado profesor pudo comprobar la presencia de ganchos de equinococus en los esputos, y la enferma mejoró de su afección, que equivocadamente se había tomado por tuberculosis. *Esta es la primera observación de hidatidosis pulmonar en Chile*, y, como lo hemos mencionado, en una misma época (1882), un autor argentino relataba también el primer caso de quiste hidatídico pulmonar observado en aquel país, y que igualmente se diagnosticaba por una vómica. Según otra versión, Puelma Tupper habría encontrado por primera vez, en 1875, durante una autopsia, un quiste hidatídico localizado en el bazo.

En 1892, San Cristóbal presenta, a una sesión de Sociedad Médica, la observación de una operación que había practicado últimamente y que reviste "caracteres de bastante novedad". Se trataba de una enferma ingresada al hospital, con el diagnóstico de una sarcoma de la nalga derecha. Por diversos inconvenientes no fué operada inmediatamente, pasó cerca de una semana y el tumor se vió, con sorpresa, disminuir de volumen, al mismo tiempo que tomaba caracteres de fluctuación. Con la ayuda de la jeringa de Pravaz, se extrajo un líquido opalino, y que fué lo primero que vino a dar la idea de un quiste de equinococus. "El caso, —dice San Cristóbal— "es raro, extraño " y no recuerdo haber leído algo análogo". Esta operación constituye, seguramente, una de las primeras intervenciones quirúrgicas por quiste hidatídico practicadas en el país, a lo menos, es la primera que se halla consignada en nuestra literatura. Al año siguiente de esta presentación a la Sociedad Médica, (1893), aparece en nuestra Revista Médica, una colaboración sobre la etiología y el tratamiento de los quistes hidatídicos, de Daniel García Guerrero, que demuestra el creciente interés por esta curiosa afección. Se basa el autor, en dos casos operados con buen resultado, ambos por San Cristóbal. Después de referirse a la historia de la hidatidosis y su patogenia, ya bien conocida en aquellos años, García Guerrero manifiesta, que es singular

que existiendo en Chile las condiciones abonadas para el desarrollo de la afección en el hombre, no se haya observado sino rarísimas veces. "No tengo noticia sino de tres casos"—dice el autor— "encontrados " por el doctor Oyarzún, en las autopsias practicadas en la clase de " anatomía patológica en el año pasado, y de dos casos operados " por el doctor San Cristóbal". En los exámenes practicados en la sección de microscopia del Instituto de Higiene de Santiago, se había encontrado, en aquellos años ya, con muchísima frecuencia, el equinococo en hígados y pulmones de corderos; pero en el hombre, la afección era todavía relativamente rara. Esta rareza era muy probablemente en parte ficticia, porque recién, en aquel entonces, los adelantos de la cirugía moderna, ponían al alcance de los médicos y cirujanos, intervenciones y exploraciones que antes no se hacían. Todavía, a fines del siglo pasado, habían muchos que dudaban de la existencia en Chile, de quistes hidatídicos en el hombre. García Guerrero dice en su publicación, que un autor argentino estimaba en un 30%, el número de animales que en su país padecen de equinococo; pero al mismo tiempo manifiesta, que ignora si en aquel país la enfermedad ha sido observada en el hombre. En uno de los dos casos que relata, se trata del ya mencionado quiste hidatídico de la nalga, operado por San Cristóbal; el segundo, era un equinococo desarrollado en el hígado, que ocupaba casi toda la cavidad abdominal y tenía cinco litros y medio de capacidad. Fué operado en Marzo del año 1893, también por San Cristóbal; la operación consistió, nada más que en una incisión amplia del quiste, que se encontraba muy adherido a la pared abdominal. A pesar de que la enferma se encontraba en el último grado de miseria fisiológica, soportó la intervención y fué dada de alta a los dos meses, en regular estado de nutrición y con una pequeña fístula de tres centímetros de profundidad. *Es ésta la primera observación que registra nuestra literatura, sobre un quiste hidatídico del hígado, operado entre nosotros.* En 1893, es decir, en el mismo año, Ramón Zegers relata, al resumir el movimiento habido en la sala del Carmen del Hospital de San Borja, el caso de un quiste hidatídico del abdomen, del cual se extrajeron, por medio del aspirador de Dieulafoy, 800 gramos de líquido. En esta enferma se había diagnosticado una hidronefrosis del riñón izquierdo, pero el examen histológico mostró la presencia de ganchos de equinococo. La enferma no aceptó la intervención que se le propuso. Por los escasos medios de investigación de aquellos años y el desconocimiento de la enfermedad, no deben extrañarnos estos errores de diagnóstico,

que eran lo común. Waldo Silva Palma publica en el Progreso Médico del año 1899, algunas observaciones sobre quistes hidatídicos del hígado; *en ninguno de los cinco que menciona, se reconoció la naturaleza de la afección, antes de la intervención.* En una de ellas, se pensó en un cáncer del hígado; en dos, se presumía un absceso hepático; en otra, se pensó en un absceso tuberculoso; y el último, se confundió con un riñón flotante. Según Silva Palma, la enfermedad tenía ya alguna frecuencia entre nosotros, "pero si la investigación no es minuciosa " y bien dirigida, puede fácilmente inducir a un error", como en los casos que expone.

La casuística aumentaba en los últimos años del siglo pasado, con la publicación de varias observaciones. En 1893, el doctor José Monreal Marín, eligió como tema para su tesis de licenciado, un quiste de equinococo de la órbita de un hombre. *Era la primera vez que se observaba en Chile esta localización rara y curiosa del parásito.* Como dato interesante diremos, que sólo medio siglo después, en 1943, la hidatidosis orbitaria es nuevamente elegida como tema de una tesis de licenciado; Simón Buitrago Inclán, reúne en ella algunos casos observados en los distintos servicios de oftalmología de la capital, todos ellos después de 1935.

En Octubre de 1895, ingresaba a la clínica del doctor Barros Borgoño, un enfermo portador de un quiste de equinococcus del epiplón. Se le hizo la laparatomía, y el enfermo fué dado de alta completamente sano.

En 1896, Alberto Adriazola refiere en el Progreso Médico, un caso de quiste hidatídico del hígado, operado en el Hospital de San Juan de Dios de Valparaíso, probablemente el primero operado en esta ciudad. El enfermo sanó, y a los dos meses se quitó el último tubo de drenaje. En 1895, Barros Ovalle da cuenta de un quiste hidatídico de la espalda, que había operado en compañía de Raimundo Charlín. En una sesión de la Sociedad Médica del año 1897, Lucas Sierra refiere la observación de una enferma operada en el servicio del profesor Barros Borgoño, de un quiste hidatídico del hígado, y cosa curiosa, casi al mismo tiempo fué operado allí mismos un hermano de esta enferma, por la misma afección. En 1896, aparece la tesis ya mencionada de Argomedo del Valle, sobre "*Tenia equinococo*", segunda tesis escrita entre nosotros sobre esta materia, y en la cual el autor refiere varios de los casos mencionados. Eduardo Rivera Valenzuela presenta su tesis, en 1899, sobre "*Frecuencia de los quistes hidatídicos*

en Chile". En 1899, también, Guillermo Véliz Oliva refiere a la Sociedad Médica, la observación de una enferma, en la cual la laparatomía había comprobado la existencia de varios quistes hidatídicos de un ovario. *Es el primer caso de esta localización, observada entre nosotros.* J. Zilleruelo opera en el mismo año, en compañía de los doctores Roberto Montt Saavedra y Buenaventura Cádiz, en el Hospital de San Juan de Dios de Valparaíso, un caso de quiste hidatídico, digno de mencionarse por su enorme volumen; tanto la cavidad abdominal como la pequeña pelvis, estaban completamente ocupadas por él, y la extracción de su contenido, reveló la existencia de más de veinte litros de vesículas de todos tamaños. Se efectuó una marsupialización, pero el enfermo falleció ocho días después de operado. *En 1901, Alejandro Mujica refiere un caso de quiste hidatídico del lóbulo occipital izquierdo del cerebro.*

Los casos anteriormente citados, bastan para formarnos una idea de la frecuencia con que en nuestro país se presentaba el quiste equinococo en el hombre, hacia fines del siglo pasado. La proporción aumentaría, indudablemente, si tomamos en cuenta que, sin lugar a dudas, existían un buen número de enfermos afectados de hidatidosis, que escapaban a la observación médica y muy frecuentemente, también, al diagnóstico.

Aureliano Oyarzún, fué el primero en Chile que encontró los quistes hidatídicos en algunos órganos de los corderos beneficiados en el Matadero de Santiago, en 1892. En un informe de Diciembre de ese año, dió cuenta de esto al Consejo Superior de Higiene Pública. Argomedo del Valle, en su tesis mencionada, completa los estudios del doctor Oyarzún, buscando una proporción exacta de los hidátides en los animales beneficiados. En el espacio de tres meses del año 1897, examina 6.252 cerdos y 13.104 corderos, encontrando la afección en 856 cerdos y en 974 corderos, lo que da una proporción de casi 14% en los primeros y de 7,5% en los segundos. Como un corolario de sus investigaciones, el autor hace notar que en los cerdos infectados de equinococus, estaban comprometidos 700 pulmones, 485 hígados, 96 bazos, 28 riñones, 3 corazones y 7 músculos. En los corderos, el equinococus se encontró en 860 pulmones, 620 hígados, 19 riñones, 9 músculos y 6 pleuras. Llama la atención, a primera vista, la enorme frecuencia de la hidatidosis pulmonar.

Argomedo del Valle compara en seguida estas cifras con las de ciertos distritos de Alemania, en que la propagación del equinococus

por los animales domésticos, en aquellos años, era enorme. En nuestros ovejunos, la infección se encontró en una proporción muy inferior respecto de estos distritos alemanes, en cambio, nuestros cerdos se encontraban infectados en mayor proporción. Sensible es, dice el autor, que no haya podido hacer el estudio en los vacunos, pero no estando todavía reglamentada en debida forma la inspección veterinaria de ellos, todo resultado que se hubiera obtenido, habría dejado la duda respecto de su exactitud. *Con las cifras mencionadas, no es de extrañar que a contar de 1900, las observaciones de hidatidosis humana entre nosotros, se multiplican rápidamente.* En la tesis de licenciado: "*La Equinococosis en Chile*", del año 1923, que estudia especialmente el diagnóstico biológico de los quistes hidatídicos, su autor, Luis Prado Barrientos, logra demostrar que, en el espacio de veintitrés años, los casos de quistes hidatídicos, comprobados por operación en los diferentes hospitales de Santiago, daban cifras progresivamente crecientes. Copiamos su estadística:

En	1900, 1901 y 1902	3 casos
„	1903, 1904 y 1905	11 „
„	1906, 1907 y 1908	10 „
„	1909, 1910 y 1911	15 „
„	1912, 1913 y 1914	16 „
„	1915, 1916 y 1917	56 „
„	1918, 1919 y 1920	81 „
„	1921, 1922 y 1923	99 „

Aunque ella adolece seguramente de defectos, hace sin embargo, sospechar la intensidad de la infestación hidatídica, en el espacio de tiempo señalado.

También la memoria de "Inspección Veterinaria", del señor Emilio Eyquem, del año 1930, demuestra que la afección va adquiriendo proporciones alarmantes. Este autor llega a las siguientes conclusiones: "en los bovinos sacrificados, pasa del 51,42 por mil en " 1924, a 77,96 por mil en 1929. En este mismo período, pasa en los " cerdos del 10,23 por mil al 57,84 por mil". Hace notar más adelante, que el ganado bovino importado de Argentina, presenta una baja proporción de quistes hidatídicos, que alcanza solamente a un 10 por mil, lo que atribuye a la preocupación de las autoridades sanitarias, para evitar la penetración en nuestro país, de esta enfermedad.

Igualmente Lucas Sierra, en una comunicación al Primer Congreso Médico de Patología Regional, celebrado en Concepción el año 1930, prueba en forma manifiesta, que tanto en su clínica como en el Instituto de Anatomía Patológica del Hospital San Vicente de Paul de Santiago, ha podido observarse un aumento lento pero constante de la hidatidosis humana.

Ignacio González Ginouves, llama la atención, en 1940, que en la zona de Concepción, es cada día más frecuente el quiste hidatídico, y que esta frecuencia va en aumento francamente perceptible. En un servicio de 70 camas, se han atendido en aquella ciudad, en el curso de diez años, 1930/40, más de cien casos de quistes de diferentes localizaciones. Esta frecuencia es, seguramente, más alta que en otras partes de Chile, y está, naturalmente, en relación con la hidatidosis bovina, que ha llegado en los años a que nos referimos, a un 40% de los animales beneficiados, como ha sido comprobado en el Instituto de Biología de la Universidad de Concepción, bajo la dirección del profesor O. Wilhelm.

Otra publicación que permite apreciar el extraordinario aumento en la frecuencia del quiste hidatídico, es el relato presentado por Pablo Meyer al 4.° Congreso Chileno de Cirugía, efectuado en el año 1942. El autor logró reunir, después de revisar las estadísticas de los hospitales de Santiago, 414 observaciones de hidatidosis pulmonar, en un período de 7 años. Vemos que la localización pulmonar es, también, bastante frecuente entre nosotros.

Un estudio comparativo de la literatura argentina y nacional, revela, de inmediato, una gran similitud y paralelismo en el desarrollo de la hidatidosis humana, guardando, naturalmente, la debida proporción de su frecuencia en ambos países.

Mientras los conocimientos sobre la biología del parásito seguían incompletos, el tratamiento de la equinococosis humano, era, necesariamente, sólo empírico; con el descubrimiento del ciclo evolutivo de la tenia, nace también la profilaxia para resguardar la sociedad humana, en contra de esta grave enfermedad. Recordemos brevemente, los hechos fundamentales de las fases del desarrollo del parásito, que provoca la enfermedad hidatídica. La tenia vive en estado adulto, en el intestino del perro; los huevos de ella, expulsados por las materias fecales de este animal, contaminan las aguas, y, por medio de éstas, las verduras, frutas, pastos, etc., que son los principales vehículos

por los cuales llegan los huevos al huésped intermedio que es el hombre y algunos animales (bovinos, ovinos y porcinos), en cuyos órganos, sobre todo hígado y pulmón, dan origen al gusano vesicular, llamado también hidátide o equinococo. El ciclo se completa, cuando el perro ingiere vísceras de animales con quistes hidatídicos, que contienen las larvas de la "tenia equinococos", en cuyo intestino adquirirá su completo desarrollo. Otra infestación más directa puede producirse, por el paso directo al huésped intermedio de los huevos de la tenia, que pueden estar en el hocico del perro. Establecidos estos hechos, vemos claramente que el ciclo evolutivo es fácilmente vulnerable y que la profilaxis racional de la equinococosis, debe dirigirse a proteger al hombre y al ganado, actuando sobre el perro, en el sentido de disminuir su número y, sobre todo, de impedir que se infecte, alejándolo de los sitios de faena de la carne; jamás deberán abandonarse las vísceras, a menos que un examen cuidadoso haya revelado que esos órganos se encuentran indemnes. A pesar de que en Chile no existen leyes especiales para la profilaxis de la hidatidosis, ha habido una labor profiláctica desde principios del siglo, que ha sido, sin lugar a dudas, de resultados positivos. La hidatidosis sigue siendo entre nosotros, una enfermedad de alguna frecuencia; pero en relación al aumento de la población, muy probablemente no ha seguido un aumento proporcional.

Ya en las primeras publicaciones nacionales de fines del siglo pasado, se consignan algunas nociones sobre la profilaxia de la hidatidosis. Daniel García Guerrero, en 1893, enumera las medidas profilácticas que convendría adoptar, para impedir la generalización de la enfermedad entre los animales, disminuyendo de este modo las probabilidades de infección para el hombre. Habría que reducir el número de perros, que en Chile siempre ha sido bastante elevado, y concluir con los perritos falderos, por la intimidad en que viven con sus dueños. "¿Cuál de estos afortunados no recibe el alimento en los mismos platos " en que se sirve a la mesa?. De esta manera están expuestos a una " infección, no sólo las personas de la casa, sino aun los inocentes " invitados". Enumera en seguida, las demás medidas precautorias y dice que, si se pusieran en práctica, el clínico y el anátomo-patologista no tendrían ocasión de ver jamás un solo caso de equinococo. En 1910, la Sociedad Médica se ocupa del problema de la hidatidosis, que se estaba haciendo extraordinariamente frecuente, y elige una comisión compuesta por los doctores Silva Palma y Prado Tagle, para estudiar la profilaxis de ella. *Con la llegada a Chile, en 1913, del profesor*

Juan Noe, comienza un nuevo estudio de las enfermedades parasitarias entre nosotros. En una nota al decano de la Facultad de Medicina y Farmacia, del año 1921, da cuenta del fruto de algunas investigaciones realizadas sobre la equinococosis, en el Laboratorio de Zoología de la Escuela de Medicina, que demuestran que esta enfermedad alcanzó a un número relativamente elevado, en comparación al de otros países. Con ayuda de su alumno Ottmar Wilhelm, y después de pacientes investigaciones, se estableció una comparación entre el grado de infección de los perros del barrio Matadero y los de las demás partes de la ciudad. A pesar de que el número de perros examinados no fué muy subido, pudo establecerse una gran diferencia con respecto a las cifras obtenidas: mientras que en los perros provenientes de barrios distintos que el del Matadero, había alrededor de un 11% de infectados, esta cifra alcanzaba a un 36 y 38 % entre los perros del barrio Matadero. Según Juan Noe, este porcentaje es, indudablemente, de los más altos hasta entonces conocido. En Islandia, el número de los perros que hospedaban la tenia, alcanzaba, en aquellos años, a 28%; en Uruguay y Argentina, a 30%. Noe, insiste que la profilaxia en las ciudades no es difícil, con tal que se cumplan las prescripciones dadas en Francia por Blanchard y Devé, que hoy día rigen en todo el mundo.

En 1937, Raúl Covarrubias Z., es comisionado por el Supremo Gobierno, para estudiar el problema de la profilaxia de la hidatidosis en la República Argentina, en la cual, sin existir disposiciones escritas ni leyes especiales, la labor que se ha efectuado ha sido muy efectiva. No podemos extendernos mayormente sobre ella, para no salirnos del margen que nos hemos impuesto. Como conclusión, Raúl Covarrubias señala los puntos principales que debería llenar una campaña profiláctica contra la hidatidosis, entre nosotros: la prohibición absoluta del beneficio de bovinos, ovinos y porcinos, fuera de los Mataderos Públicos Municipales; la revisión por equipos de veterinarios, de cada animal beneficiado, decomisándose y destruyéndose todo animal que se compruebe enfermo; y el alejamiento absoluto, del recinto de matanza y de faena de la carne y las vísceras, de los perros.

La introducción del *examen roentgenológico*, significó un adelanto en el diagnóstico de la hidatidosis, especialmente pulmonar y hepática de desarrollo torácico. Lo mismo puede decirse de las investigaciones de laboratorio, que en un alto porcentaje nos permiten llegar a un diagnóstico casi de certeza. Todas las reacciones serológicas y alérgi-

cas (sero-reacción de Weinberg, intradermo-reacción de Cassoni, investigación de la cosinofilia, etc.), han sido objeto de concienzudos y sistemáticos estudios entre nosotros. Si bien ninguna de ellas tiene un valor absoluto, no dejan de ser una ayuda eficaz para aclarar muchos diagnósticos. Entre las numerosas publicaciones nacionales, mencionaremos las de Prado Tagle, Manuel Canales, Luis Prado Barrientos y Ottmar Wilhelm.

No podemos cerrar el capítulo sobre la historia de la hidatidosis y su desarrollo en Chile, sin referirnos a una forma especial de ella, la *equinococcis peritoneal*. Ya en 1877, Volkmann había hecho presente el peligro de las punciones de los quistes hidatídicos, por originar la siembra de los escólices y producir la equinococcis secundaria. Hasta entonces había dominado, sin contrapeso, la idea de que los quistes hidatídicos no podían generarse, sino por la penetración, en el organismo humano, del huevo de la tenia equinococus. Pero Volkmann y, posteriormente, una serie de investigadores (Lebedoff, Andref, Alexinsky), demostraron que la larva de la tenia no necesita pasar al huésped definitivo, el perro, para cerrar su ciclo evolutivo. Los elementos vivos de la larva (escólices), pueden, una vez rotas las membranas del parásito, originar nuevos quistes hidatídicos. Estas observaciones fueron confirmadas más tarde, por Devé, quién estudió cuidadosamente el proceso evolutivo de la tenia, y demostró que la equinococcis secundaria, puede ser el resultado de una ruptura espontánea o traumática del quiste, de una punción o una intervención quirúrgica defectuosa. Siendo el hígado el órgano comúnmente afectado, lógicamente de él parten en la mayoría de los casos, las siembras, que en el peritoneo pueden dar lugar a dos formas clínicas y anátomo-patológicas principales, muy bien estudiadas por Devé. Unas veces se forman pequeñísimas tuberosidades producidas por el enquistamiento de los escólices, que dan lugar a un proceso muy semejante a la tuberculosis miliar del peritoneo y que fácilmente se confunde con él. Es la *seudotuberculosis hidatídica* o *equinococcis miliar del peritoneo*. Fué señalada por primera vez, por el cirujano australiano Graham, en 1891, y estudiada pocos años después, por Krückmann, en Alemania, en 1895. En Chile, dada la frecuencia de la hidatidosis, ha sido observada en numerosas ocasiones. Fué descrita por primera vez entre nosotros, por Gregorio Amunátegui, en 1915.

La otra forma, que es más común, es la verdadera *equinococcis múltiple del peritoneo*, muy difícil de tratar y de frecuente observación, también entre nosotros. En 1909, cuando esta forma colateral del ciclo evolutivo de la tenia era todavía poco conocido, Lucas Sierra recomendaba ya, a propósito de tres casos de equinococcis peritoneal secundaria, el uso de algún parasiticida, de preferencia la formalina al 1%, que había sido indicado por Devé, para esterilizar el quiste hidatídico y evitar esta complicación tan grave. Como lo hacen notar varios autores nacionales, pueden transcurrir muchos años, debido al crecimiento lento de los quistes hidatídicos, en que el éxito operatorio está aparentemente asegurado, antes que aparezcan los quistes secundarios, consecutivos a la siembra, en el peritoneo. Esta forma de la equinococcis secundaria, que obliga al cirujano extremar los cuidados para no provocarla durante el acto operatorio, ha sido de frecuente observación entre nosotros, y son varias las publicaciones que se han ocupado de ella (Lucas Sierra, Joel Rodríguez, Ernesto Greene, Fernando Romero Aguirre, Meza Olva, Rodríguez Barros, Ottmar Wilhelm, y, en 1938, Carlos Noriega, de la Clínica Universitaria de Concepción, en su excelente memoria de prueba).

Otra forma de complicación más rara que la anterior, es la llamada *"coleperitoneo"*, por Devé, proceso consecutivo a la ruptura y vaciamiento de un quiste hidatídico, cuyo líquido se halla mezclado con bilis, al peritoneo. El enquistamiento del derrame se produce en estos casos, ordinariamente, por una membrana de aislamiento, muy gruesa, que protege y cubre las vísceras abdominales. Con el nombre de *"hidatoperitoneo"*, los autores argentinos designan una forma de derrame, que se instala tórpida y silenciosamente, y que suele dar lugar a ascitis gigantescas. Siendo la hidatidosis una afección frecuente en nuestro país, muy probablemente todas estas modalidades de la equinococcis secundaria, han sido observadas en Chile; pero no hemos encontrado más que una publicación que las estudia, cuyo autor, Ignacio González Ginouves, de la ciudad de Concepción, las relaciona con la gran frecuencia de la afección en aquella zona, sobre la cual ya hemos llamado la atención.

Muchas observaciones más relacionadas con otras complicaciones de la hidatidosis, como la supuración del quiste, su ruptura en la pleura, los bronquios, las vías biliares, etc., se encuentran dispersas en nuestra literatura; sólo podemos mencionarlas, para no salirnos del margen de nuestra exposición.

BIBLIOGRAFIA

ADRIAZOLA, ALBERTO. Quiste hidatídico del hígado. Rev. Méd. 1896.— ALESSANDRI, M. Quiste hidatídico del hígado, con fístula biliar bronquial. Rev. Méd. 1926.—ALESSANDRINI, ITALO. Quiste hidatídico del riñón derecho. Rev. Méd. 1919.—AMUNÁTEGUI SOLAR, GREGORIO. Peritotinis seudo-tuberculosa hidatídica. Rev. Méd. 1915.—AMUNÁTEGUI SOLAR, GREGORIO. Diagnósticos obscuros y errores instructivos, 1916.—ARGOMEDO DEL VALLE, PLÁCIDO. Tenia equinococo. Tesis, 1897.—ARMAS CRUZ, R. SPENCER, AUGUSTO. Quiste hidatídico del hígado. Rev. Méd. 1932.—AVENDAÑO, OSCAR. ARELLANO, HUMBERTO. Quiste hidatídico abierto en las vías biliares.—BAHR, JULIO. Quiste hidatídico pulmonar. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1945.—BRINCK, GUILLERMO. Un caso de quiste hidatídico del bazo. Rev. Méd.—BUITRAGO, SIMON. El quiste hidatídico de la órbita. Tesis, 1943.—CÁDIZ, MAMERTO. Anafilaxia. Rev. Méd. 1910.—CANALES, MANUEL. Diagnóstico de la desviación del complemento en la equinococosis. Rev. Méd. 1911.—CIFUENTES, O. La dermorreacción en los quistes hidatídicos. Rev. Méd. 1922.—CONTRUCCI, ALDO. Los quistes hidatídicos. Tesis, 1913.— CONTRUCCI, ALDO. Quiste hidatídico del hígado, abierto en los bronquios. Rev. Méd. 1926.—COVARRUBIAS ZENTENO, RAÚL. Profilaxia de la hidatidosis. Arch. de la Soc. de Cir. de Hospital, 1937.—CRUZ, HÉCTOR. Quiste hidatídico del ligamento ancho. Bol. Soc. Circ. 1935.—DE RAMON, EDUARDO. Quistes hidatídicos pelvianos. Rev. Méd. 1925.—DOREN, CARLOS. Un caso de quiste de equinococus. Rev. Méd. 1910.—DUCCI, J. A propósito del diagnóstico de un quiste hidatídico del polo inferior del riñón derecho, por medio de los Rayos X. Rev. Méd. 1926.—EYQUEM, EMILIO. Memoria de Inspección Veterinaria del Matadero Municipal de Santiago, 1930.—FIGUEROA H., LUIS. Contribución al estudio de los quistes hidatídicos del hígado. Tesis, 1907.—GARCÍA GUERRERO, D. Etiología y tratamiento de los quistes hidatídicos. Rev. Méd. 1893.—GARRETON SILVA, A. Quiste hidatídico supurado del hígado, abierto en los bronquios. Rev. Méd. 1926.—GONZÁLEZ GINOUVES, IGNACIO. Quiste hidatídico roto en el peritoneo. Rev. Méd. 1940.—GREENE, ERNESTO. Ruptura de un quiste hidatídico abdominal. Rev. Méd. 1913.—GRIMBERG V., MOISÉS. Contribución al estudio de los quistes hidatídicos en los niños. Tesis, 1930.—GROVE, HUGO. Quiste hidatídico multilocular del riñón derecho. Rev. de Urología, 1927.—HENRÍQUEZ, J. B. Caso de quiste hidatídico del riñón derecho. Rev. Méd. 1883.— HOFFMANN, OTTO. La eosinofilia provocada en los quistes hidatídicos. Tesis, 1930.—INOSTROZA A. Quiste hidatídico del pulmón y del bazo. Bol. Soc. Cir. 1925.—MEYER, PABLO. Quistes hidatídicos pulmonares y su tratamiento quirúrgico. Tesis, 1928.—MEZA OLVA, F. Quiste hidatídico supurado, abierto en el peritoneo. Rev. Méd. 1913.—MONREAL MARÍN, J. M. Quiste equinococus de la órbita. Tesis, 1893.—MORALES, CARLOS. Quiste hidatídico del hígado. Prensa Médica, 1937.—MUJICA, ALEJANDRO. Un caso de quiste hidatídico del lóbulo occipital izquierdo del cerebro. Rev. Méd. 1901.—NOÉ, JUAN. La equinococcis en Santiago. Rev. Méd. 1921.—NORIEGA DE LA VEGA, CARLOS. Hidatidosis Peritoneal. Tesis, 1938.—PRADO BARRIENTOS, LUIS. La equinococosis

en Chile. Tesis, 1923.—Prado Barrientos, Luis. Diagnóstico biológico de los quistes hidatídicos. Arch. Clín. Méd. Prof. Prado Tagle, 1925.—Prado Tagle, E. Hidatidosis en Chile, 1914.—Prado Tagle, E. Gran quiste hidatídico del bazo. Rev. Méd. 1923.—Rivera, Eduardo. Tratamiento de los quistes hidatídicos en Chile. Tesis, 1899.—Rodríguez P., Joel. Ruptura de los quistes hidatídicos, en la cavidad peritoneal. Anuario Clínico.—Romero Aguirre, Fernando. Quiste hidatídico del peritoneo. Rev. Méd. 1913.—San Cristobal, D. Quiste equinococus en la nalga. Rev. Méd. 1892.—Sierra, Lucas. Quistes hidatídicos del hígado. Rev. Méd. 1899.—Sierra, Lucas. De la recidiva de los quistes hidatídicos. Rev. Méd. 1909.—Sierra, Lucas. Cuatro conferencias sobre cirugía abdominal. 1923.—Sierra, Lucas. La equinococosis en Chile. 1.er Congreso Médico Chileno de Patología Regional. 1930.—Silva Palma, Waldo. Observación sobre quiste hidatídico del hígado. El Progreso Méd. 1899.—Vargas Salcedo, Luis. Quiste hidatídico del mesocolon. Rev. Méd. 1912.—Vargas Salcedo, Luis. La hidatidosis ante el 2.° Congreso Nacional de Medicina Argentina. Rev. Méd. 1923.—Vargas Zalazar, Roberto. El quiste hidatídico del riñón. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1944.—Véliz, Guillermo. Quiste hidatídico del ovario. Rev. Méd. 1900.—Wilhelm, Ottmar. La equinococosis en Santiago de Chile. Anales de Zoología aplicada. 1920.—Wilhelm, Ottmar. Contribución al estudio de la hidatidosis en Chile. 1940.—Wilhelm, Ottmar. La equinococosis en Concepción. Rev. de Higiene y Med. Preventiva, 1940/41.—Wilhelm, Ottmar. Una nueva reacción alérgica para el diagnóstico del quiste hidatídico. Bol. de la Soc. de Biol. de Concepción, 1944.—Wilhelm, Ottmar. Equinococus unilocular secundario. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—Wilhelm, Ottmar. Contribución al estudio de la equinococosis en Concepción. Bol. de la Soc. de Biología de Concepción, 1945.—Zilleruelo, J. Quiste del equinococus del peritoneo. Rev. Méd. de Hig. 1899.

prender el verdadero valor de estos conceptos, debemos recordar que en aquellos años no se conocía ni la anestesia ni la antisepsia, y que no había, por aquel entonces, ningún cirujano que tuviera el atrevimiento de abrir el abdomen. Desgraciadamente, estas ideas revolucionarias de Mélier, no encontraron eco alguno y por muchos años continuó el dominio del flemón de la fosa ilíaca, y se desconoció la importancia que, en su génesis, tiene el apéndice vermicular. En las memorias de los grandes maestros franceses mencionados más arriba, las ideas de Mélier se consideraban como mal fundadas, y aun enteramente equivocadas. El mismo Dupuytren, se había convertido en uno de los impugnadores de los conceptos de Mélier, y contribuyó, con su enorme prestigio, a que éstos cayeran en el olvido.

Hasta entonces la enfermedad había sido designada, también, con el nombre de *tiflitis estercoral*, porque desde los tiempos de Morgagni y Boerhave, se había considerado como una de las causas más comunes, la retención estercorácea del ciego. En 1829 se publicaba en Alemania, una disertación inaugural, cuyo autor, Puchelt, profesor de medicina interna de Heidelberg, introduce el nombre de *peritiflitis*. Con esto se estimuló grandemente la investigación de la apendicitis en dicho país, pero siempre se seguía admitiendo que el sitio único principal de las lesiones, estaba situado en el ciego. Otro paso hacia adelante, en el reconocimiento de la verdadera naturaleza de la afección, lo daba en 1840 el médico alemán Volz, al diferenciar, en las peritiflitis supuradas, dos formas, el tipo tumoral, en que la supuración quedaba enquistada, es decir, el antiguo *flemón de la fosa ilíaca*, y un segundo tipo, en que la supuración se vaciaba en el abdomen, produciendo las hasta entonces llamadas *peritonitis idiopáticas*, que sólo existían, según Volz, a causa de la insuficiencia de conocimientos. Son muchos más los nombres, en Europa y en Estados Unidos, ligados en una u otra forma a la historia de esta afección. Más de medio siglo se ha necesitado, desde la publicación de Mélier, quién había demostrado claramente el papel de las lesiones apendiculares, para que las nociones de la tiflitis, peritiflitis, flemón de la fosa ilíaca derecha y peritonitis idiopáticas, fueran substituídas por la de la *apendicitis*. George Lewis de Nueva York, en 1858, y Biermer en 1879 en Alemania, se habían adelantado también a todos los cirujanos de la época, afirmando que la peritiflitis era siempre consecutiva a una perforación apendicular. Lewis había aún recomendado la incisión precoz, pero los resultados de sus intervenciones fueron tan desalentadores, que pronto

tuvo que renunciar a ellas. *Es necesario reconocer a los cirujanos americanos, con Lewis, el honor de haber sido los primeros en aconsejar la intervención quirúrgica en la apendicitis, como sistemática, contra todas las ideas de la época (1858).*

Con la introducción de la anestesia a la cirugía, se había dado un gran paso hacia adelante. En 1867, Willard Parker, de Nueva York, incinde, en cuatro casos, un flemón de la fosa ilíaca derecha, y coloca un drenaje. Todos los casos sanaron. Es la operación que durante muchos años se designaría en Estados Unidos, con el nombre de *operación de Parker*. Mikulicz en Alemania, en 1877, y luego Kroenlein, insisten en la *laparatomía precoz*, en todo caso de peritonitis, y preparan en esta forma el campo, para el mejor reconocimiento de las causas de ella.

En 1886, aparece otro nombre que marca época en la historia de la apendicitis: Reginald Fitz, profesor de Anatomía Patológica en la Universidad de Harward, Estados Unidos. *A Fitz, le corresponde el mérito y el honor de haber hecho una descripción magistral de la afección, de haber introducido el término apendicitis y, particularmente, de haber sido el primero en insistir en la intervención precoz.* Fitz, obligó al mundo científico a reconocer la apendicitis; a él le debemos la nomenclatura actual de la enfermedad. Hasta entonces, los mismos partidarios de incindir los abscesos y flemones de la fosa ilíaca derecha, no habían reconocido su origen apendicular; Reginald Fitz, sin conocer probablemente la tesis de Mélier, escrita sesenta años antes, insiste nuevamente en que la lesión primaria está siempre situada en el apéndice, y se muestra decidido partidario de la intervención precoz, porque es imposible decir qué casos son benignos y cuáles, por el contrario, graves. Estas mismas ideas revolucionarias, eran proclamadas, más o menos en una misma época, por el cirujano suizo de Lausanne, Krafft. Fitz había reconocido también el peligro de los purgantes, y al respecto, dice: "un laxante o un purgante puede ser solicitado por " el paciente o sus amigos, y pensar que un enema puede ser de " utilidad para fijar el diagnóstico. Hay que tener presente, que éstos " pueden ser medios para hacer estallar de inmediato una peritonitis " generalizada".

Fitz tuvo luego en Estados Unidos y en el Canadá, numerosos adeptos, todos convencidos que cuando se interviene por síntomas atribuídos a una tiflitis, es siempre el apéndice el que se encuentra

primitivamente lesionado. Gastón, Fowler, Murphy, Mac Burney, Deaver, Ochsner, fueron algunos de los precursores que, aceptando las ideas de Fitz, abogaron resueltamente por el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, y por la extirpación precoz y oportuna del apéndice.

Estos nuevos conceptos sobre la patogenia y el tratamiento de la enfermedad, no tardaron en introducirse y extenderse en Europa. Entre los precursores en Francia, deben mencionarse a Reclus, Roux, Talamon y Dieulafoy; en Inglaterra, a Hancock, Treves y Lockwood; en Alemania, a Kroenlein, Mikulicz, Kümmell y Sonnenburg. Pero en Europa, las ideas nuevas siguieron una evolución mucho más lenta que en los Estados Unidos. "Muy poco se hablaba de apendicitis en " las escuelas que frecuentamos en Europa, durante los años 1893 a " 1896", —dice Sierra en una de sus publicaciones. En Francia fué particularmente el libro de Talamon, publicado en 1892, el que puso de relieve la importancia de la apendicitis, sin inclinarse a un tratamiento tan radical como lo exigían ya algunos de los cirujanos de Estados Unidos. "La previsión de Mélier, se encuentra pues realizada " y superada" —dice Talamon— "después de haber observado por " largo tiempo una reserva que rayaba en timidez, los cirujanos han " llegado a tal grado de audacia y confianza, que algunos, y particu- " larmente en los Estados Unidos de Norte América, no se dan el " trabajo de fundar y de pesar las indicaciones operatorias, y no " admiten otro tratamiento de la apendicitis, que la intervención " inmediata". Para Talamon, no era pues ventajosa una intervención precipitada, y recomendaba una contemporización relativa, para precisar con certidumbre el diagnóstico de supuración y favorecer la limitación del foco. Los brillantes trabajos de Treves, Kümmell, Sonnenburg y Dieulafoy, contribuyeron muchísimo en Europa, a la aceptación, de parte de la mayoría de los cirujanos, del tratamiento quirúrgico de la apendicitis, que repentinamente tomó una importancia considerable. *Pocas enfermedades habían apasionado más a los médicos y al público en general, que la apendicitis.* Durante muchos años, fué el tema obligado de las discusiones de las sociedades médicas; fué objeto de un sinnúmero de trabajos, y durante años, asunto de discordia entre médicos y cirujanos, cuando se tocaba el punto de su tratamiento. La apendicitis, que en Europa a menudo se había designado como "la enfermedad de los americanos", pronto fué reconocida como "la gran enfermedad abdominal".

Con los avances de la cirugía fué desapareciendo, naturalmente, en primer lugar el absceso *flemonoso* de la fosa ilíaca derecha; en el último decenio del siglo pasado, se operaba ya el absceso *apendicular*, que por cierto distaba mucho del primero. Bien pronto se vió que había quedado dividido el campo, entre los que proclamaban la intervención: *¿Cuándo, en qué momento debía hacerse la operación?. ¿Debía extirparse el apéndice o conformarse con la abertura del absceso?*. Durante muchos años, la mayoría de los cirujanos europeos, seguían siendo partidarios de una especie de expectación armada, preferían a la operación durante la crisis aguda, la intervención a frío. En Alemania, por ejemplo, hasta 1900, sólo Rehn y Kümmell se habían declarado partidarios de la operación precoz, inmediata, mientras que la mayoría opinaba que en los casos ligeros o de intensidad mediana, el tratamiento médico era suficiente; la intervención debía reservarse, para los casos graves desde el principio. Para Sonnenburg, sólo la apendicitis gangrenosa exigía una operación inmediata, la llamada "Frühoperation" de los autores alemanes. En los demás casos, operaba sólo cuando se había diagnosticado el absceso, que frecuentemente era reconocido por repetidas punciones que los cirujanos estimaban inofensivas. Sonnenburg era, como la mayoría de sus colegas europeos, eminentemente individualista, ecléctico y conservador, en comparación a muchos de los colegas americanos. "Hace pocos años atrás",—decía, Sonnenburg, en 1895— "se estudiaba la patología de la apendicitis " sólo por las revelaciones cadavéricas, ahora se adquieren los nuevos " conocimientos, por la autopsia en vivo". Y esto había permitido estudiar, con mucha exactitud, el desarrollo y la marcha de la enfermedad, haciendo posible aplicar en cada caso el tratamiento correspondiente, y fijar las indicaciones de una intervención.

También en Francia habían surgido las mismas divergencias de opiniones, que dividían, no sólo a los médicos y cirujanos, sino también a éstos entre sí. Dieulafoy, fundado en su concepción del receptáculo o vaso cerrado, en que la apendicitis era enfermedad primitiva, independiente, de la cual se ignoraba qué marcha seguiría, proscribía en absoluto todo tratamiento médico y exigía la intervención quirúrgica en "tiempo oportuno". En 1896 decía en su comunicación a la Academia de Medicina, que, con un buen diagnóstico y una operación bien hecha, "on ne doit jamais mourire d'appendicite" Lucas Championniére refuta, en 1897, a Dieulafoy, hablando en la Academia de Medicina, y condena la extirpación del apéndice, sosteniendo que esta enfermedad

puede curar radicalmente sin operación, y agrega que una vez extirpado el apéndice, pueden sobrevenir síntomas de esta afección, porque queda la enfermedad del colon. Hasta tal extremo llegaba la discrepancia de las opiniones.

En Inglaterra, los cirujanos, entre ellos Federico Treves, eran partidarios de individualizar y esperar la formación de un absceso, para decidirse a tomar el bisturí. En estas condiciones fué operado en 1902, por Treves, el Rey Eduardo VII, pocos días antes de su coronación. Dada la personalidad del operado y el momento en que la operación fué realizada, fué conocida y comentada en el mundo entero, lo que contribuyó enormemente en popularizarla.

Todavía en el primer decenio de nuestro siglo, muchos médicos y cirujanos comenzaban por dar purgantes salinos en el estado agudo de la enfermedad, y preferían esperar hasta la convalecencia del enfermo, para considerar necesaria la intervención. Efectuarla en el estado inflamatorio era, para ellos, peligroso, porque agregaba un traumatismo innecesario al estado existente. Pero con el transcurso del tiempo y la mayor experiencia, tanto en Estados Unidos como en Europa, médicos y cirujanos tuvieron que convencerse lentamente, que no era en realidad una exageración tan condenable la actitud de algunos cirujanos, sobre todo yankees, según los cuales "el simple hecho de " diagnosticar una apendicitis, era excusa suficiente de la operación". Nadie podía desconocer los numerosos casos de curación que se presentaban diariamente, fuera de toda intervención operatoria; pero no existía ningún criterio seguro que permitiera juzgar del estado anátomo-patológico del órgano enfermo, y nunca podía preverse cómo evolucionaría. Por leve que pareciera en las primeras horas una apendicitis, jamás se estaba autorizado para afirmar su benignidad y sentar un pronóstico favorable. Con mucha frecuencia la benignidad era sólo aparente y al cabo de horas o días, el cuadro cambiaba bruscamente revelando su verdadera gravedad. *Se vió que toda apendicitis implicaba desde su comienzo un peligro de muerte, que de todas las enfermedades abdominales era la más traicionera, y más y más se engrosaban las filas de los que exigían la intervención precoz.* Esta regla de la intervención sistemática y precoz, en todo caso de apendicitis aguda, es hoy día unánimemente aceptada, porque ella sola es capaz de evitar los graves trastornos a que puede dar lugar la apendicitis, y debe considerarse como una de las más grandes adquisiciones de la cirugía moderna. Dieulafoy había dicho en una de las discusiones en la Academia de

Medicina de París, a fines del siglo pasado: "Nadie se debe arrepentir " jamás de haber operado una apendicitis; uno se arrepiente a menudo " de haber operado demasiado tarde". Y estas palabras han conservado todo su valor a través de medio siglo.

La mayoría de los autores están hoy en día contestes, después de innumerables discusiones habidas al respecto, que la apendicitis, en su forma aguda, es una afección cuya frecuencia ha experimentado un considerable aumento desde fines del siglo pasado; no sólo en forma aparente, por la exactitud con que en nuestros días se establece el diagnóstico, sino también en forma real. Para no salirnos del margen que nos hemos impuesto, no podemos entrar a estudiar las causas que han sido invocadas, para explicar este aumento en la frecuencia de la enfermedad que nos ocupa.

La historia de la apendicitis en Chile, comienza en 1890; antes de esta fecha, nada se halla registrado en nuestra literatura; ni siquiera se menciona el absceso o flemón de la fosa ilíaca derecha, que en los países europeos se había descrito en todas sus formas desde tantos años antes, sin reconocer, como hemos visto, en un principio, su etiología apendicular. Muy probablemente habían sido incindidos y evacuados, también entre nosotros, viejas colecciones purulentas de la fosa ilíaca derecha, pero sin prestarles mayor atención, ni darles mayor importancia, ni mucho menos buscar su origen en el apéndice.

Si bien es cierto que el profesor Barros Borgoño fué, seguramente, el primero que operó un flemón de la fosa ilíaca derecha, en 1890, con concepto etiológico apendicular (cit. por José García Tello, en su tesis "Apendicitis Crónica", del año 1923), también es cierto que *la primera operación de apendicitis que se halla registrada en nuestra literatura, se debe al cirujano de Valparaíso, Olof Page.* Su intervención es tanto más interesante, porque se trata de la primera observación publicada en Chile, en que se habla del apéndice como causante de las inflamaciones pericecales. Fué comunicada a la Sociedad Médica de Santiago y publicada en la Revista Médica de Octubre de 1894. Es un verdadero documento que nos revela, el concepto que hace medio siglo se tenía de la apendicitis. La historia resumida de este caso, es la siguiente:

Héctor García, de doce años de edad, había caído enfermo en Mayo del año mencionado. El doctor F. Echeverría había diagnosticado una apendicitis, y viendo que el niño no seguía bien, llamó en

junta, después de algunos días, a los doctores J. Trumbull y W. Martínez. El 4 de Junio fué invitado Olof Page para ver al niño, con el objeto de operarlo en caso de necesidad. El enfermito presentaba fiebre de 39,5 grados, marcaba aceleración del pulso, dolor en toda la región abdominal y vómitos. En la fosa ilíaca derecha, se notaba una tumefacción dolorosa, que a la percusión producía un manifiesto sonido mate. En la mañana del 5, se cloroformó al niño sobre una mesa y después de lavar el abdomen con jabón y agua tibia, se hizo una incisión de más o menos seis centímetros de largo en la fosa ilíaca derecha, correspondiente al punto más elevado de la superficie y en donde se notaba más acentuada la macicez. Salió una cantidad considerable de pus; no fué posible, a la palpación de la cavidad, sentir el apéndice. Se hizo el lavado de la cavidad, con solución tibia de lisol al 1:300, y el taponamiento, con tiras de gasa y algodón hidrófilo. El postoperatorio no fué muy bueno, pero a las tres semanas, existía la esperanza de que todo peligro de una nueva complicación había pasado. El 26 de Junio, sin embargo, el niño empezó a sentir de nuevo dolores en el abdomen, que luego se hicieron inaguantables, y a los pocos días el estado del enfermo se hizo tan alarmante que Olof Page decidió practicar una nueva operación, habiendo diagnosticado una obstrucción intestinal, por bridas o adherencias peritoneales. A las 8 P. M. del 2 de Julio, se suministró el cloroformo, y a la luz de una lámpara de gas y de dos velas de esperma, procedió a operar el caso, en compañía de los colegas arriba mencionados. Fué necesario practicar una laparatomía mediana, para aliviar la estrangulación del intestino; se encontró una densa brida que fué seccionada. Los intestinos, considerablemente inflamados, se desprendieron en el acto y se escaparon fuera de la cavidad abdominal. Fueron cubiertos con paños estrujados en agua caliente y repuestos en su lugar, aunque con dificultad, por medio de una gran esponja plana y ancha. Esta esponja, sin uso anterior, había sido lavada en la casa del enfermo, remojándose por dos horas antes de la operación, en una disolución de lisol al 1 por ciento. A los cuatro días, hubo un movimiento del vientre natural y abundante, y posteriormente no hubo interrupción en la reconvalecencia del enfermo.

Esta es la primera observación de una apendicitis operada, publicada en Chile, y aunque el cirujano no hizo otra cosa que abrir el foco purulento, sin extirpar el apéndice, salvó la vida del enfermo que, sin intervención, habría muerto con seguridad casi absoluta.

En 1896 aparece en nuestra literatura, la primera comunicación presentada a la Facultad de Medicina y Farmacia, sobre *"Apendicitis y su tratamiento quirúrgico"*, del profesor Ventura Carvallo Elizalde, que ha colaborado como primero y en forma muy efectiva, para el mejor conocimiento de esta enfermedad en Chile. Hace el doctor Carvallo en esta comunicación de Mayo del año mencionado, la relación de tres casos de apendicitis que había operado recientemente, presentando uno de los apéndices resecados, pieza que llamaba la atención por sus dimensiones y una extensa ulceración. Diserta en seguida, sobre las teorías reinantes y sobre el tratamiento que cuenta con más adeptos en las escuelas europeas, y termina recomendando la *resección del apéndice, como el único tratamiento verdaderamente curativo.* Hacer otra cosa, dice al terminar, es dejar a los pacientes bajo la amenaza de nuevos ataques cada vez más graves.

En el mismo año 1896, se publica la tesis de grado del doctor Germán Aliaga Larrea, interno de la Clínica del profesor Carvallo, titulada *"Sobre apendicitis"*. *"Estudio hecho con ocasión de las primeras resecciones del apéndice vermicular practicadas en Chile"*.

El doctor Germán Aliaga Larrea, boliviano de nacimiento, había hecho sus estudios en Chile. Más tarde se radicó en Iquique, en donde dirigió, durante muchos años, el servicio de cirugía de mujeres del hospital de esa ciudad, contribuyendo grandemente al progreso de esta rama de la medicina en el Norte de nuestro país.

En su tesis sobre la apendicitis, *basada en las tres primeras intervenciones quirúrgicas practicadas entre nosotros con el diagnóstico previo de apendicitis y con extirpación del apéndice,* analiza el cuadro nosológico de la apendicitis y propone, como clasificación anátomo-patológica más aceptable, la propuesta por Sonnenburg y Talamon en Europa: 1) Apendicitis simple que puede ser aguda o crónica; y 2) Apendicitis purulenta que puede ser perforante o no perforante. Al referirse al tratamiento, condensa su pensamiento en las siguientes palabras: "Resumiendo lo expuesto sobre el tratamiento de la apendi-
" citis, concluiremos diciendo con Talamon: "El tratamiento de la
" apendicitis, no puede ser del dominio exclusivo del médico ni del
" cirujano; pues el primero tiene demasiada tendencia a la contem-
" porización, que muchas veces puede ser fatal para el enfermo; el
" segundo, se decide con exagerada precipitación a echar mano de
" su bisturí, lo que a menudo es inútil. El concurso de estos dos repre-

" sentantes del arte de curar, puede únicamente llevar a una sana y " prudente apreciación de la conducta que debe observarse".

Por su interés histórico transcribimos, en forma resumida, la historia clínica correspondiente al *primer caso de apendicitis operado en Chile, con extirpación del apéndice.*

Ricardo Raso, de 21 años, soltero, peón, ingresó al servicio de la Clínica Quirúrgica del profesor Carvallo, el 13 de Abril de 1896; ocupó la cama número 2 de la sala del Carmen. Tres días antes, había sufrido un dolor intenso en el vientre, sobre todo en el lado derecho.

Examinado por el médico de servicio, cree éste que se trata de una oclusión intestinal; le prescribe un evacuante intestinal (30,0 de aceite de ricino), que más o menos a las tres horas, le produjo una deposición líquida. En la tarde se siente un poco aliviado; pero el dolor en la fosa ilíaca, persiste, sobre todo a la presión. La temperatura, a las 6 P. M., es de 37,8°. Tres días después, el dolor se mantenía fijo en la fosa ilíaca derecha. Examinado con más atención por uno de los jefes de clínica, el doctor Gregorio Amunátegui Solar, se piensa en la posibilidad de una apendicitis purulenta, debida probablemente a una perforación del apéndice. El 18 de Abril, es decir, cinco días después de su ingreso, el profesor Carvallo decide la operación. Se descubre una cavidad purulenta de más o menos el volumen de una naranja, en la que flota libremente el apéndice. Apendicectomía, tapón de Mikulicz. El enfermo sanó sin contratiempo alguno.

El *segundo* caso también fué operado en el mismo año, 1896, por Ventura Carvallo, e igualmente sanó.

El *tercer* caso, que se menciona en la memoria de Aliaga Larrea, fué operado por uno de los más famosos cirujanos de aquellos años, Raimundo Charlin. También se extirpó el apéndice, pero el enfermo, que ya tenía una peritonitis generalizada, falleció a los pocos días.

Con estas primeras publicaciones entre nosotros, la apendicitis se había convertido también en nuestro ambiente médico, en una cuestión de palpitante actualidad. Se repetía en pequeño, lo que en Europa había dado lugar a tantas acaloradas discusiones y controversias. La apendicitis encontró, de la noche a la mañana, un lugar preponderante que, pocos años antes, no había tenido ni en los mejores tratados de patología.

En los debates de la Sociedad Médica de los años 1888/89, cirujanos y médicos discuten y defienden sus puntos de vista. Surgen las divergencias de opiniones, que hasta dividen a los cirujanos entre

sí. Mientras que los primeros abogan por el tratamiento médico y proscriben la intervención quirúrgica, salvo casos excepcionales, los cirujanos mantienen que es muy distinto curar un ataque, que curar la enfermedad misma; las recidivas son frecuentes y cada vez más graves. Un punto de apreciación particular para los cirujanos, en el cual no estaban acordes, era el cuándo de la operación. Así llegamos al Congreso Médico Latino-Americano del año 1901, que marca época en la historia de la apendicitis en nuestro país. El profesor Ventura Carvallo, presenta un trabajo basado en 51 operaciones por apendicitis, practicadas en los últimos cinco años. Con autoridad propia establece en su comunicación titulada *"Cirugía de la apendicitis"*, algunos puntos fundamentales, y termina su disertación, con estas cortas y precisas frases: "Guiado exclusivamente por mi práctica, declaro " en alta voz, que la apendicitis carece de tratamiento médico. Los " purgantes deben proscribirse en absoluto. El tratamiento quirúrgico, " es el soberano de esta enfermedad. La expectación es, en tesis " general, más peligrosa que la intervención. No hay signo alguno " que revele que el enfermo de apendicitis, que por primera vez sufre " un ataque, va a terminar o no por resolución. Operando temprano, " se simplifica el manual operatorio; si se opera tarde, las adherencias, " la gangrena del apéndice y la supuración, dificultan la intervención. " Jamás me he arrepentido de la intervención, y sí, muchas veces, de " la expectación".

Esta línea de conducta, aceptada hoy día unánimemente, le permite salvar a 48 de sus 51 operados, a pesar de que en 47 de ellos existían ya diversas formas de peritonitis. Debemos recordar, para destacar la importancia de esta comunicación del eminente cirujano y profesor chileno, que en Europa los cirujanos se dividían todavía en intervencionistas y no intervencionistas, y que de los primeros, la mayoría eran contemporizadores y preferían operar en frío.

"No hay duda" —dice Vargas Salcedo, refiriéndose al Congreso Médico Latino-Americano del año 1901— "que aquella asamblea " médica sirvió para orientar la opinión, especialmente de los médicos, " en orden a alguno de los temas principales y, por lo que respecta " a la apendicitis aguda, va a despertarse ya la conciencia de su " gravedad, y médicos y cirujanos se van a poner de acuerdo para " no vacilar y operar lo más pronto posible, toda apendicitis diagnos- " ticada".

A continuación del profesor Ventura Carvallo, debemos mencionar a otro cirujano chileno que ha contribuído, de manera muy efectiva, para el mejor conocimiento de la apendicitis en Chile: Lucas Sierra. En 1893, escribía ya una interesante correspondencia enviada a la Revista Médica y fechada en Londres, sobre *"Las apendicitis consideradas desde el punto de vista quirúrgico"*, en que exponía las ideas modernas que reinaban en aquella época en las clínicas más adelantadas de Europa. En 1895 enviaba a la misma revista, desde Berlín, la traducción del último trabajo del profesor Sonnenburg, cuya práctica había seguido durante largos meses en el hospital de Moabit. Posteriormente, en numerosas y utilísimas publicaciones, Lucas Sierra vuelve a ocuparse de dicha afección; en una de ellas, refiriéndose a lo que había observado en Europa, en los años en que la apendicitis era una cuestión de palpitante actualidad y el tema obligado de las discusiones de los congresos, dice que en suma habían sido Sonnenburg y Treves, los dos hombres que más profundamente habían impresionado su espíritu, en la interpretación que se daba en Europa a la apendicitis; eran eclécticos-conservadores, eminentemente individualistas. Y ésta fué también, durante los primeros años después de su regreso a Chile, la conducta que recomendaba Lucas Sierra, frente al problema de la apendicitis aguda. En los primeros años de nuestro siglo, vemos que también él había entrado, resueltamente, a engrosar las filas de los que sostenían y preconizaban la operación inmediata. Una de sus publicaciones de aquellos años, terminaba con la siguiente frase, que ha conservado todo su valor clínico: "En materia de apendicitis, no se sabe jamás lo que puede suceder".

En 1915, vemos abrirse nuevamente, en el seno de la Sociedad Médica, la discusión sobre el tratamiento de las apendicitis y colecistitis; pero ella revela ya, el progreso considerable realizado en la concepción de ambas enfermedades, y en cuanto a la apendicitis aguda, se observa casi una completa armonía entre las ideas médicas y quirúrgicas. El acuerdo fué casi unánime también: diagnosticada la apendicitis aguda, debe operarse lo más rápidamente posible, a pesar de que todavía se oyen algunas voces de internistas prestigiosos, que estiman que existe, a veces, manifiesta ventaja de operar en frío, que no aceptan que todas las apendicitis deben ser operadas, y que deben buscarse los medios de precisar el diagnóstico entre una afección benigna y otra que no lo es. De mayor interés, es la discusión acerca de la forma *crónica* de la enfermedad. Aquí, los internistas protestan

contra la exageración de las intervenciones, tanto en la apendicitis crónica, como también en la colecistitis, que no ha conducido sino a desprestigiarlas. Llaman la atención sobre los frecuentes errores de diagnóstico, las llamadas "falsas apendicitis", por Dieulafoy, que son operadas indebidamente y que forman la legión de los "acuchillados", de Dieulafoy, y que después de la operación, se quejan de las mismas molestias por las cuales fueron sometidos a ella.

Muchísimas son las publicaciones posteriores a estas primeras que hemos mencionado, que han contribuído a difundir más el conocimiento de la apendicitis en Chile, muchas de las cuales se detallan en la bibliografía. Se han escrito más de veinte tesis de licenciatura, relacionadas con la afección que nos ocupa; ha sido discutida, en todas las sociedades médicas y quirúrgicas y en varios congresos nacionales, y latino-americanos. La apendicitis, "la gran enfermedad abdominal", ha encontrado en la patología de las enfermedades abdominales, el lugar que le corresponde. Miles de casos han sido operados en nuestras clínicas y hospitales, en los últimos años, con una mortalidad bajísima, pero seguramente más alta que la de los países europeos y de Estados Unidos, debido a que nuestro público no conoce todavía, en forma suficiente, los grandes peligros a que expone una apendicitis, si no se instituye, en su comienzo, el único tratamiento racional, la intervención precoz, evitando así, que el enfermo llegue con premura a manos del cirujano.

El conocimiento de la *apendicitis crónica*, es muy posterior al de la apendicitis aguda y subaguda, y nació como consecuencia de esta última forma. Tuvo, como tantas otras afecciones no bien caracterizadas, también su pléyade de creyentes e impugnadores. Hoy día ha alcanzado los honores de la consagración médico-quirúrgica, pero tuvieron que pasar muchos años, para que esto sucediera. En las primeras publicaciones, de principios del siglo, se trata en realidad nada más que de observaciones anátomo-patológicas; sólo después de 1910, se empieza a darle cierta importancia al aspecto clínico de la enfermedad. Son muchos los nombres de autores, ligados al de la apendicitis crónica; entre nosotros debemos mencionar, en primer término, nuevamente a Ventura Carvallo, quién, en su trabajo ya referido presentado al Primer Congreso Médico Latino-Americano de 1901, trata ya de las apendicitis crónicas, sus trastornos digestivos que suelen provocar, el tinte terroso de los enfermos, etc., sin darles mayor trascendencia.

Posteriormente aparecen numerosas publicaciones que se ocupan, en una u otra forma, del problema de la apendicitis crónica, muchas de ellas consignadas en nuestra bibliografía, entre las cuales debemos mencionar, en primer lugar, la tesis de licenciatura, del año 1923, de José García Tello; magnífico y extenso trabajo, en que abarca el problema en toda su amplitud. En nuestra Sociedad de Cirugía, fué también, ampliamente discutida en varias ocasiones, aportando, médicos y cirujanos, sus conocimientos. No puede considerarse ya como un "mito", la apendicitis crónica, cuya existencia, como un cuadro anátomo-clínico independiente y bien caracterizado, en muchos casos, ha quedado definitivamente establecida.

BIBLIOGRAFIA

ALIAGA LARREA, GERMÁN. Sobre apendicitis. Estudio hecho con ocasión de las primeras resecciones del apéndice vermicular, hechas en Chile. Tesis, 1896. Rev. Méd. 1896.—A. T. Sobre el tratamiento de la apendicitis. Rev. de Med. e Hig. Valparaíso, 1899.—BIANCHI, A. Anatomía patológica de la apendicitis crónica. An. del Inst. Méd. de Clínica Médica, 1936.—CAPLÁN, B. Diagnóstico radiológico de la apendecitis crónica. Tesis, 1923.—CARVALLO E., VENTURA. Apendicitis y su tratamiento quirúrgico. Bol. de la Fac. de Medicina y Farm. 1898.—CARVALLO E., VENTURA. Estudios sobre peritonismo, 1904.—CARVALLO E., VENTURA. Tratamiento actual de la peritonitis, 1910.—CARVALLO E., VENTURA. Lecciones de clínica quirúrgica, 1915.—CONTADOR, J. Apendicitis sin síntomas, de la fosa ilíaca derecha. Tesis, 1922.—CORDOVA, LUCIO. Apendicitis larvada y trastornos menstruales. Rev. Méd. 1904.—COVARRUBIAS, ALVARO. Cirugía de la fosa ilíaca derecha. 1.er Congreso Nac. de Cirugía, 1924.—COVARRUBIAS, ALVARO. Apendicitis crónica. Bol. Soc. Cir. 1928.—DE LA FUENTE, JOSÉ. Apendectomía preventiva. Tesis, 1911.—GAJARDO TOBAR, ROBERTO. Apendicitis y los vermes parásitos del intestino. Tesis, 1930.—GARCÍA TELLO, J. La apendicitis crónica. Tesis, 1923.—GARCÍA TELLO, J. Sugestiones sobre apendicitis crónica. 1.er Congreso Nac. de Cirugía, 1924.—GARRETON SILVA, A. DONOSO INFANTE, A. ZELIS MEYER, R. Sobre la presencia y el diagnóstico de la apendicitis crónica. Rev. Méd. 1941.—KOHAN, ROBERTO. La apendicitis aguda en el niño. Med. Mod. 1932.—LEYTON, FLORIDOR. Sobre apendicitis. Rev. Méd. 1899.—NAVARRO, FRANCISCO. Apendicitis crónica. Bol. Soc. Cir. 1928.—OPAZO, FERNANDO. Trat. de las peritonitis difusas agudas, por el proced. de Murphy. Tesis, 1911.—PAGE, OLOF. Laparatomía consecutiva a una operación de apendicitis supurada. Rev. Méd. 1894.—PARDO CORREA, C. Apendicitis. Rev. Méd. 1899.—PARDO CORREA, C. Apendicitis crónica. Bol. Soc. Cir. 1928.—PUMARINO, RENÉ. La intervención precoz en la apendicitis aguda. Tesis, 1932.—RAYO, RIQUELME. Fisiología del apéndice íleo-cecal, y diagnóstico e intervención precoz de las apendicitis agudas. Tesis, 1913.—

Ríos, René. Exploración quirúrgica del drenaje abdominal en las peritonitis abdominales de origen apendicular. Anuario Clín. Quir. de Concep. 1933.—Schmidt, Carlos. Contribución al estudio de la apendicitis. Tesis, 1904.—Sierra, Lucas. Las apendicitis consideradas desde el punto de vista quirúrgico. Correspondencia de Europa. Rev. Méd. 1894.—Sierra, Lucas. De las apendicitis simples. Correspondencia de Berlín, 1895.—Sierra, Lucas. Las apendicitis agudas. Rev. Méd. 1906.—Sierra, Lucas. Apendicitis. Rev. Méd. 1912.—Sierra, Lucas. Cuatro conferencias sobre cirugía abdominal, 1923.—Sierra, Lucas. ¿Es un mito la apendicitis crónica? Bol. Soc. Cir. 1928.—Sierra, Lucas. Una REAL operación de apendicitis. Rev. del Hosp. Clín. de San Vicente de Paul, 1935.—Valdés Barros, Julio. Absceso retro-cecal. Rev. Méd. 1899.—Vargas Salcedo, Luis. Apendicitis crónica. Bol. Soc. Cir. 1928.—Vargas Salcedo, Luis. A propósito de ¿es un mito la apendicitis crónica? Bol. Soc. Cir. 1928.—Vargas Salcedo, Luis. La cirugía abdominal en Chile. Anales de la Facultad, 1937.—Venegas Aravena, Francisco. La apendicitis crónica como entidad anátomo-clínica. Tesis, 1942.

CAPITULO XV

LA CIRUGIA DEL PANCREAS

"Pensemos, en consecuencia, cuántos enfermos debemos operar aun sin un diagnóstico preciso, pero pensemos al mismo tiempo, cuántos enfermos deben morir, año tras año, porque un médico tímido temporiza, creyendo que debe esperar la aparición del cuadro clínico clásico."

Lucas Sierra, 1928.

La cirugía del páncreas, no comenzó sino en los últimos decenios del siglo pasado. Hasta el año 1882, no se tenía todavía un criterio bien definido sobre las intervenciones en este órgano. Bozemann, en Alemania, extirpó en esta época, por equivocación, un quiste del páncreas. El primero en efectuar una operación sobre él, sabiendo que se trataba de una afección del páncreas, fué Gussenbauer, de Viena, al intervenir, en el año mencionado, por un quiste de esta glándula; afección sobre la cual publicó un estudio acabado, insistiendo, además, en la necesidad de intervenir en las pancreatitis agudas. Por la situación tan profunda y escondida de la glándula, no es de extrañar que sus afecciones entraran tardíamente al dominio de la cirugía. Los anatomistas, fisiólogos y patólogos, debían previamente preparar el camino para el cirujano. A mediados del siglo XVII, en 1643, el anatomista bávaro Wirsung había señalado la existencia del conducto que lleva su nombre, imprimiendo con esto un rumbo nuevo, al estudio de este órgano tan poco conocido. En 1775, Santorini descubrió el segundo canal pancreático; pero su significación e importancia sólo fueron debidamente apreciados, a mediados del siglo XIX, gracias, en particular, a los trabajos de Verneuil y Claudio Bernard. Posteriormente, son innumerables los investigadores que estudian estos conductos y

especialmente su disposición, por la importancia que ella parece tener en la etiopatogenia de las pancreatitis agudas.

La importancia fisiológica de la glándula fué señalada primeramente, en 1856, por Claudio Bernard, y sus minuciosas investigaciones fueron posteriormente confirmadas, entre otros, por los trabajos de Bidder, Kuehne y Heidenhain. Las pancreatitis habían sido señaladas ya en siglos anteriores, pero su conocimiento, hasta mediados del siglo pasado, era todavía muy confuso. Cleessen, en 1845, describe algunos casos de pancreatitis aguda; Friedreich, en 1878, expone el cuadro clínico, basado ya en los trabajos anatomo-patológicos de Rokitansky, Virchow y Klebs. Balser fué el primero en describir la *necrosis grasosa*, en 1882; lesión tan característica de la afección, designada posteriormente por el gran maestro Dieulafoy, con el nombre de *esteatonecrosis*. En 1889, v. Mehring y Minkowski, demuestran que la extirpación total del páncreas, provocaba la diabetes en los animales. En 1922/23, Banting y Best descubren la *insulina*, que los estudios de Langerhans, Bensley, Lépine y otros, hacían presumir. *Su descubrimiento, representa uno de los triunfos más grandes de la medicina moderna.* Innumerables trabajos posteriores de anatomistas, fisiólogos, patólogos, médicos y cirujanos, contribuyeron a precisar el estado actual de nuestros conocimientos.

A los trabajos quirúrgicos ya mencionados, de Gussenbauer, siguieron luego los de Senn de Chicago, Kroenlein, Nicaise, Madelung y Reginald Fitz. A Mayo Robson corresponde el mérito de haber llamado en sus *"Hunterian lectures"*, la atención hacia la importancia que, en la etiología de las pancreatitis agudas, tienen las colecistitis, y hacia el hecho que en ellas es muy frecuente encontrar una litiasis del colédoco en su porción pancreática. En 1898 Koerte, en Alemania, publicó su obra titulada *"Las afecciones quirúrgicas y lesiones del páncreas"*, obra que marca época en la historia de la cirugía del páncreas. Con ella empieza una cirugía racional de este órgano, y a dársele su verdadero valor. Como veremos más adelante, son muchos los nombres ligados, en una u otra forma, a los progresos alcanzados en los últimos años en la cirugía del páncreas; pero estamos aún lejos de poder dilucidar muchos problemas, y tropezamos todavía a cada paso, con vacíos considerables en nuestros conocimientos sobre la naturaleza íntima de las enfermedades de esta glándula.

La cirugía del páncreas comenzó entre nosotros, al igual que en Europa, con la intervención operatoria por un quiste de este órgano. En la *Revista Médica* de Febrero de 1904, Edwyn Reed, entonces ayudante de la Clínica de Sierra, publica el caso al cual nos referimos, que había sido operado con el diagnóstico de quiste del páncreas y que resultó ser un *falso quiste* que se marsupializó. La anamnesis revelaba en este enfermo, la existencia de un traumatismo abdominal anterior que, como es bien sabido, permite en algunos casos la diferenciación de los llamados, por Koerte, *seudoquistes pancreáticos* de los *verdaderos*. Edwyn Reed vuelve a presentar esta observación al Primer Congreso Nacional de Cirugía, verificado en Valparaíso en 1924, en el cual Francisco Navarro lee una interesante comunicación sobre los quistes del páncreas observados en Chile. Por una rara casualidad, Reed había encontrado al enfermo del falso quiste del páncreas, 18 años después de su primera publicación; trabajaba entonces como conductor de uno de los tranvías a Viña del Mar, y estaba en perfectas condiciones de salud.

Si bien es cierto que es ésta la primera observación en nuestra literatura, sobre una intervención en el páncreas, también es cierto que existen algunas referencias anteriores sobre la cirugía de este órgano. Ya, en 1903, Lucas Sierra había operado a una enferma de 50 años de edad, en la cual ejecutó una colecistectomía por colecistitis con degeneración carcinomatosa de sus paredes. La enferma era portadora, además, de un tumor del páncreas del tamaño de un puño de adulto. *Es éste, probablemente, el primer caso de enfermedad quirúrgica del páncreas, que se halla registrado en nuestra literatura.* Al año siguiente en 1904, el mismo Lucas Sierra publica, en nuestra Revista Médica un resumen de las experiencias de Mikulicz, de Breslau, y Mayo Robson, de Leeds, sobre cirugía del páncreas, considerada por el primero de estos cirujanos, como el capítulo más incompleto del dominio de la cirugía abdominal. El páncreas no había atraído todavía, prácticamente, la atención quirúrgica. Según Mayo Robson, era curioso observar como las afecciones de esta glándula y en especial la pancreatitis aguda, una de las más serias y fatales enfermedades que estalla a veces de una manera violentísima, habían podido escapar a la observación de los médicos, hasta hace muy poco. Afortunadamente ya había sido posible a la cirugía, intervenir eficazmente en algunos de estos casos de pancreatitis aguda.

En nuestra literatura nacional, se encuentran varias publicaciones más sobre quistes del páncreas. Oscar Espinoza, ayudante de la clase de Anatomía Patológica del Profesor Emilio Croizet, refiere, en 1918, una observación muy interesante de un enfermo que había sido operado por Luis Aguilar, en la clínica del Profesor Amunátegui. No se había efectuado un diagnóstico preciso; la intervención estableció sólo la existencia de un enorme quiste, cuyo origen no pudo ser localizado. El enfermo falleció pocos días después y en la autopsia se comprobó, además de una litiasis de la vesícula, un gran quiste por retención de la cola del páncreas y un epitelioma papilar del conducto de Wirsung, a corta distancia de su desembocadura, que obstruía por completo su lumen. La memoria de licenciado de Octavio Orellana Fuentes, del año 1921, "*Tumores quísticos del páncreas*", está basada en el estudio de tres observaciones: una de la Clínica del Profesor Amunátegui, otra de la del Profesor Navarro, y una tercera, la ya mencionada, en que intervino Luis Aguilar. Francisco Navarro presenta al *Primer Congreso Nacional de Cirugía*, en 1924, un acabado estudio sobre la materia, basado en la observación de cinco casos, tres personales y los dos citados anteriormente. Tres veces se trataba en estos casos de quistes por retención, una vez de un seudoquiste consecutivo a un traumatismo, y una vez de un cisto-adenoma del páncreas. Posteriormente a este completo trabajo acerca de los quistes del páncreas, de Francisco Navarro, encontramos en nuestra literatura sólo referencias a casos aislados, (González Cortés, Guillermo Münnich, Lucas Sierra, Luis Opazo, Adolfo Reccius).

El *quiste hidatídico del páncreas*, es una afección excepcional; hecho que se explica fácilmente, por la compleja vía que debe seguir el parásito para alcanzar este órgano. Aun en la República Argentina donde la hidatidosis es incomparablemente más frecuente que entre nosotros, esta localización se observa muy raras veces. En una estadística publicada por Herrera Vegas y Cranwell, autores argentinos a los cuales nos hemos referido ya anteriormente, y que abarca 1700 observaciones de quistes hidatídicos, sólo en una el parásito estaba localizado en el páncreas. Nuestra literatura registra un solo caso de equinococcia pancreática, observado y publicado por de Ramón, en la Revista Médica del año 1922. El diagnóstico no se hizo sino en la mesa de operación, pues todas las reacciones habían sido negativas, tampoco se había observado la redondez característica de los quistes

hidatídicos. El autor de la observación, hace ver que en la obra de Keen, no se habla sino de 7 casos de quistes hidatídicos del páncreas, registrados en la literatura mundial.

La más importante de las afecciones quirúrgicas del páncreas, es, incuestionablemente, la *pancreatitis aguda* en sus diversas formas, cuyo diagnóstico, a pesar de la intensidad del "drama pancreático", todavía no se establece con mayor frecuencia antes de la operación, porque, como ya lo había dicho Koerte, "no se tiene lo suficientemente " presente, que todo enfermo tiene un páncreas", y porque se piensa en otras afecciones agudas de la cavidad abdominal más frecuentes: perforación de una úlcera péptica o de la vesícula biliar, oclusión intestinal, apendicitis aguda, etc. Hoy día debemos aceptar que entre las formas atenuadas de pancreatitis, el *edema* del órgano, que se manifiesta por síntomas poco acentuados y que tiende a la curación espontánea, y las *pancreatitis hiperagudas*, que clínicamente se caracterizan por una sintomatología muy ruidosa y acarrean la muerte más o menos rápidamente, existen todas las formas de transición.

Entre nosotros no existían, hasta hace pocos años, estudios completos sobre las pancreatitis agudas, ni anátomo-patológicos ni clínicos, que permitiesen formarse una idea más o menos clara sobre ellas, sus particularidades, su morbilidad y mortalidad, etc. Se le consideraba como una afección excepcional, cuyo diagnóstico raras veces se establecía antes de la intervención. En realidad hasta 1922, encontramos en nuestra literatura nada más que casos aislados, más o menos bien estudiados; pero faltaba una visión en general de la modalidad de las pancreatitis en nuestros enfermos. Esto ha cambiado en los últimos años, con la publicación de algunos excelentes trabajos sobre esta materia, que la enfocan desde distintos puntos de vista.

La *etiopatogenia* de la pancreatitis aguda, sigue siendo discutida, a pesar de que en los dos últimos decenios se ha avanzado considerablemente en el estudio experimental de la afección, lográndose reproducir en los animales, desde el simple edema hasta la necrosis total aguda del órgano. La mayoría de los investigadores aceptan hoy día, que el sindroma no es atribuible a infecciones y que lo que predomina en él, es siempre la activación del jugo pancreático. Las causas que pueden desencadenar una pancreatitis aguda, son diversas, así lo demuestran la observación clínica, la histo-patológica y la experimentación. Las distintas teorías patogénicas, invocan factores que no

se pueden negar; la más aceptada de ellas, la teoría *canalicular*, es la que reposa también sobre bases más sólidas, porque no cabe duda alguna que, entre los factores que intervienen más frecuentemente para desencadenar el sindroma pancreático agudo, se encuentra la litiasis biliar. La coexistencia de ambas afecciones es, como luego veremos, bien concluyente en este sentido.

En 1935, Raimond Gregoire consiguió experimentalmente reproducir la lesión aguda del páncreas, valiéndose de un camino distinto de los hasta entonces conocidos. Para este autor no se trata de una entidad morbosa localizada, sino de un proceso general en el cual la pancreatitis aguda no tendría más que un origen *alérgico;* se trataría en realidad de un choque, llamado por algunos autores, anafilactoideo, por la analogía que presenta con el choque anafiláctico. No podemos entrar a discutir la teoría de Gregoire, sólo la mencionamos, porque las experiencias de este autor han sido estudiadas y reproducidas, también, entre nosotros. En el *Primer Congreso Chileno y Americano de Cirugía* del año 1939, uno de los relatos oficiales trataba sobre la pancreatitis aguda. Raúl Covarrubias Zenteno expone el resultado de sus estudios experimentales en el perro, sobre las tres teorías que actualmente se aceptan como más cercanas a la realidad, y que se han planteado para explicar la génesis del sindroma agudo pancreático: la *vascular*, *canalicular* y *anafiláctica*. El autor ha reproducido las experiencias de Gregoire, con idénticos resultados, y el concepto que con sus experiencias ha formado, es que, sin desconocer el valor, de la teoría canalicular, desde el punto de vista de sus observaciones la teoría de mayor valor es la llamada anafiláctica de Gregoire. Sin embargo, Jorge de la Fuente, en su tesis sobre *Pancreatitis aguda*, del año 1944, del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, expone que, siguiendo exactamente las experiencias de Covarrubias Zenteno, obtiene resultados completamente diferentes. En ningún caso logró producir la pancreatitis y, según él, hasta ahora faltan hechos que permitan afirmar que en el hombre, la pancreatitis aguda tenga un origen alérgico, aunque tampoco se puede rechazar de plano esta posibilidad.

Como hemos dicho más adelante, la mayoría de los autores extranjeros y nacionales, aceptan, hoy día, que en la patogenia de la pancreatitis aguda, es la teoría canalicular la que se basa sobre fundamentos más sólidos, en primer lugar, por la enorme frecuencia de la concomitancia con la litiasis canalicular, y en seguida, por lo que nos

enseña la experimentación. No cabe duda alguna ya, por la observación clínica, que en la gran mayoría de los casos el factor responsable es de origen biliar y, muy frecuentemente, una litiasis del colédoco o un cálculo enclavado en la ampolla de Vater. El reconocimiento de estos factores etiológicos ha traído también, como luego veremos, un concepto más razonable de la intervención operatoria.

La disposición del colédoco y del conducto de Wirsung y Santorini, ha adquirido una importancia particular con la teoría canalicular, y son muchísimos los estudios que han tratado de relacionar el valor que puede tener esta disposición, en la producción de la pancreatitis aguda. Entre nosotros, también existen varios estudios de esta naturaleza. Javier Núñez Núñez, en su tesis del año 1939, publica sus investigaciones hechas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Ramón Barros Luco, impulsadas por Gustavo Girón, profesor de Anatomía Descriptiva, y basadas en 100 disecciones anátomo-radiográficas sobre la disposición colédoco-Wirsung. Llega a la conclusión que entre nosotros, en la pancreatitis aguda, la enfermedad de las vías biliares se presenta en un 83,3%, y la litiasis de la vesícula en el 70%, la del colédoco en el 33,3%, que el reflujo al canal pancreático es posible, tanto en el cadáver como en el vivo, y que en la patogenia de la pancreatitis aguda, la teoría canalicular es la que tiene bases más sólidas de experimentación y de hechos clínicos. En realidad, son muchos los experimentadores que han logrado determinar una pancreatitis hemorrágica, por medio de la inyección de bilis o de jugo duodenal en el conducto de Wirsung, siempre que esta inyección se practique en el momento de la actividad funcional del páncreas. (Claudio Bernard, (1856); Opie, (1901); Flexner, Polya, (1906); Brocq, (1918); y muchos otros).

También Carlos Medina Leiva, en su magnífica tesis aprobada con recomendación especial, del año 1941, "*Anatomía duodeno-páncreas*", investiga, en la cátedra de Anatomía del profesor Gustavo Girón, la disposición de los conductos excretores del páncreas, Wirsung y Santorini, recurriendo a la radiología y a la disección.

Hemos mencionado que, a favor de la teoría canalicular, existe un hecho establecido desde hace muchos años por todos los autores, *la concomitancia de litiasis biliar y pancreatitis aguda.* La encontramos señalada por Mayo Robson, Kocher, Lecene, Sebening, Nordmann, Pavlovsky y, en general, por todos los autores que han estudiado la etiopatogenia de la pancreatitis aguda que, según la expresión de

Schmieden, "puede considerarse como una segunda enfermedad de la "litiasis". Esta se hace presente en un 70 a 90%, y aún, según algunos investigadores, en un porcentaje mayor y, como dice un autor nacional, "no seguramente en un papel de mudo e inocente testigo".

Entre nosotros, esta concomitancia de pancreatitis aguda y litiasis biliar, ha sido estudiada por varios autores, y es, también, sumamente frecuente. Veamos algunas cifras. Hemos mencionado anteriormente, el resultado de las investigaciones de Javier Núñez, en su tesis del año 1939. Muñoz Hidalgo, en los Servicios de Anatomía Patológica del Hospital San Borja y Barros Luco, estudia la patogenia de la afección, y encuentra una concomitancia entre la litiasis y la pancreatitis aguda, sobre el 80%, y en una tercera parte de los casos de pancreatitis aguda, existía una litiasis del colédoco. Héctor Guarda, en su tesis del año 1938, llega a resultados muy parecidos. Jorge de la Fuente, en sus observaciones del Hospital Carlos Van Buren del Valparaíso, encuentra la litiasis biliar en casi un 60%, y la litiasis del colédoco, entre el 6 y 7%; pero esta proporción aumenta considerablemente, considerando sólo los casos autopsiados y registrados en la Estadística del Servicio de Anatomía Patológica. Cifras muy parecidas encontramos, también, en otras publicaciones nacionales, y ellas permiten deducir, *que la litiasis tiene una enorme influencia en la producción de la pancreatitis, sin que podamos negar que existen otros factores, no bien conocidos, capaces de desencadenar el drama pancreático.*

Hemos dicho que hasta el año 1922, la pancreatitis aguda ha sido tratada sólo en forma casuística. Hasta entonces, la afección aparentemente se presentaba pocas veces entre nosotros. De Amesti cita en 1924, la autorizada experiencia del Profesor Croizet, que en más de cinco mil autopsias practicadas, había encontrado sólo dos veces esta enfermedad. En 1922, aparece la primera tesis de licenciado sobre pancreatitis aguda, en que su autor, Wenceslao Vivanco Goicolea, llama la atención hacia la relativa frecuencia con que se presentan en los hospitales, los casos de pancreatitis agudas, y hacia su elevada mortalidad. Logra reunir seis casos operados por Alvaro Covarrubias, Constant, León y de Amesti. Posteriormente aparece una serie de excelentes estudios sobre la materia, de los cuales enunciaremos los más importantes en orden cronológico. La abundante publicación casuística, se encuentra registrada en nuestra bibliografía. De Amesti, estudia la afección, en "La Clínica" del año 1924, a propósito de

dos observaciones personales; Pablo Barrueto, en su tesis "*Sindroma pancreato duodenal*", (1926); Gilberto Zamorano, en su tesis "*Pancreatitis aguda*", (1929); Héctor Guarda, en su tesis que lleva el mismo título, (1938); Luis Tornero en 1940, estudia los casos de pancreatitis aguda hemorrágica, operados de urgencia en la A. P. de Viña del Mar. En 1939 y 1941, se publican las dos memorias de prueba, ya mencionadas, de Javier Núñez y Carlos Medina Leiva, que estudian, la primera, la disposición anátomo-radiográfica del colédoco - Wirsung, y la segunda, la anatomía del duodeno-páncreas y sus variaciones entre nosotros. Finalmente, en 1944, se publica la memoria de prueba de Jorge de la Fuente, del Servicio de Cirugía de Rudecindo de la Fuente, del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, excelente estudio clínico y experimental sobre la pancreatitis aguda. En el Primer Congreso Chileno y Americano de Cirugía del año 1939, el primer relato oficial corresponde a la *Pancreatitis aguda*. Entre los magníficos relatos y excelentes contribuciones, figuran también varias de autores nacionales: Moisés Díaz Ulloa, presenta un estudio clínico de la afección; Raúl Covarrubias Zenteno, un estudio experimental; Nicolás Muñoz Hidalgo, un estudio anatómico y anátomo-patológico, y finalmente, Manuel Matus y Luis Cabezón, exponen su experiencia basada en ochos casos de pancreatitis aguda, operados personalmente por los autores. En una publicación del año 1945, Humberto Reyes recomienda el *bloqueo anestésico del esplácnico*, como valioso recurso, seguido de la *neumogastrografía*, previa intubación e insuflación del estómago, que permite determinar uno de los signos radiológicos frecuentes de la pancreatitis aguda, el aumento del tamaño del arco duodenal.

De todas estas publicaciones podemos colegir, que la pancreatitis es tan frecuente entre nosotros como en el extranjero, lo cual no debe extrañar, dada la enorme frecuencia de las afecciones biliares en Chile. El aparente aumento de la afección en los últimos años, se debe, en primer término, a mayor seguridad en el diagnóstico, a las intervenciones más frecuentes en nuestros servicios de urgencia y, en seguida, a la mayor frecuencia y prolijidad con que se efectúan las autopsias, en nuestros Servicios de Anatomía Patológica. Entre nosotros, Díaz Ulloa, en su estudio mencionado más adelante, presenta 33 observaciones recogidas en la Casa Central y Postas de A. P. de Santiago, durante los años 1929 a 1937. En el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Van Buren, desde el año 1936 hasta principios del año 1944, han sido afectuadas, según de la Fuente, 3.200 autopsias, de las

cuales 22 corresponden a casos de pancreatitis aguda. Este autor ha podido reunir para su estudio, 54 casos, y atribuye la escasa frecuencia con que otros autores observan la enfermedad, a que éstos no toman en consideración, las formas atenuadas de pancreatitis, cuya sintomatología se confunde, frecuentemente, con las afecciones de las vías biliares. En realidad, es frecuente observar durante las intervenciones el edema agudo del páncreas, que para muchos no es más que una complicación banal en los accidentes de litiasis biliar; el verdadero "drama pancreático", como fué designado por Dieulafoy es, sin embargo, una afección de observación relativamente rara, en comparación a las formas atenuadas de la afección.

Dado el carácter de nuestra exposición, no podemos entrar a estudiar la sintomatología y el diagnóstico de las pancreatitis. Hoy día se acepta la unidad del proceso anátomo-patológico, en sus distintas formas; realmente la forma atenuada, edematosa, descrita sobre todo por Delbet, parece ser sólo el primer estado de la necrosis pancreática. El cirujano experimentado que ha tenido la oportunidad de operar algunos casos, estará más capacitado para hacer un diagnóstico correcto antes de la intervención; en nuestra literatura, los errores de diagnóstico, en los casos referidos, son todavía muy frecuentes.

El *tratamiento* de las pancreatitis agudas, sigue siendo materia de discusión, a pesar de que ha pasado ya por diferentes etapas, desde el comienzo de la cirugía abdominal. En un *primer período*, que llega hasta fines del siglo pasado, la afección era prácticamente desconocida y se confundía con otros procesos agudos del abdomen. Su tratamiento, era exclusivamente médico. A este período sigue un *segundo*, que abarca los dos primeros decenios de nuestro siglo, en que para todos los casos de pancreatitis aguda, se exige la intervención inmediata y sistemática, tan pronto como se hace el diagnóstico. La mortalidad era, naturalmente, muy elevada, porque la intervención se efectuaba en enfermos profundamente choqueados, pero se insistía en que la única probabilidad de éxito consistía en la operación precoz, cualquiera que fuera el estado del enfermo. Todavía en 1928, Lucas Sierra, corroborando a Schmieden, escribía: "Nosotros pensamos que ni aun el " shock, es una contraindicación para la operación. El momento más " oportuno es, justamente, cuando la enfermedad está comenzando. " La intervención operatoria está siempre indicada, en aquellos casos " en que los síntomas abdominales se desarrollan bruscamente y " llevan el enfermo al colapso. Pensemos, en consecuencia, cuántos

" enfermos debemos operar aun sin diagnóstico preciso; pero pensemos " al mismo tiempo, cuántos enfermos deben morir, año tras año, " porque un médico tímido temporiza, creyendo que debe esperar la " aparición del cuadro clínico clásico".

La operación clásica de aquellos años, era el *drenaje de la cavidad abdominal*, con desgarro de la cápsula del páncreas; pero luego, cirujanos de prestigio reconocieron, implícitamente, *que muchos casos de pancreatitis aguda curaban sin intervención.* Se empezó a dudar de lo que hasta entonces habían sostenido la mayoría de los cirujanos, entre ellos Mikulicz, que las pancreatitis debían ser tratadas como un flemón cualquiera y, por lo tanto, ser abiertas y drenadas cuanto antes.

El reconocimiento de la estrecha relación genética entre la cololitiasis y la pancreatitis aguda, produjo, en seguida, un cambio en el criterio quirúrgico. Ya Mayo Robson había insistido, en la conveniencia de las llamadas "operaciones complementarias" como la colecistostomía, drenaje del conducto hépato-colédoco y la extracción de cálculos, cuando era posible hacerla con facilidad. Se creyó que bajando la presión en el árbol biliar, se evitaría también el reflujo biliar en los conductos pancreáticos, y en realidad, el drenaje biliar sistemático en los casos indicados, disminuyó bastante el porcentaje de mortalidad. *Las operaciones complementarias, significaban ya un gran paso hacia adelante.*

En los últimos 15 a 20 años, son muchos los autores que se han preocupado de probar las ventajas del *método conservador*, y que aconsejan la abstención operatoria en todas las formas de pancreatitis aguda. Algunos de ellos han llegado hasta afirmar que la intervención es lisa y llanamente perjudicial, porque la afección es susceptible de cura espontánea en un gran número de casos, y en realidad, existen estadísticas impresionantes a favor de la abstención. Las nuestras carecen, naturalmente, de gran valor para sacar de ellas conclusiones sobre los resultados terapéuticos; pero nuestros cirujanos han seguido también la evolución esbozada, pasando por las distintas etapas mencionadas. En la actualidad, la mayoría de ellos siguen un criterio ecléctico. Predomina, en general, la conducta conservadora en la faz aguda de las pancreatitis, seguida luego de la llamada operación retardada sobre las vías biliares, que elimina la causa originaria de la pancreatitis aguda. Aunque existen todavía *operadores sistemáticos* y *abstencionistas sistemáticos* y el problema terapéutico no puede considerarse

resuelto, paulatinamente se ha conseguido bajar el porcentaje de mortalidad, en forma bien apreciable; progreso que ha sido posible gracias al mejor conocimiento de la etiopatogenia de la pancreatitis aguda, la mayor seguridad en su diagnóstico y su forma clínica. De los relatos presentados al Primer Congreso Chileno y Americano de Cirugía del año 1939, se desprende que la mayoría de los cirujanos, entre nosotros, *preconizan hoy día el tratamiento no operatorio, en las formas subagudas y atenuadas de pancreatitis, y aceptan que la intervención es inútil en las formas hiperagudas y agudas; sólo la creen indicada, cuando hay dudas diagnósticas, o bien signos de peritonitis franca, o cuando existe ictericia que hace probable la existencia de un cálculo enclavado en la ampolla de Vater, con hipertensión biliar.*

También el *bloqueo anestésico esplácnico semilunar*, recomendado sobre todo por Albanese, del Servicio de R. Finochietto de Buenos Aires, ha encontrado sus adeptos entre nosotros, (Humberto Reyes, de la Fuente B.). En los casos usados se pudo observar una disminución considerable del dolor, después de la anestesia, y en algunos casos una franca mejoría.

Para la *exploración rápida y correcta del páncreas* y el *drenaje de la celda pancreática*, se han indicado tres vías clásicas; la más usada es la que divide o secciona el ligamento gastro-cólico, rechazando el estómago hacia arriba y el colon hacia abajo. Raras veces las condiciones se presentan favorables, para seguir la *segunda* vía indicada que perfora el epiplón menor, pero encima de la curvadura menor del estómago. En *tercer* lugar se puede llegar al páncreas, atravesando el mesocolon, para lo cual debe levantarse el epiplón y colon transverso hacia arriba. Como frecuentemente se trata de enfermos muy obesos y en pésimo estado general, todas estas vías recomendadas para llegar al páncreas, pueden presentar grandes dificultades. Entre nosotros, este problema ha sido estudiado por Guillermo Münnich; a indicación suya, uno de sus ayudantes, F. Stein, publica un interesante trabajo sobre esta materia, en el *Zentralblatt f. Chirurgie* del año 1926, y al año siguiente, estudia este "método poco conocido para poner a descubierto el páncreas en las pancreatitis agudas", en los *Archivos de la Sociedad Médica de Valparaíso*. La vía empleada y recomendada por Guillermo Münnich, corresponde a la maniobra de Lardennois y Okinczic, y que se llama, quirúrgicamente, "despegamiento colo-epiploico". En aquellos años, ninguno de los textos clásicos hacía alusión

a esta vía de acceso al páncreas, que podría designarse como *retro-epiploica* y cuyos fundamentos anatómicos y embriológicos, la hacen muy recomendable. Con esta maniobra, se logra ordinariamente en forma fácil, una exploración amplia de la celda pancreática. La publicación de F. Stein, en la revista de cirugía mencionada, llamó la atención de los cirujanos alemanes. En efecto, en la 6ª. edición del gran *"Handbuch der Praktischen Chirurgie"*, el Profesor Koerte, conocido por sus múltiples trabajos sobre páncreas, al tratar las vías de acceso de este órgano, menciona como *cuarta* vía, la recomendada por Münnich-Stein, y dice haberla ensayado en el cadáver; pero cree que para la exposición de toda la glándula, es preferible la sección del ligamento gastro-cólico. También Schmieden y Sebening, relatores sobre cirugía del páncreas, en el *Congreso Alemán de Cirugía* de 1927, mencionan como nueva, la vía de acceso indicada por Guillermo Münnich, para quién es la ruta de acceso natural al páncreas y, en ciertos casos, la más rápida y sencilla, por evitar los peligros y escollos de lesionar órganos o vasos de importancia.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRI, H. KAFFMAN, MARCOS. GONZÁLEZ, JORGE. Cáncer del cuerpo del páncreas. Rev. Méd. 1945.—ALESSANDRI, H. DUCCI, H. ROSCHMANN, W. BARAHONA, R. Consideraciones sobre el estudio anátomo-clínico de 12 observaciones de cánceres de la cabeza del páncreas. Rev. Méd. 1945.—ARANCIBIA, ENRIQUE. Abdomen agudo. 2.º Congreso Nac. de Cirugía, 1925.—ARACENA MOISÉS. Perforaciones agudas de las vísceras abdominales. Tesis, 1923.—ARESTIZÁBAL, A. Sondaje duodenal y su aplicación en la semiología del páncreas.-Tesis. 1921.—.ARMAS CRUZ, R. Consideraciones sobre quistes hemáticos del páncreas. Rev. Méd. 1945.—AVENDAÑO, SAMUEL. Contribución en los medios de diagnóstico a las enfermedades del páncreas. Arch. de la Soc. Méd. de Valpso. 1926.—BARRUETO, PABLO. Sindroma pancreato-duodenal. Tesis, 1926.—CABELLO ZÚÑIGA, EDUARDO. Litiasis del colédoco. Tesis, 1936.—CABEZON, LUIS. Comentarios sobre el abdomen agudo. Necrosis pancreática. Rev. Méd. 1941.—CIENFUEGOS, GONZALO. La enfermedad fibro-quística del páncreas. Tesis, 1946.—CONTRUCCI, ALDO. 2 casos de pancreatitis. Rev. Méd. 1934.—COVARRUBIAS ZENTENO, RAÚL. Pancreatitis aguda. Estudio experimental. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cir. 1939.—DAZA, FÉLIX. El neumo-peritoneo en el diagnóstico de los tumores abdominales. Tesis, 1929.—DE AMESTI, FÉLIX. Pancreatitis aguda hemorrágica. La Clínica, 1924.—DE AMESTI, FÉLIX. 5 observaciones de pancreatitis hemorrágica. Bol. Soc. Cir. 1929.—DE LA FUENTE, JORGE Pancreatitis aguda. Tesis. 1944.—DE RAMON, E. Quiste hidatídico del páncreas. Rev. Méd. 1922.—DÍAZ ULLOA, MOISÉS, Pancreatitis aguda. 1.er Congr. Chil. y Amer. de

Cir. 1939.—Espinoza, Oscar. Quiste por retención del páncreas. Rev. Méd. 1928.—Fuentealba, A. Diagnóstico de las enfermedades abdominales agudas. Tesis. 1913.—García Huidobro, F. Fisiopatología del esfínter de Oddi. Rev. Méd. 1942.—González Cortés, E. Fisiología patológica del páncreas. Rev. Méd. 1909.—González Cortés, E. Tumor de la cabeza del Páncreas. Rev. Méd. 1922.—Guarda, Héctor. Pancreatitis aguda. Tesis. 1938.—Hermosilla Díaz, F. Necrosis agudas del páncreas. Rev. Med. 1940.—Iturrieta, E. Sobre páncreas y pancreatitis. Arch. Soc. Méd. de Valpso. 1927.—Leyton, Alfredo. Algunas consideraciones sobre cirugía abdominal de urgencia. Tesis, 1922.—Matus, Manuel. Pancreatitis aguda hemorrágica. Bol. Soc. Cir. 1928.—Matus, Manuel. Pancreatitis aguda. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cir. 1939.—Medina Leiva, Carlos. Anatomía del duodeno-páncreas. Tesis, 1941.—Munnich. Reccius. Vías de acceso al páncreas. Temas de Cirugía, 1933.—Muñoz Hidalgo, Nicolás. Pancreatitis aguda. 1er. Congr. Chil. y Amer. de Cir. 1939.—Muñoz Hidalgo, Nicolás. Pancreatitis aguda. Rev. Méd. 1940.—Navarro, Francisco. Quistes del páncreas. 1.er Congr. Nac. de Cirugía, 1924.—Núñez Núñez, Javier. Páncreas. Estudio anátomo-radiográfico de la disposición colédoco Wirsung. Tesis, 1939.—Opazo, Luis. Tumores de la cola del páncreas. Rev. Méd. 1938.—Orellana Fuente, Octavio. Tumores quísticos del páncreas. Tesis 1921.—Reed, Edwin. Quiste del páncreas. Rev. Méd. 1904.—Reyes, Humberto. Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento en pancreatitis aguda. Rev. Méd. 1945.—Reyes, Humberto. Pancreatitis aguda y bloqueo anestésico. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1945.—Sierra, Lucas. Cirugía del páncreas. Rev. Méd. 1904.—Sierra, Lucas. 4 conferencias sobre cirugía abdominal, 1923.—Sierra, Lucas. Las pancreatitis. Bol. Soc. Cir. 1928.—Sierra, Lucas. 33 años de cirugía biliar, en Chile Bol. Soc. Cir. 1932.—Stein, F. Sobre un método conocido para poner a descubierto el páncreas en las pancreatitis agudas. Arch. de la Soc. Méd. de Valparaíso, 1927.—Tornero Rodríguez, Luis. Pancreatitis aguda hemorrágica. Prensa médica, 1940.—Vargas Molinare, R. Pancreatitis aguda. Bol. Soc. Cir. 1932.—Vargas Molinare, R. Pancreatitis aguda. Rev. Méd. 1933.—Vivanco Goicolea, Wenceslao. Pancreatitis aguda. Tesis, 1922.—Voloschinsky, Manuel. Estadística y comentarios en la A. P. de Viña del Mar. Prensa Médica, 1940.—Yazigi, Raúl. Awad, Santiago. Quiste hemático del páncreas. Rev. Méd. 1940.—Zamorano, Gilberto. Pancreatitis aguda. Tesis. 1929.

CAPITULO XVI

CIRUGIA DEL BAZO

La cirugía del bazo, data de muy antiguo; pero, en realidad, ha sido durante el siglo actual, que ella ha entrado en la práctica quirúrgica corriente. De antiguo se sabía, que el bazo no era indispensable para la vida y, no produciendo su extirpación graves alteraciones en el organismo, ésta ha sido propuesta y efectuada, no sólo en afecciones que quedan limitadas al órgano, sino también en diferentes afecciones hepatolienales y de la sangre, en que desempeña un papel, a veces, muy importante. Se comprenderá fácilmente, que las indicaciones quirúrgicas serán tanto más precisas y los resultados tanto más evidentes, cuanto más limitado y más simplemente esplénico sea el proceso.

¿Cuándo se efectuó la primera esplenectomía en el hombre?. La historia de la medicina enseña, que ella fué ejecutada en 1549 por Zaccarelli, en una mujer de 24 años, y que la enferma sanó en 24 días, bajo la vigilancia de Fiaravianti, quién había indicado la intervención. Pero la veracidad de este hecho ha sido puesta en duda posteriormente, por los datos contradictorios, que contiene el relato de este primer caso registrado de esplenectomía. Por los límites estrechos a que debemos reducir nuestra exposición, no podemos ocuparnos con las esplenectomías registradas en la literatura en los siglos siguientes. *La primera esplenectomía razonada, parece haber sido ejecutada en 1826, por Quittenbaum, en Alemania, en una enferma que sufría de cirrosis hepática con ascitis.* La enferma, sobrevivió sólo seis horas a la operación. En el siglo XVII, Malpighi había iniciado las observaciones experimentales, en animales, que aumentaron rápidamente. Ya en 1828, Schultz registra haber extraído el bazo en 24 animales, 23 de los cuales sobrevivieron. A mediados de este siglo, varios autores, entre ellos Bardeleben, demuestran, definitivamente, que la esplenectomía en los

animales, es compatible con su vida y aún su salud. Más o menos en la misma época y a raíz de algunas observaciones publicadas en Alemania, aparecen largas controversias y discusiones en la literatura de aquel país, que sirvieron, sin embargo, para aclarar algunos puntos de fisiología, patología y cirugía de esta víscera. Sólo con el advenimiento de la antisepsia y asepsia, algunas de las diferentes afecciones del bazo, entraron, también de lleno, al dominio de la cirugía. En Inglaterra, es Spencer Wells, quién, con su inmenso prestigio, contribuye a divulgar la esplenectomía; pero todas las intervenciones ejecutadas por él, en enfermos leucémicos, y luego por Koeberle, fueron fatales. La operación cayó en desprestigio y volvió a reservarse, hasta fines del siglo, para las afecciones verdaderamente quirúrgicas del órgano. Hoy día, disponemos de un enorme material experimental y clínico, acumulado; pero, a pesar de esto, desconocemos todavía el verdadero papel del bazo y de la patogenia en los cuadros morbosos que sus alteraciones originan. *Hubo un período, en que se recurrió con ligereza y sin un criterio bien fundamentado, a su extirpación, y ahora, con mayor experiencia, reina un criterio más conservador, en el sentido de sacrificar el órgano, solamente en los casos en que la práctica ha demostrado que su ablación es de un verdadero valor.* La clasificación de las esplenomegalias, según un criterio funcional, anátomo o fisio-patológico, es todavía compleja y poco satisfactoria, lo que se explica, por tratarse de un órgano que forma parte del sistema hematopoyético, digestivo, retículoendotelial y que, además, funciona como glándula endocrina. Su patología es, por lo tanto, también complejísima, y mal se presta a las clasificaciones. Sin ceñirnos por esta razón a ninguna de ellas, pasaremos en revista los estados morbosos en que, hoy por hoy, la esplenectomía está plenamente justificada. Esta se ejecuta, actualmente, en todos los centros quirúrgicos del mundo; pero no cabe duda que recibió su mayor impulso, en la clínica de los Mayo, en Rochester. Hasta 1910, se habían practicado en ella, sólo 5 esplenectomías, y en 1932, el número de operados pasaba ya de 600. Entre nosotros, como luego veremos, la ablación del bazo también ha sido practicada con cierta frecuencia, y son muchas las publicaciones que se han ocupado con este interesante capítulo de la cirugía abdominal.

Como dato de interés histórico, mencionaremos, que Francisco Julio Lafargue, francés de nacimiento, que había venido a Chile en 1836, en la oposición que hizo a la cátedra de Anatomía y Fisiología, que había dejado vacante la muerte de Pedro Morán, en 1841, le

tocó, por suerte, uno de los puntos más difíciles de aquella época: *anatomía y fisiología del bazo.* Miguel Semir, en sus *"Apuntes para la Historia de la Enseñanza Médica en Chile"*, del año 1860, al referirse a esta oposición dice: "Tal carácter dió Lafargue a su disertación, que fué " una verdadera historia de la anatomía comparada, correlacionada y " propia del bazo; y con tal finura hiló los hechos comparativos de los " órganos en todos los animales y en el hombre, hasta designar los " caracteres propios del bazo, que dejó sorprendidos a los jueces de " la comisión".

Entre las publicaciones nacionales de los últimos años, debemos mencionar, en primer término, el magnífico tratado de Rodolfo Armas Cruz, del año 1936, *"Esplenomegalias Crónicas no leucémicas"*, en que su autor expone los frutos de sus minuciosas y extensas observaciones sobre algunos cuadros clínicos, entre las múltiples afecciones del bazo y las indicaciones médicas de la esplenectomía. La obra, una de las mejores de la literatura médica nacional, refleja la labor de muchos años y es una contribución de alto valor científico y práctico; se basa en la observación personal cuidadosa, de una casuística propia que abarca 24 casos de ictericias hemolíticas y 20 de anemias esplénicas, seguida cada una con una minuciosidad que honra al espíritu clínico del autor. Estudia detenidamente los estados de hiperfuncionamiento del bazo, los llamados *sindromas hiperesplénicos*, y en su balance de los resultados operatorios, se manifiesta entusiasta partidario de la esplenectomía en las *ictericias hemolíticas;* pero, como veremos más adelante, reticente en los casos de *enfermedad de Banti o anemia esplénica.*

Nos referiremos a continuación, en primer término, a las afecciones quirúrgicas limitadas al bazo, que son análogas a las que pueden presentarse en cualquier otra víscera o región del organismo. Entre ellas, las más importantes son las *contusiones* y *heridas* de este órgano. La contusión abdominal o tóraco-abdominal izquierda, se acompaña, en un alto porcentaje, de lesiones traumáticas del bazo, simples fisuras subcapsulares; otras veces, verdaderas rupturas. Estas últimas suelen producirse en dos tiempos. Primeramente se trata sólo de un desgarro subcapsular, y tras un intervalo libre, más o menos largo (horas o días), se produce la ruptura de la cápsula, y la inundación del peritoneo. La gravedad de estas lesiones, es innegable, porque nunca puede profetizarse en qué momento se presentará la hemorragia. Mientras más precozmente se practica la operación, tanto mejor serán también

los resultados. El tratamiento más indicado es, ordinariamente, la esplenectomía. Entre nosotros ha sido efectuada con cierta frecuencia, tanto en casos de contusiones, como también de heridas penetrantes. Estas últimas, en especial las heridas tóraco-abdominales por arma blanca, son en general, muy frecuentes en Chile, y situadas en la gran mayoría, al lado izquierdo; lo que se explica fácilmente, por cuanto el agresor empuña el cuchillo con la mano derecha, y hiere el lado izquierdo de su contendor. En el 60% de estos casos, existe, según estadísticas de la A. P. de Santiago, compromiso visceral abdominal, siendo el órgano más frecuentemente afectado, el estómago. El bazo es alcanzado, relativamente, raras veces; pero ya en 1899, encontramos en nuestra literatura, una breve reseña de Germán Valenzuela Basterrica, de dos casos interesantes de heridas penetrantes del tórax y abdomen, con sección del diafragma y del bazo, con grandes hemorragias internas, y en las que la intervención quirúrgica fué llevada a cabo 5 y 38 horas, respectivamente, después de los accidentes, consistiendo en laparatomía con suturas de la pleura, del peritoneo, del diafragma y del bazo. Ambos enfermos sanaron. Las deducciones que saca el autor, son, que las heridas del bazo no son tan raras, no obstante la situación profunda de esta víscera. La indicación de urgencia, es siempre la sutura de los labios de la herida; si ésta no fuera posible, por la friabilidad del tejido esplénico, habría que recurrir a la extirpación parcial o total del órgano. La esplenectomía, según Valenzuela Basterrica, había sido ejecutada muy pocas veces y había determinado, en uno de los operados de Pitt y Bollance, en 1896, la hipertrofia de los ganglios del cuello, de la axila y de la ingle.

Bernardo Salas Muñoz, en su memoria del año 1921, sobre *"Cirugía del bazo"*, refiere también varios casos de lesiones del órgano, por heridas penetrantes abdominales o tóraco-abdominales. Todos ellos sanaron, con la intervención oportuna.

Ruperto Vargas Molinare, publica, en 1942, un resumen de 38 operaciones practicadas en la A. P. de Santiago, entre los años 1928 y 1939 por lesiones traumáticas del bazo. En 18 casos fué ejecutada la esplenectomía, y en 20, la sutura del órgano desgarrado. La mortalidad fué alrededor de 40%, pero en cinco casos operados personalmente por el autor, todos por contusión y presentando como lesión intra-abdominal única la del bazo, el resultado fué favorable, gracias a que la esplenectomía se hizo precozmente.

El *desplazamiento del bazo*, su *torsión o estrangulación* no pueden ser consideradas como frecuentes, ni tienen gran interés, lo mismo podemos decir de las *neoplasias*, cuya indicación es, naturalmente, la ablación del órgano; pero en el bazo, son excepcionales las ocasiones en que ellas exijan la esplenectomía, por la poca frecuencia con que se presentan.

En nuestro país, en que los *quistes hidatídicos* son relativamente frecuentes, su localización en el bazo, también ha sido observada; en efecto, en nuestra literatura se encuentran registrados varios casos de equinococcia esplénica. *Fué encontrada por primera vez, en una autopsia por Puelma Tupper, en el año 1875, y es esta observación, como lo hemos hecho notar al hablar de la equinococcia hepática, probablemente la primera referencia entre nosotros a la hidatidosis humana, que antes de esta fecha, era prácticamente desconocida en Chile.* La experiencia quirúrgica en el quiste hidatídico del bazo, es, entre nosotros, muy pequeña, en cambio en la Argentina, donde la afección es mucho más frecuente, la experiencia es también más vasta.

En sus *"Cuatro conferencias sobre cirugía abdominal"*, del año 1923, Sierra refiere que en los siete años, entre 1915 y 1922, se habían operado en su clínica, cuatro quistes hidatídicos del bazo; uno de ellos fué presentado a la Sociedad Médica, por Oscar Meléndez, en 1922. Otras observaciones fueron publicadas por Prado Tagle, Bernardo Salas, Guillermo Brinck, Agustín Inostroza, Adolfo Reccius y Vargas Molinare. Este último autor, con una gran experiencia en esplenectomías, entre 35 intervenciones de esta naturaleza por distintas afecciones, sólo en una tuvo que proceder a la ablación del bazo, por quiste hidatídico de este órgano. Todos los procedimientos quirúrgicos a que se ha recurrido en otras localizaciones del parásito, han sido también usadas en la equinococcia esplénica: *la simple incisión, la marsupialización, la extirpación del parásito y sutura sin drenaje*, es decir, el procedimiento recomendado por Posadas; la *extirpación con sutura intrasacular* o "capitonage", de Delbet, y la *ablación del bazo*. Esta última, o sea la esplenectomía, parece ser la operación dominante en la mayoría de los casos. Las estadísticas, mucho más pequeñas, naturalmente, que las que se refieren a la hidatidosis hepática, parecen hablar en favor de ella.

Apenas merecen mencionarse las *esplenomegalias infecciosas, sifilíticas, tuberculosas y palúdicas*, por ser de gran rareza. La tuberculosis

primitiva del bazo, afección excepcional, parece beneficiarse con la esplenectomía. La *tromboflebitis esplénica*, en cambio, es de bastante interés para el cirujano. Guillermo Münnich y Carlos Schwarzenberg, le dedican un interesante estudio, en 1927, en los Archivos de la Sociedad Médica de Valparaíso. Probablemente muchos de los casos en que se había diagnosticado una enfermedad de Banti, no eran sino tromboflebitis de la esplénica, cuya etiología puede ser muy variada. A. Reccius, en su "Tratado de diagnóstico", del año 1940, llama la atención sobre las dificultades del diagnóstico diferencial, y sobre los frecuentes errores que se cometen, al no diferenciar ambas afecciones.

Entre las esplenomegalias en las enfermedades de la sangre, debemos mencionar, en primer término, la *ictericia hemolítica, anemia hemolítica constitucional o anemia hemolítica congénita*, que es, como bien se sabe, entre ellas, la de mayor importancia práctica para el cirujano, por la acción tan preponderante que en ella tiene la esplenectomía. Por la experiencia de numerosísimos autores, ha quedado bien establecido, *que es en esta enfermedad en que la esplenectomía encuentra su mejor indicación, y que en ella da sus mejores frutos, obrando casi como tratamiento específico.* La primera esplenectomía por ictericia hemolítica, parece haber sido efectuada por Spencer Wells, en 1887, aunque en este caso, el diagnóstico no parece haber sido bien precisado. El segundo caso, fué intervenido por Bland Sutton, en 1895, también en Inglaterra, con un resultado excelente. En el siglo actual, los casos operados se multiplican rápidamente; el mérito de haber sido los precursores de esta terapéutica tan eficaz, corresponde, entre otros, a Banti, en Italia; Umber, en Alemania; Vaquez y Giroux, en Francia. Posteriormente, son innumerables las publicaciones en los diversos países, que establecen, con evidencia, que la ictericia hemolítica es el verdadero tipo quirúrgico de la esplenomegalia. No podemos extendernos, en nuestra corta exposición, sobre las distintas formas descritas de este cuadro clínico, congénito, hereditario y familiar, y sobre su diagnóstico, de un interés naturalmente fundamental, porque, mientras las ictericias hemolíticas curan con la esplenectomía, las anemias perniciosas no benefician sino muy transitoriamente con ella.

En nuestra literatura nacional, también se registran casos en que la extirpación del bazo ha curado o mejorado visiblemente, la sintomatología de la enfermedad. *La primera ablación de bazo por ictericia hemolítica, fué efectuada, en 1923, por Arnulfo Johow, en un niño de diez años, con excelentes resultado.* El segundo caso, en que también

se obtuvo un éxito brillante, la intervención fué propuesta por Prado Tagle y ejecutada por Francisco Navarro y L. Opazo, al año siguiente, en 1924, M. Acuña ejecuta una tercera esplenectomía, por anemia hemolítica, en 1933, también con buen resultado. Según Armas Cruz, se esplenectomizaron, a indicación suya, hasta 1936, cinco enfermos de una serie de 26, obteniéndose en todos ellos la perfecta curación clínica, si bien todos conservan estigmas biológicos que testimonian su antigua afección. No hubo que lamentar ninguna muerte en estos operados.

Aunque el número de operados, entre nosotros, por anemia o ictericia hemolítica, es reducido, ellos atestiguan, que la esplenectomía constituye la mejor indicación terapéutica, que proporciona brillantes resultados inmediatos y también durables.

Otra afección que debemos mencionar en nuestra rápida exposición histórica, es la *anemia esplénica o enfermedad de Banti.* Muchos autores no la consideran, entre el extenso y abigarrado grupo de las esplenomegalias, como un cuadro clínico bien individualizado. Histológicamente tendría por característica, una degeneración fibroadenoidea de los folículos del bazo, que produciría, poco a poco, una esplenomegalia fibrosa. Clínicamente, el curso de la enfermedad ha sido dividido en tres períodos: *anemia, compromiso hepático y ascitis.* Mientras, para algunos autores, la autonomía de la enfermedad de Banti, como entidad morbosa especial, no puede ponerse ya en duda, otros creen más conveniente hablar sólo de un sindroma de Banti. Es indudable que no todas las esplenomegalias, que no pueden atribuirse a una enfermedad infecciosa y que van acompañadas de una anemia, deben considerarse, en primer término, como una enfermedad de Banti. *La mayoría de estos casos publicados como tal, también en la literatura chilena, no resisten una severa crítica.* Según muchos clínicos, todos los síntomas descritos por Banti, pueden aplicarse aisladamente, sin dificultad, a la cirrosis hepática de Laennec. Probablemente muchos de estos casos de aparente enfermedad de Banti, sobre todo en el último período, corresponden en realidad a una cirrosis hepática esplenomegálica. Otras veces ha sido confundida con cuadros clínicos de naturaleza muy diversa, como la ictericia hemolítica, la esplenomegalia luética, malárica, y parece que, sobre todo, con el tumor trombo-flebítico del bazo. A pesar de todo, el concepto de la enfermedad de Banti, como cuadro bien individualizado, ha sido defendido en los

últimos años por muchos clínicos, y el resultado de la esplenectomía ha sido halagador, en más de un caso. *Entre nosotros vemos, que ya en una sesión del año 1901, se discute en el seno de la Sociedad Médica, el problema de la enfermedad de Banti.* Fué este autor, el que divulgó, no sólo las nociones fundamentales sobre esta anemia esplénica, sino destacó, igualmente, desde el comienzo, la posibilidad curativa de la esplenectomía. Para mayores detalles, remitimos al lector a la espléndida obra, ya mencionada, de Armas Cruz. Los resultados de la esplenectomía, aparentemente han sido buenos y, en general, ha beneficiado a los enfermos; pero no en el mismo grado que en la ictericia hemolítica, en la cual, como hemos visto, la ablación del bazo encuentra su verdadera indicación. La mortalidad es, también, mucho más alta en la enfermedad de Banti. Los casos operados de ella, en todo el mundo, son ya innumerables, y los resultados contradictorios. *Entre nosotros, las primeras esplenectomías, por supuesta enfermedad de Banti, fueron ejecutadas por Lucas Sierra, en 1906 y 1907.* Las observaciones se encuentran registradas en la memoria de prueba de Miguel Manríquez, del año 1909. En la primera de ellas, se intervino por un error de diagnóstico, en Abril de 1906. El diagnóstico probable, era un quiste hidatídico del lóbulo izquierdo del hígado. Se encontró un gran bazo hipertrófico, que se interpretó como consecutivo a una enfermedad de Banti. La enferma falleció, dos días después de la intervención; en la autopsia no se encontró la causa de la muerte. La segunda enferma, fué operada al año siguiente. Presentaba un enorme bazo que pesaba 800 gramos, que había crecido lentamente en el curso de los años, sin alterar en absoluto la salud de la enferma. Durante la operación, se produjo una gran hemorragia; pero la enferma se retiró completamente sana. Armas Cruz, en los últimos años, ha podido observar 23 casos de anemia esplénica; de éstos fueron operados 15, en los 8 restantes, la operación no se realizó, sea por no creerlo conveniente o porque los enfermos no aceptaron la intervención quirúrgica. Sólo cinco casos sobrevivieron. Dos de ellos pasaron, sin embargo, graves zozobras antes de triunfar. En dos de estos cinco casos, el resultado final fué satisfactorio; pero en tres, no lo fué.

La *trombopenia esencial, enfermedad de Werlhoff o púrpura hemorrágica trombo-citopénica*, afección que antes se designaba con el nombre de "morbus maculosus Werlhoff", también se beneficia enormemente con la esplenectomía, siendo los resultados, a veces, sorprendentes,

aún en enfermos casi desangrados, por lo cual, el reconocimiento de esta afección, adquiere una importancia especial. Es una de las formas de la púrpura hemorrágica, que se caracteriza clínicamente por la tendencia a las hemorragias; pero que se distingue de las demás diátesis hemorrágicas, por la gran disminución de los trombocitos. *El primero en indicar, entre nosotros, la esplenectomía en un caso de enfermedad de Werlhoff, fué Arturo Scroggie; la operación fué ejecutada por Arnulfo Johow, en Junio de 1928*, y a pesar de que se trataba de una enfermita que llegó en pésimas condiciones al hospital, presentando, además de hemorragias nasales y articulares, una hemorragia cerebral, el resultado fué muy favorable, mejorando su aspecto clínico y hematológico. (Tesis de Pedro Araya, 1929). Posteriormente, Ruperto Vargas, y Juan Puga, operaron, en 1932, otro caso en la Clínica Obstétrica Universitaria, que falleció a las 48 horas. Armas Cruz, en su obra ya citada, menciona un tercer caso de la Clínica del Profesor Brockmann, en que la esplenectomía dió resultados, desde el punto de vista clínico, únicamente. En un primer trabajo de conjunto sobre la esplenectomía en la enfermedad de Werlhoff, de H. Alessandri, M. Matus, R. Etcheverry y Fernando Martínez, presentado al Congreso Médico de Mendoza y a la Sociedad Médica de Santiago, en 1942, exponen su experiencia personal, bastante vasta, si se considera la relativa rareza de la afección. En los años 1935 a 1942, los autores han podido reunir 34 observaciones, de las cuales 10 han sido esplenectomizados; en 7, se obtuvo una mejoría clínica y hematológica, completa, lo que corresponde a un 70%; en uno, hubo mejoría clínica apreciable, con discreta atenuación de los fenómenos hematológicos. Como hoy por hoy no existe un tratamiento médico capaz de vencer a esta enfermedad, la ablación del bazo, propuesta en 1916 por Kaznelson, y ejecutada desde entonces por numerosos autores, adquiere una importancia especial. También en las *leucemias* se ha efectuado la esplenectomía, algunas pocas veces entre nosotros. Tanto en su forma de mielosis como de linfadenosis, que se diferencian siempre de las demás esplenomegalias por su fórmula sanguínea, la intervención parece estar contraindicada, considerándose inútil y aún como un grave error.

Hemos pasado revista a las diversas afecciones en que la esplenectomía encuentra sus indicaciones: Un primer grupo que podríamos denominar vulgares, en que la afección queda limitada al bazo; un segundo grupo, constituído por las infecciones del órgano, en las

cuales su ablación también suele estar indicada; y un tercer grupo de afecciones hepatolienales o del aparato rectículoendotelial, en que el bazo no es más que una parte de un sistema orgánico enfermo, y la enfermedad no radica sólo en él. Hemos visto que en algunas afecciones de este último grupo, la esplenectomía es, a veces, de un efecto sorprendente y rápido, como acontece en la ictericia hemolítica y en la enfermedad de Werlhoff o púrpura hemorrágica trombo-citopénica; pero debemos confesar, que no sabemos exactamente por qué mecanismo obra, en estos casos, la ablación del bazo. La experiencia ha demostrado que es así, pero el camino que nos ha llevado a la esplenectomía, ha sido indirecto y aún empírico.

BIBLIOGRAFIA

Acuña, Miguel. Ictericia hemolítica tratada con esplenectomía. Rev. Méd. 1933.—Alessandri, H. Ventura, H. Tromboflebitis de la vena esplénica. Rev. Méd. 1937.—Alessandri, H. Matus, M. Etcheverry, R. Martínez, Fernando. La esplenectomía en la enfermedad de Werlhoff. Rev. Méd. 1942.—Aracena Quezada, Moisés. Perforación aguda de las vísceras abdominales. Tesis. 1923.—Armas Cruz, R. Sindroma de Banti y enfermedad de Hodgkin. Rev. Méd. 1930.—Armas Cruz, R. Las hiperesplenias en clínica. Rev. Méd. 1934.—Armas Cruz, R. Esplenocontracción y crítica de la poliglobulia consecutiva. Rev. Méd. 1935.—Armas Cruz, R. Ictericia hemolítica. Rev. Méd. 1936.—Armas Cruz, R. Esplenomegalias crónicas no leucémicas. 1936.—Armas, Cruz R. Anemia esplénica y enfermedad de Banti. Rev. Méd. 1941.—Brinck, Guillermo. Un caso de quiste hidatídico del bazo. Rev. Méd.—Constant, A. Dos casos de esplenomegalia. Operación. Curación. Bol. Soc. Cir. 1932.—Daza, Félix. El neumoperitoneo en el diagnóstico de los tumores abdominales. Tesis, 1921.—Etcheverry, Casic, Losada. Enfermedad de Werlhoff, esplenectomía, curación. Rev. Méd. 1938.—Garibaldi, A. Ictericia hemolítica familar. Arch. Clín. Méd. Prof. Prado Tagle.—González Cortés, E. Sobre un caso de absceso del bazo. Rev. Méd. 1914.—González Cortés, E. Afección de Banti. Rev. Méd. 1919.—González, Ramon. Esplenectomía en la ictericia hemolítica familiar. Tesis, 1924.—Henckel, K. O. Los fundamentos histológicos de la doctrina del S. R. E. Rev. Méd. 1933.—Inostroza, A. Quiste hidatídico del pulmón y del bazo. Bol. Cir. 1925.—Johow, A. Ictericia hemolítica familiar. Bol. Soc. Cir. 1923.—Johow, Arnulfo. Esplenectomía por trombopenia esencial de Frank o enfermedad de Werlhoff. Bol. Soc. Cir. 1928.—Lamas, R. Ictericia hemolítica. Rev. Méd. 1938.—Leyton, Alfredo. Algunas consideraciones sobre cirugía abdominal de urgencia. Tesis, 1923.—Llorent Roig, Pedro. Sindroma de Banti. Med. Mod. 1932.—Manríquez, Miguel. Contribución al estudio de la esplenomegalia primitiva de Debove y Bruehl. Tesis. 1909.—Martínez L. de Guevara, F. Enfermedad de Werlhoff. Tesis,

1942.—MUNNICH, GUILLERMO. SCHWARZENBERG, CARLOS. Tumor trombofle-bítico del bazo. Arch. Soc. Méd. Valparaíso, 1930.—MUÑOZ, CARLOS. Contribución al estudio del sindroma de Banti. Tesis, 1930.—MUÑOZ PAL, B. Ruptura traumática del bazo. Arch. Soc. Méd. de Valparaíso, 1927.—OPAZO, FERNANDO. Esplenectomía en un caso de ictericia hemolítica familiar. Bol. Soc. Cir. 1924.—PRADO TAGLE, E. Gran quiste hidatídico del bazo, Rev. Méd. 1923.—RIVERA, PEDRO. De las lesiones traumáticas del bazo. Tesis, 1931.—SALAS MUÑOZ, BERNARDO. Cirugía del bazo. Tesis, 1921.—VALENZUELA BASTERRICA, GERMÁN. Heridas penetrantes del tórax y abdomen, con sección del diafragma y del bazo. Prog. Médico, 1899.—VARGAS MOLINARE, R. Ruptura espontánea del bazo. Bol. Soc. Circ. 1930.—Vargas MOLINARE, R. Ruptura traumática del bazo y explenectomía. Bol. Soc. Cir. 1932.—VARGAS MOLINARE, R. MENA, ISMAEL. Esplenectomía y leucemia mieloide. Bol. Soc. Cir. 1932.—VARGAS MOLINARE, R. Tratamiento de las enfermedades médico-quirúrgicas del bazo. Rev. Méd. 1942.—VARGAS MOLINARE, R. ARAYA, AUGUSTO. Quiste hidatídico del bazo. Bol. Soc. Cir. 1942.—ZŁATER, JORGE. Las complicaciones quirúrgicas de la fiebre. tifoidea. Tesis. 1933.

CAPITULO XVII

OCLUSION INTESTINAL-ILEO

"Es sensible ver en nuestros hospitales, a desgraciados, que solicitan un lecho para ser curados de una torsión intestinal, y saber, puede decirse de antemano, que el mismo que viene a solicitar nuestros conocimientos, será dentro de poco un cadáver".

Ismael Bruna Molina, 1885.

Entendemos hoy día, por *oclusión intestinal o íleo*, un complejo sintomático que se caracteriza, esencialmente, por la detención completa de las materias intestinales y de los gases, y sabemos que los factores que intervienen en la producción de este estado morboso, son numerosísimos. La etimología de la palabra *ileus*, es desconocida, pero se sabe que ya Hipócrates y Galeno la usaron, para designar con ella la oclusión intestinal de origen inflamatorio. Por el año 1000, más o menos, aparece otra designación cuyo origen tampoco ha podido establecerse con exactitud: *miserere*. Hasta la edad media, reinaba la opinión de los médicos antiguos, en especial la de Hipócrates y Galeno, según la cual el origen del íleo o miserere, se debía a los tres síntomas más característicos de la afección: el *dolor*, los *vómitos fecaloideos* y la *distención abdominal*. Con el mayor número de autopsias que empezaron a practicarse en el siglo XVI y XVII, los anatomistas conocieron la mayoría de las causas mecánicas capaces de determinar un íleo. El advenimiento de la anatomía patológica, tuvo como consecuencia que muchos cuadros clínicos, que anteriormente no se diferenciaban del íleo por presentar síntomas parecidos, como las afecciones agudas de las vías biliares, la apendicitis, la peritonitis, etc., pudieron ser individualizados, pero, todavía, hasta muy avanzado del siglo pasado, la ignorancia respecto a la fisiopatología y el mecanismo del íleo, era abrumadora. Probablemente no exista otro capítulo de la patología, más

vasto y más complejo, que el de la obstrucción intestinal; no podemos nosotros, en nuestra exposición, de carácter histórico, referirnos a los múltiples aspectos de este sindroma tan acabadamente estudiado en la mayoría de los tratados de patología quirúrgica, como también en numerosas publicaciones de nuestra literatura nacional. *La primera que se encuentra registrada en ella, es una observación de obstrucción intestinal por torsión de la S ilíaca, y data del año 1885.* Manuel J. Barrenechea, narra en ella el caso de un enfermo del servicio de Wenceslao Díaz, que presentaba una oclusión completa del intestino, " en el cual no había más remedio que una operación de laparatomía, " para buscar directamente el sitio de la estrangulación, y en caso de " no encontrarlo, abrir un ano contra-natura, para dar libre curso a las " materias". Pero la intervención que ejecutaba el profesor Barros Borgoño, no pudo llevarse a término, porque, apenas abierto el vientre, " un hecho gravísimo vino a ponerle término junto con la vida del " paciente. Vómitos fecaloides, muy abundantes y prolongados " durante el sueño del cloroformo, obstruyeron por completo las vías " de la respiración, y el enfermo murió asfixiado. Nada pudieron, en " este caso, los prolongados movimientos de respiración artificial, que " se hicieron durante una hora consecutiva". En la autopsia se reconoció que el colon descendente, al llegar a la S ilíaca, había sufrido una vuelta completa sobre sí mismo.

Es ésta la primera observación que registra nuestra literatura, sobre una laparatomía por íleo, y es también, seguramente, una de las primeras ejecutadas en Chile. No debe extrañar que su causa haya sido el vólvulo de la S ilíaca que, como es bien conocido, constituye una de las modalidades más frecuentes de la obstrucción intestinal aguda entre nosotros.

En el mismo año, 1885, don Ismael Bruna Molina, elige como tema para su memoria de prueba, el "*Tratamiento de las torsiones intestinales*", inducido por "la frecuencia considerable con que se observaba " esta enfermedad en los hospitales de la capital", y frente a la cual nada se conseguía con el tratamiento médico. La desesperación de los médicos, fruto de su impotencia, para tratar un cuadro tan grave como el íleo, se refleja en las palabras de Ismael Bruna: "Es sensible ver en " nuestros hospitales, a desgraciados que solicitan un lecho para ser " curados de una torsión intestinal, y saber, puede decirse de antemano, " que ese mismo que viene a solicitar nuestros conocimientos, será " dentro de poco un cadáver".

A pesar de la consideración cuidadosa de los síntomas y su interpretación juiciosa, el diagnóstico topográfico y patogénico de la oclusión, se hacía con grandes dificultades; pero la frecuencia del vólvulo del colon íleo-pélvico, entre nosotros, hacía pensar ya, en aquellos años de inmediato, en la probabilidad de esta forma del íleo. Se había aconsejado, para localizar el sitio de la obstrucción, las inyecciones forzadas de agua por el ano, para distender toda la parte del intestino que quedaba por debajo del obstáculo; pero, muy frecuentemente, era imposible llegar con las inyecciones hasta el punto comprometido. Muy usado era, también, el procedimiento de Simón de Heidelberg, en los casos en que se presumía una obstrucción baja del colon. Consistía en introducir la mano en el ano, hasta el tercio o la mitad inferior del antebrazo, con lo cual a veces se lograba llegar al fondo del saco infranqueable, producido por la torsión de la S ilíaca. Para esta maniobra, muy usada en nuestras clínicas, se elegían, naturalmente, de preferencia a médicos jóvenes o estudiantes con mano chica.

Ismael Bruna, enumera en su tesis, los medicamentos más en uso: el hielo, las punciones capilares, para desembarazar el intestino de cierta cantidad de gases, pero que habían dado pésimos resultados en la clínica de Barros Borgoño, el lavado del estómago y la *sonda-bastón*. De este instrumento se había hecho mucho uso, para la curación de los fecalomas por megacolon y de las torsiones. Como lo mencionamos anteriormente, fué introducido a la práctica por don Nataniel Cox, siendo médico del Hospital San Juan de Dios, en la primera mitad del siglo pasado, para combatir los "cólicos estercoráceos, tan comunes " en nuestro pueblo", y que había que tratar, según Cox, de una manera mecánica, para lo cual hizo construir una cánula recta de plata de proporciones descomunales, que durante muchos decenios fué usada en nuestros hospitales, con el nombre de *bastón*, que Nataniel Cox le había dado. Para usar este instrumento, generalmente se colocaba al enfermo en un baño tibio; introducida la sonda en el recto lo más profundamente, se hacía irrigaciones haciendo pasar el líquido con fuerza. A veces se dejaba el enfermo en su cama, suprimiendo el baño. Se trataba de un instrumento de uso bastante delicado, cuya sola introducción, llevaba un gran peligro consigo. Podía prestar buena ayuda en la simple retención estercorácea, pero, en el transcurso de los años, se vió, que en la torsión de la S ilíaca, había que ser muy cuidadoso en su aplicación, y que ordinariamente no prestaba servicios alguno. Muy usada era, también, en las últimas décadas del siglo

pasado, para combatir el íleo, la *electricidad*, buscando su acción excitadora sobre las fibras lisas de las paredes intestinales. Entre los medicamentos internos, jugaban un gran papel, el *mercurio* y el *plomo metálico*, que, por su peso, producirían la desobstrucción intestinal; pero en la época en que Ismael Bruna escribía su memoria, se había reconocido que estos metales, en vez de ayudar al enfermo, no hacían más que precipitar la marcha fatal. Muchos proscribían, también los purgantes, porque se consideraba un absurdo que ellos pudiesen producir una detorsión intestinal. Por todas estas razones, el autor de la memoria que comentamos, dice finalmente que, cuando persistían los accidentes, se hacía sumamente difícil la posición del médico, "en efecto, " la gastrotomía le ofrece un último recurso que no le es permitido " rechazar".

El primer caso de oclusión intestinal por torsión de la S ilíaca, que figura en nuestra literatura y en que se intervino con éxito, corresponde a una observación, del año 1890, de la Clínica Quirúrgica de Ventura Carvallo.

Se trataba de un enfermo, al cual, grandes lavados intestinales a presión y el uso del bastón, no habían dado ningún resultado. Durante la intervención, se hizo una doble maniobra: por una parte, se tomó dentro del abdomen la gran asa intestinal y se la hizo rotar una vuelta entera, de izquierda a derecha; por otra parte, un alumno que había introducido su mano por el ano, distendió con los dedos el anillo o nudo, sitio de la torsión. "Al instante, y bajo la más viva satisfacción de " los presentes, se oyó y vió salir gran cantidad de materias fecales " y substancias alimenticias no digeridas, como queso, frejoles, etc. " Comprimiendo la S. ilíaca, los materiales excrementicios se esca- " paban en más abundancia". A las pocas semanas, el enfermo salió de alta en buenas condiciones de salud.

La detorsión, fué la primera operación usada. Con una mayor experiencia, sin embargo, pronto se vió que la recidiva era la regla, lo que la anatomía patológica luego pudo explicar por la existencia, en estos casos, de una *meso-sigmoiditis retráctil* que estrecha su pedículo, favoreciendo la torsión del asa sigmoidea.

Al Primer Congreso Médico Chileno del año 1889, Ventura Carvallo, profesor de una de las Clínicas Quirúrgicas, hace una presentación sobre la *"Intervención operatoria en la Oclusión Intestinal"*. Habían sido practicadas ya algunas laparatomías, por obstrucción intestinal aguda, y era su deseo que se conociese el éxito de estos casos. Carvallo

insiste, en su exposición, en la *intervención precoz*, en cualquiera de las variedades clínicas de oclusión intestinal. Debe practicarse lo más rápidamente posible, "si me fuera permitido fijar un plazo para " proceder, lo determinaría, como máximum, a las 15 horas, salvo " circunstancias especiales". Pero, en el debate que siguió a la valiente exposición de Ventura Carvallo, quién, a los pocos años después, fué también el primero en exigir la intervención inmediata en las apendicitis agudas, en contra de las creencias entonces reinantes, se vió, que no había llegado todavía el tiempo para una aceptación unánime de su punto de vista, que fué en definitiva el que triunfó. Vicente Izquierdo, manifiesta, que en la práctica médica suelen presentarse casos que curan, sin necesidad de recurrir a una intervención quirúrgica. Manuel Barros Borgoño, insiste en el uso de la electricidad, y no cree que ha llegado el momento de fijar las bases de la intervención quirúrgica. Las conclusiones de Ventura Carvallo, fueron aprobadas, en general, agregándose, sin embargo, la siguiente: "Antes de operar, " debe siempre tenerse presente, que en Chile son muy frecuentes " las obstrucciones agudas de origen alimenticio, las que pueden ceder " tardíamente a la terapéutica médica". A partir de 1900, la casuística sobre el vólvulo del colon íleo-pélvico, aumenta lentamente. En 1902, Lucas Sierra presenta a la Sociedad Médica, una observación, en que en una primera laparatomía se había practicado la detorsión pura y simple del asa torcida y en la cual, a los pocos meses, se había presentado una recidiva. En la segunda intervención, se había fijado el intestino a la pared abdominal. *Esta colopexia recién había sido recomendada para evitar las recidivas, que, como lo mostraba la práctica, eran frecuentes.* Sierra menciona, también, que aún se había propuesto la *resección del asa torcida;* pero esta intervención no había sido practicada todavía en Chile. *Durante muchos años, la línea de conducta que se seguía en el vólvulo de la S ilíaca, era la colopexia, fijando la misma asa o su meso a la pared abdominal.*

La historia de las dilataciones del colon en el adulto, entra en una nueva faz, entre nosotros, con los primeros estudios anátomo-patológicos realizados en 1902, por David Benavente. Entre este año y 1912, publica en nuestra *Revista Médica*, una serie de estudios muy acabados sobre esta afección: "una entidad patológica todavía poco estu- " diada y nada rara en el país". Es curioso observar, como lo hacía notar el maestro, que una mala conformación anatómica, tan notoria y frecuente, hubiera pasado casi desapercibida en las necropsias

realizadas hasta entonces. En 1909, aparece también la primera tesis sobre la *enfermedad de Hirschsprung*, de Carlos Correa, auspiciada por el profesor Benavente, y al año siguiente, Prado Tagle presenta un estudio de esta misma enfermedad, a la Sociedad Médica. Todas estas publicaciones contribuyeron, naturalmente, a un mejor conocimiento de la afección y sus complicaciones; así vemos, en los años siguientes, aumentar rápidamente el número de operados por vólvulo de la S ilíaca. En 1913, se presenta en la Sociedad Médica, una enferma del servicio de Ramón Zegers, y la pieza correspondiente de mega-colon, que se le había extraído por vólvulo del asa sigmoidea. *Recién empezaba a practicarse la colectomía en estos casos, y esta observación a que nos referimos, es la primera registrada en nuestra literatura.* Luego siguen otras, de Lucas Sierra, Vargas Salcedo, Manuel Matus y Prado Reyes. En su tesis de licenciatura, del año 1916, Ernesto Morales, recopila algunas observaciones y trata de demostrar la frecuencia con que se encuentran estigmas de degeneración, en los individuos afectados de megacolon. Es la segunda memoria de prueba escrita en Chile, después la de Ismael Bruna, del año 1885, que se ocupa de esta afección. Muchas de las observaciones de David Benavente, quién fué el primero en realizar los más completos estudios de esta enfermedad en Sud América, fueron dadas a conocer en distintas sesiones de la Sociedad Médica, en los años nombrados. En 1921, aparecen dos magníficas publicaciones de conjunto sobre el megacolon y sus complicaciones, ambas, memorias de prueba, para optar al grado de licenciado. En una de ellas, Carlos Haupt, estudia el *vólvulo de la S ilíaca*, basándose en 14 observaciones de enfermos operados por Sierra, Constant, Alvaro Covarrubias y Manuel Matus. Al referirse a su frecuencia en Chile, llama la atención que las estadísticas, dadas solamente por la Asistencia Pública, señalaban alrededor de 80 enfermos en el año. Gran importancia le da el autor, en la etiología de la enfermedad, a la mesosigmoiditis retráctil, que siempre la acompaña. El tratamiento usado, en los casos que expone, había sido la *resección del asa en un solo tiempo*, combinada con el tubo rectal de Balfour, o lo que es más recomendable, si hay necrosis o esfácelo, la *exteriorización con resección del asa en dos tiempos.*

En la segunda tesis del mismo año, Alfredo Jünemann, estudia el *megacolon en el adulto* en general y, basado en un estudio comparado de las estadísticas europeas con las argentinas y chilenas, afirma que los portadores de megacolon, existen con mucho mayor frecuencia

en Argentina, y muy particularmente en Chile. Desde 1915, adelante, la afección había sido diagnosticada con gran frecuencia entre nosotros. Presenta una estadística de 105 casos, la mayoría de ellos, hallazgos de autopsias efectuadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de San Vicente, desde 1918, año en que había tomado a su cargo esta cátedra, en la Escuela de Medicina, el profesor Emilio Croizet.

En los años 1923 a 1926, la *Sociedad de Cirugía* se ocupa, en diversas oportunidades, de este interesante capítulo de la patología nacional. Constant, Johow, Manuel Matus, presentan algunas observaciones y están de acuerdo, que el ano contranatura cecal, la coloplegadura, la simple destorsión, la detorsión y colopexia y la enteroanastomosis, todas intervenciones ejecutadas entre nosotros, son malas operaciones. Se declaran partidarios de la operación radical en un solo tiempo, con colocación del tubo de Balfour y, en los casos más graves la resección con abocamiento de ambos cabos al exterior.

En las dos últimas décadas son numerosas las publicaciones nacionales y varios los estudios de conjunto, la mayoría de estos últimos tesis de licenciatura, que se ocupan del íleo y de sus diversas modalidades. Ricardo Pavés Cruzat, del Servicio de Ricardo Kuschel, del Hospital de San Juan de Dios, de la capital, estudia, en su memoria del año 1936, los resultados obtenidos por la *operación de Paul-Mikulicz*, en el tratamiento del vólvulo sigmoideo. El criterio quirúrgico había evolucionado ya, hacia las intervenciones más radicales: la resección del asa torcida, en uno o dos tiempos. Los resultados de los demás procedimientos, habían sido mediocres o nulos. Hemos mencionado, que la resección en un tiempo, operación intraperitoneal, había sido ejecutada algunas veces con éxito entre nosotros; pero, en la mayoría de los casos, los resultados eran fatales. *Tanto en el extranjero, como en Chile, quedaba, pues, establecido, que la resección en dos tiempos, era el procedimiento al cual debía darse la preferencia, en la gran mayoría de los casos, sobre todo entre nosotros, por el mal estado en que, por lo general, los enfermos llegaban a la mesa de operaciones.* Con la operación de Paul, cirujano inglés, que había recomendado su procedimiento en 1905, quedaba eliminada rápidamente el asa con su contenido tóxico, al mismo tiempo se evitaba la infección del peritoneo. La operación de Mikulicz, que a menudo se confunde con el procedimiento de Paul, difiere de él, sólo en que la resección del asa exteriorizada, se hace en un segundo tiempo. Ambos procedimientos presentan, sin

embargo, el inconveniente de alargar demasiado el período post-operatorio, por las dificultades para el cierre del ano contranatura; razón por la cual, Delore, había modificado el tiempo final de las operaciones de Paul-Mikulicz, suprimiendo, desde un principio, en lo posible, el espolón, por anastomosis extraperitoneal de los cabos terminales, después de resecar el asa sigmoidea, dejando sólo una pequeña abertura, por la cual colocaba un tubo de caucho, dirigido hacia el cabo central. Jorge Alliende Donoso, estudia, en su tesis del año 1938, en el Hospital Ramón Barros Luco, los resultados que se obtuvieron en 10 enfermos, en que se efectuó la resección del asa sigmoidea por el método de Delore, que, como decíamos, tiene la gran ventaja de acortar considerablemente el post-operatorio de los enfermos, ordinariamente muy largo.

Otra exposición de los últimos años, de la cual se desprende que el vólvulo de la S ilíaca es muy frecuente entre nosotros, y la más corriente de las oclusiones intestinales, es la de Carlos Avendaño, presentada a la Sociedad de Cirugía, en 1934. Es, seguramente, el cirujano de mayor experiencia, entre nosotros, en esta materia, dado el gran número de enfermos operados por él, mediante la técnica de Paul. Cita el autor, que entre los años 1929 y 1932, fueron observados en la Asistencia Pública, 24 torsiones de la S ilíaca, y en el Hospital San Juan de Dios, esta cifra, en el mismo período, alcanzó a 47.

Bajo el nombre de *"Estudio clínico-estadístico de la obstrucción y estrangulación intestinal en Chile"*, E. Acevedo y Adalberto Thompson, presentan, a la *Sexta Semana de la Experiencia Quirúrgica Chilena*, del año 1937, el trabajo más completo (que por muchos motivos debe ser conocido y estudiado con atención), publicado, entre nosotros, sobre el íleo en general. En un somero análisis de las publicaciones chilenas sobre el tema, hacen resaltar la pobreza de trabajos de conjunto, hasta aquel año, y con el objeto de formar un criterio sobre la frecuencia de los cuadros de obstrucción y estrangulación intestinal aguda, analizan todas las observaciones de esta naturaleza, que figuran en los boletines de la Asistencia Pública de Santiago, desde 1928 a 1936, y reúnen así, 962 casos con una mortalidad de poco más de 18%. En la clasificación que hacen los autores, es interesante hacer notar que, en primer lugar, figuran las diversas estrangulaciones herniarias, con un porcentaje de casi 50%; en segundo lugar, el vólvulo, en general, con 118 casos, lo que corresponde casi al 12%, y sólo en tercer lugar, figuran las estrangulaciones y obstrucciones por bridas y adherencias,

con poco más de 8%. A pesar de que el íleo agudo constituye, todavía uno de los cuadros más serios, de más alta mortalidad, de la cirugía de urgencia, el estudio estadístico de los resultados obtenidos en la Asistencia Pública de Santiago, demuestra que ellos pueden ser ventajosamente comparados con los de estadísticas extranjeras análogas.

Nos hemos referido, hasta aquí, preferentemente al *íleo por vólvulo del colon íleo-pélvico*, por ser una de las formas más frecuentes de nuestra patología nacional, y por lo tanto, de mayor interés histórico. *Las obstrucciones y estrangulaciones por bridas y adherencias*, son, cronológicamente, de aparición mucho más tardía, por ser en su mayoría consecutivas a laparatomías, que sólo desde principios del siglo, empiezan a ejecutarse, en mayor escala, entre nosotros. Nos hemos referido, en capítulos anteriores, a otras variedades clínicas del íleo, las diferentes estrangulaciones herniarias y las obstrucciones por cálculo biliar. También la mayoría de las demás formas del íleo, las invaginaciones intestinales, las estrangulaciones por bridas post-operatorias, el vólvulo del intestino delgado, la estrangulación interna por divertículo de Meckel, etc., han sido objeto de buenas publicaciones en los últimos años, que se encuentran consignadas en nuestra bibliografía, entre las cuales, deben mencionarse algunas excelentes memorias de prueba, que honran a nuestra literatura médica, sugeridas y dirigidas por Rodolfo Rencoret. A propósito de la última modalidad de íleo, mencionaremos que la primera oclusión intestinal por divertículo de Meckel, que registra nuestra literatura, es del año 1905. En la *Revista Médica* de aquel año, aparece una publicación de David Benavente, en que relata una observación de esta clase y hace algunas consideraciones sobre la frecuencia del divertículo de Meckel, que ha encontrado en diferentes autopsias.

Uno de los temas oficiales de la *"Sexta Semana de la Experiencia Quirúrgica Chilena"*, del año 1937, fué *"La oclusión intestinal aguda y su tratamiento"*. Los relatores chilenos, Carlos Lobo Onell, Alfredo Velasco, Luis Cabezón y Raúl Covarrubias Zenteno, estudian el complicado proceso patológico del íleo, en todos sus aspectos: clínico, fisiopatológico y experimental. Varias contribuciones se refieren, en este certamen, al examen radiológico de las oclusiones intestinales; una de ellas, de Félix Daza. Todas, como también las numerosas publicaciones nacionales posteriores, entre ellas la excelente tesis de licenciado de K. Behn, del año 1945, están acordes en que la explora-

ción radiológica del íleo, debe realizarse sistemáticamente, salvo contraindicaciones precisas, por los valiosos elementos de diagnóstico que ordinariamente proporciona.

La revisión de la literatura nacional, nos ha dado el convencimiento, que pocas son las afecciones abdominales que han sido sometidas a estudios tan profundos y concienzudos, entre nosotros, como la obstrucción intestinal aguda. Mucho se ha avanzado, pero sigue constituyendo, todavía, uno de los cuadros más serios y de mayor mortalidad de la Cirugía de Urgencia.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, E. THOMPSON, H. Obstrucción y estrangulación intestinal. 6a. Semana de Exp. Quir. Chil. 1937.—ALESSANDRI, H. LERNER, J. La sonda de Miller-Abbott, en la obstrucción intestinal. ALLIENDE DONOSO, JORGE: Resección del asa sigmoidea por el método de Delore. Tesis, 1938.—AMPUERO, E. Contribución al estudio de la invaginación intestinal en el lactante. Tesis, 1931.—ARANDA, C. Contribución al tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal. Tesis, 1931.—AVENDAÑO, CARLOS. Oclusión intestinal. Vólvulo de la S. ilíaca. Bol. Soc. Cir. 1934.—AVILÉS, M. Vólvulo íleo-pélvico en una embarazada de 7 meses. Bol. Soc. Cir. 1934.—BARRENECHEA M., J. Obstrucción intestinal por torsión de la S. ilíaca. Rev. Méd. 1885-86.—BEHN, KURT. Diagnóstico radiológico del íleo. Tesis, 1945.—BELMAR, MARIO. La descompresión intestinal por la sonda de Miller-Abbott. Tesis, 1942.—BENAVENTE, DAVID. Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. Rev. Méd. 1905.—BENAVENTE, DAVID. La dilatación idiopática del megacolon. Rev. Méd. 1910.—BENAVENTE, DAVID. Un nuevo caso de megacolon. Rev. Méd. 1910.—BENAVENTE, DAVID. Sobre anomalías del colon. Rev. Méd. 1912.—BRIONES, RAMON. Un caso de invaginación intestinal en el adulto. Bol. Soc. Cir. 1927.—BRUNA, ISMAEL. Del tratamiento de las torsiones intestinales. Tesis, 1885.—CABEZON, L. Adherencias post-operatorias. Tesis. 1928.—CALDERON, SANTIAGO. VARGAS MOLINARE, R. Tratamiento de un íleo biliar, con la sonda de Miller-Abbott. Rev. Méd. 1941.—CALVO, LUIS. La enfermedad de Hirschsprung. Rev. Méd. 1912.—CARVALLO, VENTURA. Intervención operatoria en la oclusión intestinal. 1.er Congr. Méd. Chil. 1889.—CARVALLO, VENTURA. Oclusión intestinal por torsión. Rev. Méd. 1890-91.—CARVALLO, VENTURA. Estudio sobre el peritonismo, 1904.—CODAS DEL CASTILLO, A. Consideraciones sobre el tratamiento del íleo del intestino delgado. Tesis. 1944.—CONSTANT, A. Vólvulos del colon íleo-pélvico. Bol. Soc. Cir. 1923.—CONSTANT, A. Vólvulos del colon íleo-pélvico. Bol. Soc. Cir. 1934.—CORREA, CARLOS. Enfermedad de Hirschsprung. Tesis, 1909.—COVARRUBIAS, ALVARO. Invaginación íleo-cólica. Bol. Soc. Circ. 1926.—COVARRUBIAS, ALVARO. ACEVEDO, E. THOMPSON, A. Obstrucción y estrangula-

ción intestinal experimental. Rev. del Hosp. Clín. San Vicente de Paul, 1936.—Covarrubias, Raúl. Un caso de invaginación intestinal en el adulto. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1933.—Dazza, F. El examen radiológico en las oclusiones intestinales. 6a. Semana de Exp. Quir. Chil. 1937.—Dazza, Félix. Interpretación clínica, radiológica de los niveles hidroaéreos. Rev. Méd. 1942.—de Alba, Laura. Contribución al estudio de las oclusiones intestinales post-operatorias. Tesis. 1927.—de Amesti, Félix. Vólvulos del intestino delgado. Rev. Méd. 1942.—de Amesti, Félix. 2 observaciones de vólvulo íleo-pélvico. Bol. Soc. Cir. 1926.—Díaz, Fernán. El examen radiológico en el ileus. Rev. Méd. 1943.—Escobar, A. Contribución al estudio de la raqui-anestesia en el ileus intestinal. Tesis. 1928.—Estévez, R. La raqui-anestesia en el ileus agudo. Bol. Soc. Cir 1928.—Estévez, R. Rencoret, R. Vólvulos del intestino delgado. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1940.— Etcheverry, Enrique. Vólvulos del sigmoideo. Tesis, 1940.—Garavagno, C. Sindrome de oclusión intestinal aguda. Tesis, 1928.—Grez, Javier. Torsión de la S. ilíaca. Prog. Méd. 1897.—Guzmán, Cornelio. Un caso de obstrucción intestinal, tratado por la electricidad. Prog. Méd. 1892.—Haupt, Carlos. Vólvulos. Tesis. 1922.—Heegewaldt, E. Radiología de la oclusión intestinal. Soc. Chil. de Gastr. 1939.—Hidalgo, R. Invaginación intestinal en el niño y en el adulto. Tesis, 1928.—Ilabaca, Luis. El divertículo de Meckel. Bol. Soc. Circ. 1931.—Inostroza, Agustín. Oclusión intestinal por cálculo biliar. Bol. Soc. Circ. 1924.—Inostroza, Agustín. Ileus biliar. La Clínica, 1924.—Jofré, E. Contribución al estudio del ileus biliar. Tesis, 1925.—Johow, Arnulfo. Colectomía en un tiempo por vólvulo. Bol. Soc. Cir. 1923.—Johow, Arnulfo. Invaginación intestinal. Bol. Soc. Circ. 1940.—Junemann, Alfredo. El megacolon en el adulto. Tesis, 1922.—Lachaisse, G. Invaginación intestinal en el niño. La Clínica, 1925.—Leyton, A. Algunas consideraciones sobre cirugía abdominal. Tesis, 1923.—Lobos Oñell, Carlos. Oclusión intestinal aguda. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1937.—Matus, Manuel. Megacolon íleo-pélvico. Colectomía por vólvulos. Bol. Cir. 1924.—Matus, Manuel. Adherencias peritoneales post-operatorias. Bol. Soc. Circ. 1925.—Matus, Manuel. 2 casos de oclusión post-operatoria. Bol. Soc. Cir. 1926.—Matus, Manuel. Oclusión intestinal aguda y su tratamiento. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1937.—Montoro Carvallo, A. Algunos casos de oclusión intestinal Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1937.—Morales, Ernesto. Estudio sobre el megacolon. Tesis, 1916.—Morales, Sergio. Obstrucción intestinal aguda en el adulto. Tesis, 1942.—Munnich, Guillermo, Reccius, Adolfo. Invaginación intestinal en el niño. Temas de cirugía clínica, 1933.—Muñoz A., M. Fisiopatología del íleo. Tesis, 1942.—Muñoz Pal, B. Invaginación íleo-secocólica. Rev. Méd. 1912.—Pantoja, N. Contribución al estudio y tratamiento de las hernias estranguladas. Tesis, 1932.— Pantoja Silva, Nataniel. Contribución al estudio y tratamiento de las hernias estranguladas. Tesis, 1933.—Pavez, R. Torsión de la S. sigmoidea. Tesis, 1936.—Prado Reyes, A. Megalocolon. Rev. Méd. 1918.—Prado Reyes, A. Ugarte Montes, E. Algunas consideraciones sobre oclusión intestinal. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1937.—Reccius, Adolfo. Diagnóstico quirúrgico, 1940.—Riquelme, Juan. Torsión de la S. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1933.—Saavedra, R. La invaginación en el tubo digestivo del adulto. Tesis, 1939.—Sierra, Lucas. De la oclusión intestinal. Rev. Méd. 1900.—

SIERRA, LUCAS. 3 operaciones por torsión de la S. ilíaca. Rev. Méd. 1902.—STOCKMEYER, E. Estudio radiológico de las afecciones del intestino delgado, Tesis, 1941.—TAPIA, MIGUEL. Colon íleo-pélvico. Tesis 1938.—THOMPSON ADALBERTO. Oclusión y estrangulación intestinal. Tesis, 1937.—TONDREAU, C. Invaginación intestinal en el niño. Tesis, 1934.—ULLOA ACUÑA, JUSTO. Algunos casos de íleo. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1944.—URIBE, PEDRO. Intubación en el tratamiento del íleo. Rev. de Medicina, 1946.—VARGAS MOLINARE, R. Algunas consideraciones sobre oclusión intestinal. Bol. Soc. Cir. 1933.—VARGAS MOLINARE, R. CORREA, H. Ileus biliar y su tratamiento por la sonda de Miller-Abbott. Rev. Méd. 1942.—VARGAS SALCEDO, LUIS. Un caso de colectomía total. Bol. Soc. Cir. 1926.—VARGAS SALCEDO, LUIS. 25 años de cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937. VELASCO SANFUENTES. CABEZON, A. Oclusión intestinal aguda. 6a. semana de Exp. Quir. Chil. 1937.—VELASCO SANFUENTES, A. Diagnóstico del abdomen agudo, 1939.—VILCHES, VÍCTOR. La electricidad aplicada a los íleos intestinales. Tesis, 1929.—VILLA, G. Patología del divertículo de Meckel. Tesis, 1919.—WALL ALVARADO, I. Observaciones sobre un caso de ileus. Rev. Méd. 1915.—YÁÑEZ ROMERO, ARTURO. Vólvulos del tubo digestivo. Tesis, 1940.

CAPITULO XVIII

LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS ABDOMINALES DE LA FIEBRE TIFOIDEA

"En tifus, más que en cualquiera enfermedad, no tengáis nunca en el pronóstico demasiada confianza, pero no desesperéis, tampoco en los casos graves".

Germán Schneider, 1868.

La fiebre tifoidea sólo aparece en el siglo pasado, como entidad clínica bien individualizada; sin embargo, era conocida ya en tiempos de Hipócrates, pero sin diferenciarse del grupo general de las fiebres entéricas. Entre nosotros, es la primera enfermedad de carácter epidémico de que se hace mención, y parece haber existido en el país, desde tiempos anteriores de la Conquista. Los historiadores refieren repetidas invasiones de esta enfermedad, ordinariamente llamada *chavalongo*, palabra indígena compuesta de "chava" (modorra) y "lonco" (cabeza). Cuando el mal se presentaba en forma más leve, se le llamaba *chavalonguito*. El *tabardillo*, de que hablan los antiguos médicos, parece haber sido una variedad de fiebre tifoidea. La denominación de *tifus*, corresponde en propiedad al tifus exantemático; pero ha sido corriente entre nuestros médicos, para designar la fiebre tifoidea, hasta que fué reconocida la existencia del tifus exantemático. De las primeras publicaciones en nuestra literatura, se desprende que ambas enfermedades frecuentemente eran confundidas.

Guillermo Blest, las menciona en su *"Ensayo sobre las causas de las enfermedades que se padecen en Santiago de Chile"*, del año 1828. También en el informe del médico peruano José Gregorio Paredes, mencionado ya en ocasión anterior, y cuyo título era: *"De las enfermedades*

observadas en Chile, durante 15 meses de residencia", (1814), su autor habla del "chavalongo", "que cercena los tiernos pimpollos y las ramas " vigorosas: viene a ser una fiebre ardiente e inflamatoria con deter- " minación notable a la cabeza, de donde procede su nombre cuya " etimología es "calor en la cabeza"

La primera publicación en los Anales de la Universidad, en que se hace mención de la fiebre tifoidea, es del año 1854. En ella don Germán Schneider, al hablar sobre la higiene de Valdivia, ciudad donde había estado radicado en los primeros años de su estadía en Chile, estudia la enfermedad y llama la atención, de que son preferentemente los inmigrados alemanes y siempre los recién llegados, los que se ven atacados de ella. Entre los valdivianos indígenas no pudo observar la enfermedad, sino una forma abortiva que llama *fiebre gástrico-nerviosa.* La enfermedad aparecía, generalmente, en la estación del verano, a veces con caracteres muy malignos; así, en 1850, murieron casi todos los que se enfermaron de fiebre tifoidea. Germán Schneider había sido nombrado, en 1869, profesor de Clínica Interna; cátedra que anteriormente había estado a cargo, durante algunos años de don Jorge Hércules Petit. Schneider, se esmeró por levantar este ramo de la medicina. En su incorporación a la Facultad, en 1868, presentó un trabajo relacionado, también, con la fiebre tifoidea. La mortalidad por la epidemia, que había observado en Colchagua, había sido de un 8%, complicada con "gangrena y perforación de los intestinos". Murió el médico del Hospital, víctima de esta epidemia. *Schneider es el primer autor, entre nosotros, que menciona las perforaciones del canal intestinal en la fiebre tifoidea.* Había perdido algunos enfermos de esta complicación, uno en San Fernando y otra señora en Valparaíso, en 1866. Diagnosticaba las perforaciones, por el intenso dolor "de que los mismos enfermos a veces dijeron: "se me ha roto algo adentro". Nunca había visto esta complicación en las primeras semanas, pocas veces en la tercera y, comúnmente, en la cuarta y quinta. "Del pro- " nóstico no tengo que hablar, todos nosotros hemos visto los estragos " producidos, hago referencia a lo que muchas veces repetía uno de " mis maestros de clínica: En tifus, más que en cualquiera enferme- " dad, no tengáis nunca en el pronóstico demasiada confianza; pero " no desesperéis, tampoco, en los casos graves".

Como hemos hecho notar anteriormente, la Facultad de Medicina, en los primeros años después de la fundación de nuestra Universidad, designaba anualmente un tema sobre las enfermedades más

graves y frecuentes en Chile. En el certamen de 1867, el tema fijado tenía por título: "*Fiebre tifoidea en Chile, desarrollo, tratamiento, anatomía patológica y sus diferencias respecto de otros países*". La memoria premiada, fué la presentada a la Facultad, por el alumno del 6.° año, Florencio Middleton.

En los Anales del año 1864, se hallan publicadas algunas estadísticas de los Hospitales de Santiago, que permiten formarnos una idea sobre las afecciones más frecuentes y graves. El movimiento del Hospital de San Juan de Dios, durante los tres primeros trimestres del año 1864, arrojaba un total de 1.262 muertos en este lapso; de éstos, habían fallecido más de 170 de afecciones hepáticas, 131 de neumonía, 120 de tuberculosis, 101 de aneurismas y 74 de fiebre tifoidea. *Esta era ya, entonces, una de las enfermedades de más alta morbilidad y mortalidad.*

En su memoria de prueba para optar al grado de licenciado, Moisés Amaral, en 1886, hace nuevamente algunas consideraciones clínicas sobre la fiebre tifoidea en Chile, "una de las entidades mórbidas que " con más frecuencia nos visitan, y a veces con carácter epidémico, " produciendo una mortalidad aterradora". Entre los casos que describe, menciona también una *perforación intestinal;* en la autopsia de este caso, se había encontrado una peritonitis reciente, glándulas de Peyer, profundamente ulceradas en la región vecina a la válvula ileocecal, y en una de ellas, una perforación circular de más o menos 5 mm. Refiriéndose a las frecuentes complicaciones que se observaban en el Hospital de San Juan de Dios, en los enfermos con fiebre tifoidea, el autor más adelante dice: "Este hecho lo vemos repetirse muy a " menudo, no por escasez en la alimentación, sino por la poca vigi- " lancia en los días de visita a los enfermos. Yo he visto pasearse a " un dulcero ambulante por las salas de clínica, esperando hacer nego- " cio a costa de la vida de los infelices clientes".

"¡Nunca se dirá lo bastante, respecto de este incalificable proce- " dimiento de abandonar en la calle pública, el putrílago infecto de las " acequias!. La autoridad prohibe la venta de substancias venenosas " en las boticas, siempre que un facultativo no las prescriba, y sin " embargo, permite que al frente de nuestras casas se depositen " substancias tan deletéreas, miasmas tan venenosos que atacan seria- " mente nuestra salud, cuando no terminan con nuestra vida".

Hasta mediados del siglo pasado, se explicaba la aparición de la fiebre tifoidea y de otras enfermedades infecciosas, por la aspiración

de productos pútridos, miasmas; posteriormente nació la teoría del contagio, pero sólo con los descubrimientos de Pasteur y de Koch, pudo establecerse la verdadera naturaleza de las enfermedades infecciosas.

La primera publicación en nuestra literatura, que se refiere a la intervención quirúrgica en la peritonitis de la fiebre tifoidea, aparece en el "Progreso Médico" del año 1897, en su sección llamada *Revista Extranjera*. Se comenta en ella un trabajo del profesor Dieulafoy, en que este eminente clínico recomienda la intervención operatoria, en tiempo oportuno, en los casos de apendicitis tifoidea y de peritonitis tifoidea apendicular. También cree autorizada la intervención, en los casos de peritonitis tifoidea por perforación, que da algunas probabilidades de éxito. En la sesión de Agosto del mismo año, 1897, Lucas Sierra también se preocupa del mismo tema. Lee una estadística tomada de varios autores, sobre el éxito de las laparatomías en las perforaciones consecutivas a la fiebre tifoidea; estadística que permite establecer que debe intervenirse, siempre que el estado del enfermo lo permita. Hace después algunas observaciones sobre la dificultad del diagnóstico de esta complicación, y cita casos en que clínicos eminentes han hecho laparatomías, sin encontrar perforación alguna. En 1900, en un comentario a los recientes adelantos de la cirugía europea, vuelve a mencionar las úlceras tifoideas perforadas, e insiste en que si la perforación se ha producido, por grave que sea el estado, la intervención está siempre indicada. Las estadísticas de aquellos años, de Keen y Finney, ya demuestran que un promedio de 22 a 23% de los operados por perforaciones tifoideas pueden ser salvados. "Se comprenderá", " —dice Sierra— "todo el alcance de estos datos, teniendo presente " que las estadísticas de América, Inglaterra, Alemania y Australia, " arrojan un 10 a 20% de los casos fatales de tifoidea debidos a perfo- " ración. De nuevo se impone la asociación del médico al cirujano".

En una lección clínica del año 1906, Lucas Sierra llama nuevamente la atención, sobre la necesidad de las laparatomías precoces, en los casos de apendicitis agudas y de otros procesos agudos abdominales. Un estudiante de medicina, Carlos Muñoz Llosa, había fallecido a consecuencia de una apendicitis aguda hipertóxica, y su muerte había sorprendido dolorosamente los centros médico-estudiantiles. Sierra pone de relieve en su lección, que los cirujanos en Chile no estaban todavía en las condiciones de operar con la precocidad u oportunidad necesarias, y refiriéndose a las complicaciones de la fiebre tifoidea,

dice: "Piensen que entre nosotros, donde la fiebre tifoidea es endémica, " no se ha operado jamás todavía, que yo sepa al menos, por una " perforación, mientras que en Europa y Estados Unidos, se cuentan " por centenares las intervenciones felices".

En 1916, aparece en nuestra Revista Médica, un nuevo comentario sobre las perforaciones en la fiebre tifoidea. No se había operado todavía ningún caso entre nosotros. En el Congreso de los Cirujanos de Estados Unidos, del año 1914, un conocido cirujano de Montreal, Armstrong, aseguró que un 50% de las muertes que se producen por la fiebre tifoidea, eran propiamente de causa quirúrgica, y que la tercera parte de todas las muertes, se debían a una perforación. La operación oportuna es, pues, según el cirujano citado, de la más alta importancia; precisar el diagnóstico, tarea ardua y difícil, pero de la más alta trascendencia.

Las primeras intervenciones por complicaciones quirúrgicas abdominales en la fiebre tifoidea, entre nosotros, fueron ejecutadas por Guillermo Münnich, de Valparaíso, en 1916. Algunos años después, en 1923, presenta su experiencia a la Sociedad Médica de Santiago. Resume, en un corto bosquejo, las condiciones en que puede ser necesaria la intervención del cirujano, durante el curso de la fiebre tifoidea tan frecuente entre nosotros y que arrebata tantas vidas. Demuestran, los casos relatados, que es importante operar lo más pronto posible, de modo que el internista debe llamar al cirujano, a la menor sospecha de complicación. Llama la atención hacia las *peritonitis tíficas sin perforación intestinal*, cuyo diagnóstico diferencial con las peritonitis por perforación, es, ordinariamente, imposible establecer. La pequeña estadística que presenta Guillermo Münnich, es más favorable que las de la mayoría de las clínicas europeas y norteamericanas, pues de 9 casos operados, se han podido salvar 4, lo que da 55% de mortalidad.

En los años siguientes a esta publicación, encontramos en nuestra literatura sólo algunas observaciones aisladas; pero ningún trabajo de conjunto, que permita formarnos una idea sobre la frecuencia y gravedad de estas complicaciones entre nosotros. Jorge Zlatar, siguiendo el consejo de Guillermo Münnich, elige el tema como base para su memoria de licenciado, en 1933; pero no logra reunir más observaciones de los operados por Münnich. Armas Cruz, en 1928, describe un caso de peritonitis tífica sin perforación intestinal, y César Izzo, publica en 1933, la observación de un niño de 4 años, con perforación tífica, que fué operado y sanó.

Por fortuna, la perforación intestinal parece ser, por lo que hemos expuesto, una complicación poco frecuente entre nosotros. Según estadísticas extranjeras, es muy variable y parece influir mucho en ello, el "genio epidémico" de la enfermedad. Algunos autores americanos, estiman que un tercio de los fallecidos por tifoidea, son por perforación; en la estadística presentada por Jorge Zlatar, correspondiente a los enfermos de Guillermo Münnich, esta complicación se encontró en un 2%. Carlos López Salinas, en su tesis del año 1940, "Estudio clínico y epidemiológico de la fiebre tifoidea", se refiere, en su casuística a 250 observaciones de enfermos adultos hospitalizados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas, del profesor Lucio Córdova, en el Hospital Barros Luco, entre 1938 y 1940. Sólo en dos de ellos se había producido una perforación del intestino, seguida de peritonitis. En ambos, el caso fué fatal sin que fueran intervenidos. Uno de ellos dió la sintomatología clásica; en cambio, en el otro, fué mínima y enmascarada por un proceso pulmonar agudo. Del total de enfermos observados, fallecieron 48; lo que corresponde a un porcentaje global de mortalidad de casi 20%.

En los Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital, del año 1947, encontramos otra publicación más extensa de Aníbal Rodríguez Velasco, "Sobre perforaciones tíficas". En ella se refiere a un trabajo presentado por Mistral Aguilera, a las Jornadas Médicas del Hospital "Ramón Barros Luco", del año 1946, en el cual presenta una revisión de 22 fichas clínicas de úlceras tíficas perforadas, ocurridas en el período 1940-1946. De estos 22 casos estudiados, 16 fueron intervenidos con diagnóstico previo, pero sólo 2 mejoraron. Rodríguez Velasco, reúne una serie de 20 operados en el Servicio de Urgencia del mismo Hospital. En dos de ellos se empleó la operación del Calcagno, la esteriorización del asa perforada; pero ambos fallecieron. De los que fueron tratados con simple drenaje, todos murieron; en cambio, de los 13 en que se hizo sutura, 3 sobrevivieron. Es ésta, en la opinión del autor, la operación que debe preferirse.

Oliver Balazs nos presenta, también en los Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital, del mismo año, la relación de 14 casos de perforación intestinal en la fiebre tifoidea de los niños, observados en la Posta Infantil del Hospital "Manuel Arriarán", y llega a la conclusión, que esta complicación no es tan rara en los niños, como manifiestan algunos autores, siendo por lo menos tan frecuente como en el adulto. El total de fallecidos de los 15 operados, fué 9; la morta-

lidad, por lo tanto, de 66%. Nuevamente, en la misma revista, Diciembre de 1947, Félix Bacigalupo, del Servicio de Urgencia del Hospital Clínico "San Vicente de Paul", expone su experiencia que abarca 11 casos de los que se salvan 5; por lo tanto, una mortalidad de 55%. Los autores están de acuerdo que el éxito de la intervención depende, en primer lugar, del diagnóstico precoz. No faltan opiniones francamente pesimistas, en la discusión de estas dos últimas publicaciones que mencionamos. Gustavo Maturana, del Hospital del Salvador, con una experiencia de más de veinte años, manifiesta que no ha visto un solo enfermo de perforación intestinal de origen tífico, operado por él o por cualquier otro cirujano, que se haya mejorado. Basado en esto y en la observación de algunos casos de perforaciones tíficas que se han salvado sin intervención quirúrgica, se atreve a afirmar que, "antes de operar una perforación tífica, lo pensaría diez veces". También Mario Ruiz R., del Hospital "Ramón Barros Luco", declara que su experiencia es por demás triste; de numerosos casos intervenidos por él, personalmente, con diferentes métodos quirúrgicos que van desde el simple drenaje hasta la sutura de la perforación, no se ha salvado ninguno. Gustavo Maturana propone como conducta general, limitarse al simple drenaje del peritoneo, bajo anestesia local, en el punto donde los síntomas lo indiquen, sin agravar los casos con una operación mayor o con otra anestesia. Aboga, igualmente, por el uso de la sonda de Miller-Abbott, para conseguir un máximo de reposo del intestino. Son, naturalmente, muchos más los casos operados en los últimos años, entre nosotros, que han quedado inéditos (Hugo Grove, Alejandro Bravo, H. Reyes, Pablo Schlack, A. Reccius y otros).

Según una estadística publicada por Prado Tagle, en 1925, habían fallecido de fiebre tifoidea, en nuestro país, desde 1914 a 1923, inclusive, 19,813 personas. Estudios estadísticos posteriores, demuestran que la enfermedad presenta tendencia a persistir y a propagarse, como lo demuestran, también, los gráficos de varias publicaciones. Hernán San Martín Ferrari, en su tesis del año 1942, "Estudio epidemiológico de la fiebre tifoidea en Chile", recalca que el hecho estadístico más importante, es el ascenso continuo experimentado por la frecuencia y mortalidad que se observa en esta enfermedad, durante los últimos años en nuestro país; y este fenómeno es particularmente claro y demostrativo para Santiago.

Una mejor higienización de nuestro país, traerá, también, una disminución de la morbilidad y mortalidad de esta infección, mientras

tanto, debemos tratar de hacer más frecuente y más intensa la cooperación entre internistas y cirujanos, para salvar algunas de las vidas de enfermos que presentan complicaciones abdominales en el curso de una fiebre tifoidea, y que exigen una intervención quirúrgica que, hoy por hoy, no se efectúa o llega, frecuentemente, demasiado tarde.

BIBLIOGRAFIA

ALLENDE PADÍN, RAMON. Observaciones sobre tifus conocido en Chile vulgarmente bajo el nombre de Chavalongo. Anales de la Universidad, 1865.—AMARAL, MOISES. Consideraciones clínicas sobre la fiebre tifoidea en Chile. Tesis, 1885.—ARMAS CRUZ, R. Peritonitis tífica por perforación intestinal. Rev. Méd. 1928.—BACIGALUPO, FELIX. Perforación intestinal en la fiebre tifoidea. Arch. Soc. Cor. Hosp. 1947.—BALAZS, OLIVER. Perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea de los niños. Arch. Soc. Cor. Hosp. 1947.—BISQUERT, JOSE GREGORIO. Estadísticas de los hospitales de Santiago. Anales de la Universidad 1864.—BLEST, GUILLERMO. Ensayo sobre las causas de las enfermedades que se padecen en Santiago de Chile. 1828.—DE GONGORA Y MARMOLEJO. Historia de Chile.—DÍAZ, PAULINO. Profilaxia de la fiebre tifoidea, Tesis, 1903.—DÍAZ, WENCESLAO. Documentos relativos a la historia de las enfermedades en Chile. Anales, 1863.—FERRER, LAUTARO. Historia general de la medicina en CLile, 1904.—GARCÍA, PEDRO. La fiebre tifoidea en Santiago. Tesis, 1897.—GROSSI, JOSE. Progreso médico en Chile, 1895.—GROSSI, VÍCTOR. Fiebre tifoidea y Paratifus. Rev. Méd. 1933.—HERRERA G., A. La apendicitis tifoidea y la tifoidea con apendicitis. Rev. Méd. 1905.—IZZO, CESAR. Perforación tífica. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1933.—LOPEZ SALINAS, CARLOS. Estudio clínico y epidemiológico de la fiebre tifoidea, Tesis, 1940.—MIDDLETON, FLORENCIO. Observaciones sobre la manera de presentarse el tifus fever en Santiago. Anales de la Universidad, 1865.—MIDDLETON, FLORENCIO. Memoria sobre el tifus fever. Anales de la Universidad, 1871.—MUNNICH, GUILLERMO. Complicaciones quirúrgicas de la fiebre tifoidea, 1923.— MUNNICH, GUILLERMO. Die chirurgischen Komplikationen des Tifus abdominalis. Archiev für Schiffs und Tropenhygiene, 1926.—MUNNICH, G. RECCIUS, A. Las complicaciones quirúrgicas de la fiebre tifoidea. Temas de cirugía clínica, 1933.—PRADO TAGLE, E. Profilaxis de las fiebres tifoideas. Rev. Méd. 1925.—RECCIUS, ADOLFO. Diagnóstico Quirúrgico, 1940.—RODRÍGUEZ VELASCO, ANÍBAL. Sobre perforaciones tíficas. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1947.—SAN MARTÍN F., HERNÁN. Contribución al estudio epidemiológico de la fiebre tifoidea en Chile. Tesis, 1942.—SCHNEIDER, GERMÁN. Sobre la higiene de Valdivia. Anales, 1854.—SCHNEIDER, GERMÁN. Algunas observaciones sobre el tifus, difteria y viruela. Anales de la Universidad, 1868.—SIERRA, LUCAS. Perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea. Rev. Méd. 1898.—SIERRA, LUCAS. Ulceras tifoideas perforadas. Rev. Méd. 1900.—SIERRA, LUCAS. Las apendicitis agudas. Rev. Méd. 1906.—VELASCO, ALFREDO. Grandes problemas de clínica quirúrgica, 1945.— ZLATAR, JORGE. Las complicaciones quirúrgicas de la fiebre tifoidea, Tesis, 1933.

CAPITULO XIX

CIRUGIA DEL DIAFRAGMA

"...el alcoholismo, la plaga aterradora de los heridos a cuchillo, la Peste de Chile, que llena los hospitales...".

Guillermo C. Blest, 1828.

Con el desarrollo de la radiología, la *hernia diafragmática* dejó de ser una afección rara. Aunque conocida desde los tiempos de Hipócrates, durante siglos no pasó de constituir un hallazgo necrópsico. A principio del siglo XVII, Ambrosio Paré, en su obra *"Opera Quirúrgica"*, describe un caso de hernia diafragmática traumática. Kirschbaum, en 1755, publica un estudio sobre algunos casos personales y de otros autores. Morgagni, posteriormente, en 1769, estudia la afección en un tratado sobre la hernia diafragmática. Bowditch puede reunir, en 1864, 88 casos de la literatura de su época. Lichtenstein, en 1874, colecciona 345 casos, de los cuales sólo dos habían sido reconocidos clínicamente. Numerosísimas son las publicaciones posteriores en todos los países del mundo, pero sólo con el descubrimiento de los rayos Roentgen, se llega a interpretar correctamente el cuadro clínico con su variada sintomatología, y a diferenciarlo de la *relajación* o *eventración diafragmática*, que había sido reconocido ya a fines del siglo XVIII, observado por primera vez en 1784, por el médico alemán Pyl, y descrito con más detalles por Petit en 1790. Este último comprobó, durante una autopsia de una mujer, una gran dilatación en forma de saco de la mitad izquierda del diafragma, que contenía el estómago, colon y epiplón. Publicó esta curiosidad patológica con el nombre de *Hernia del Diafragma*, a pesar de diferenciarse fundamentalmente de ésta, por la continuidad absoluta del músculo diafragmático. En la literatura se ha descrito esta afección bajo los nombres más

diversos: Cruveilhier la designó *Eventración Diafragmática*, (1849), y esta denominación ha sido aceptada desde entonces por la gran mayoría de los autores, sobre todo los anglo-americanos y franceses.

En Chile, la casuística publicada es muy numerosa, y existen también algunos excelentes trabajos de conjunto sobre ambas afecciones diafragmáticas. Clásica es la antigua división de las hernias del diafragma en tres grupos: las *congénitas*, las *adquiridas* y las *traumáticas*, que constituyen la gran mayoría de las que se observan en la práctica, sobre todo en nuestro país, debido al uso corriente que hace del cuchillo el hombre del pueblo. *En nuestra literatura nacional, abundan las observaciones de hernias traumáticas del diafragma*, inmediatas, consecutivas ordinariamente a heridas tóraco-abdominales del hemitórax izquierdo o de aparición tardía, después de un período de latencia que puede durar años. Muy frecuentes son también las *hernias traumáticas estranguladas del diafragma*, operadas por un cuadro abdominal agudo, cuyo origen ordinariamente no fué posible determinar con claridad antes de la intervención. Hasta no hace mucho, casi todos estos enfermos fallecían dentro de las 24 a 48 horas siguientes, y el resultado anátomo-patológico era una sorpresa para el cirujano. Esto se desprende bien, de una publicación de A. Morales, del Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios. Los diagnósticos clínicos en 5 autopsias efectuadas en tres años, entre 1914 y 1916, fueron: peritonitis aguda por apendicitis, asistolía, oclusión intestinal, gastritis aguda, peritonitis. *En todos estos casos se encontró una cicatriz, que invariablemente estaba situada en la región lateral izquierda del tórax.*

Ya en 1885 nuestra *Revista Médica* describe el "curioso caso" observado en el Hospital San Juan de Dios, en el servicio del Dr. Damián Miquel, en que una antigua herida tóraco-abdominal había dado lugar a una hernia estrangulada del diafragma, que sólo había sido reconocida en la autopsia.

En 1899, A. Torreti Prohías, en la *primera* tesis sobre hernias diafragmáticas traumáticas, escrita entre nosotros, llama la atención hacia la relativa frecuencia de la afección en Chile. Habiéndose presentado en la Clínica del profesor Barros Borgoño, un caso de hernia diafragmática traumática, el autor creyó hacer obra útil, haciendo un estudio detenido de esta afección que, generalmente, en aquel entonces, pasaba desapercibida. Logra reunir 84 casos, de la literatura que estuvo a su alcance; respecto a Chile, menciona dos casos del

doctor Cornelio Guzmán, uno de Pardo Correa, dos de Waldo Silva, lo que daba un total de seis casos contando el personal, que describe en su memoria. Hace resaltar el hecho del elevado número de observaciones nacionales, en comparación al total de las reunidas en la literatura europea, lo que se debe a la causa etiológica tan frecuente en nuestro país, las *heridas tóraco-abdominales por arma blanca.*

El caso, motivo de su memoria, había sido operado por Barros Borgoño, en 1891, por oclusión intestinal. Se había efectuado una laparatomía supra-umbilical y comprobado la hernia diafragmática, pero las tentativas de liberar el intestino estrangulado por vía abdominal, no dieron resultados. El enfermo estaba en muy malas condiciones y era tarde para operar por vía transpleural. Falleció a los dos días. Sólo después de suturar la pared abdominal, se vino a ver la cicatriz en el tórax izquierdo, resultado de una herida penetrante de años antes. "Por esto, —dice el autor— creo que no debe olvidarse nunca " cuando se presenta un individuo con signos de estrangulamiento " interno, de hacer una inspección del tórax y epigastrio, y pensar " en la posibilidad de una hernia diafragmática".

Al referirse al tratamiento de las hernias diafragmáticas, Torreti dice, que antiguamente cuando se tenía la suerte de diagnosticar una estrangulación, se contentaban con colocar hielo al vientre o administrarlo al interior. "Algunos más atrevidos, como Nussbaum, intro- " ducían, durante el sueño clorofórmico, la mano por el recto, lo más " alto posible, y ensayaban por medio de tracciones reducir el asa " herniada, o como Pean que abría el vientre para ir directamente " a desprender el intestino". Por falta de diagnóstico, frecuentemente se practicaba una laparatomía infraumbilical, lo que en estos enfermos, con mal estado general, era, naturalmente, un error de gravedad. El método *transpleural*, había sido recomendado recién en 1889. Según la tesis a que nos referimos, *fué usado por primera vez, entre nosotros, por Cornelio Guzmán, en 1890* en el Hospital San Juan de Dios, en un enfermo que presentaba una herida penetrante tóraco-abdominal del lado izquierdo con hernia del epiplón. Se hizo la resección de la séptima costilla, prolongando la herida. Además del epiplón se encontró una buena porción del intestino delgado, que hacía hernia a través de la brecha diafragmática. Como no se pudo hacer la reducción, Guzmán procedió a la laparatomía, reduciendo el intestino y colocando 25 puntos de sutura al diafragma desgarrado. El enfermó sanó.

Torreti, en su memoria, llega a la conclusión que la estadística se muestra muy favorable al método transpleural. Pudo reunir 13 casos de la literatura mundial, con once curaciones, entre las cuales figura también la de Cornelio Guzmán.

A una sesión de la Sociedad Médica del año 1897, el doctor Pemjean presenta la observación de una hernia diafragmática estrangulada congénita; el enfermo había fallecido al día siguiente de su ingreso al hospital. En la autopsia se encontró un orificio en el diafragma, al parecer congénito, a través del cual se había herniado el peritoneo, parte del colon y el estómago. *Es la primera observación que registra nuestra literatura, de una hernia congénita del diafragma.*

En la sesión de Agosto del año 1898, Lucas Sierra lee una observación de otra hernia diafragmática estrangulada, que se opera en la clínica del profesor Barros Borgoño, con el diagnóstico probable de invaginación intestinal. Laparatomizado, se encontró el colon transverso y el intestino delgado enormemente distendido y congestionado. Tampoco se sospechó, en este caso, la existencia de una hernia diafragmática, y *sólo al colocar el vendaje, se comprueba una antigua cicatriz en el quinto espacio intercostal izquierdo.* El estado del enfermo, no permitía ninguna intervención ulterior, la autopsia practicada tres días después, reveló que en la hernia diafragmática estaba estrangulado el epiplón y parte del intestino grueso. Este error de diagnóstico, ocurrido dos veces en la clínica de Barros Borgoño, en el transcurso de pocos años a fines del siglo pasado, *el no pensar en las hernias diafragmáticas en los casos en que la etiología de una obstrucción no está bien clara,* lo vemos repetirse en numerosísimas observaciones referidas posteriormente en nuestra literatura hasta nuestros días, y seguramente son muchos los casos no registrados.

Hemos visto que ya en la primera tesis escrita entre nosotros sobre hernias diafragmáticas, en 1899, su autor llamaba la atención hacia su relativa frecuencia en Chile, en relación con el gran número de heridas tóraco-abdominales por arma blanca. Para dar una idea sobre la frecuencia de estas últimas, basta recordar algunas cifras consignadas en nuestra literatura. Ya Guillermo Blest, en su ensayo del año 1828, sobre *"Las causas más comunes de las enfermedades que se padecen en Chile"*, menciona la plaga aterradora de los heridos a cuchillo, "la peste " de Chile", que llena los hospitales (29 casos en 13 días asistidos sólo

por él). Y que esto no ha cambiado gran cosa, lo demuestran las estadísticas modernas. Huberto Berg, en su tesis, que volveremos a mencionar más adelante, del año 1939, expone que fueron atendidos en la Asistencia Pública de Santiago, entre 1933 y 1937, 254 enfermos por herida penetrante tóraco-abdominal. Leonidas Aguirre, en su magnífico relato sobre heridas penetrantes de tórax, al *Sexto Congreso Chileno de Cirugía* del año 1945, reúne 637 casos de heridas penetrantes torácicas, que comprenden todos los tipos de heridas penetrantes, ya sean torácicas puras o tóraco-abdominales, incluídas las heridas de corazón. Esta casuística tan numerosa, se ha obtenido con la revisión de sólo tres años del material de la Asistencia Pública (1941-1943). La riña y la agresión, figuran en más del 90% de estos casos, y el factor ebriedad, también en una fuerte proporción. De los 637 casos de heridas penetrantes torácicas, 90 corresponden a tóraco-abdominales, con una mortalidad de casi 40%. A estos datos, el autor agrega algunos del Instituto Médico Legal; de 107 fallecidos en 1941, 27 se indican con herida penetrante tóraco-abdominal; 8 con compromiso del corazón y 25 con compromiso visceral del abdomen. Vale hacer resaltar aquí, la frecuencia de los casos de *heridas del corazón* y del *pericardio*, tratados en la Asistencia Pública de Santiago desde 1915, *año en que fué operado, entre nosotros, el primer herido del corazón, por Pedro Montenegro, quién hizo, con todo éxito, la sutura de una herida del ventrículo izquierdo.* Entre este año y 1945, fueron operados 130 casos de heridas del corazón y del pericardio, sobre los cuales, Roberto Aguirre Silva, presenta un interesante estudio al *Congreso Chileno de Cirugía* del año 1945. Como hace notar el autor, esta enorme cifra no revela, en realidad, la frecuencia real con que se producen entre nosotros las heridas del corazón, que es muy superior a la que conocemos a través de los Servicios de Urgencia. Los protocolos de autopsia del Instituto Médico Legal correspondientes nada más que a un año, tomados al azar, revelan que en 107 autopsias, la principal lesión fué la herida penetrante torácica complicada, y en más de la mitad de esos casos, en 55, la causa de muerte fué una herida del corazón; sin embargo, dice el autor, en el curso de ese mismo año, en la Asistencia Pública sólo fueron atendidos seis heridos cardíacos.

Muchas de las demás publicaciones nacionales, consignadas en nuestra bibliografía, señalan también la gran frecuencia de las heridas tóraco-abdominales en nuestro país, no sólo en la Capital, sino también en provincias, y llaman la atención hacia el hecho, que muy frecuen-

temente las hernias diafragmáticas consecutivas pasan inadvertidas, siendo su evolución clínica, lenta y prolongada. Figuran en nuestra literatura, casos en que el período de latencia ha sido de veinte y más años. Lo importante, frente a un cuadro de oclusión intestinal, es siempre, y sobre esto no puede insistirse lo suficiente, el examen minucioso de los antecedentes; buscar la cicatriz de una posible herida tóraco-abdominal, cuya existencia llevará al cirujano por buen camino y evitará, lo que todavía se observa de vez en cuando entre nosotros, que las hernias diafragmáticas traumáticas no sean reconocidas sino en la mesa de operaciones o de autopsias.

Con respecto a la frecuencia de las hernias diafragmáticas, congénitas o traumáticas, las estadísticas extranjeras son todavía muy contradictorias, a pesar del perfeccionamiento de su diagnóstico radiológico y la gran experiencia quirúrgica que se obtuvo en las últimas guerras mundiales. Entre nosotros, algunas de las publicaciones y tesis, contienen cifras estadísticas que permiten formarnos una idea aproximada sobre su frecuencia en Chile. Ignacio González Ginouves, en su memoria de prueba del año 1928, recopila 19 casos de los cuales 7 son inéditos. Basado en la estadística del Hospital San Vicente, en el cual durante los años 1923 hasta 1927, fueron atendidos alrededor de 46,000 enfermos, el autor calcula, aproximadamente, un caso de hernia diafragmática por cada 6,000 enfermos, porque hubo 8 casos en que se diagnosticó esta afección. Huberto Berg, en su tesis presentada a la Facultad de Medicina en 1939, la recopilación más completa de nuestra literatura, consulta las estadísticas del Hospital de El Salvador y de la Asistencia Pública de Santiago, y obtiene los siguientes datos: en el Hospital mencionado, fueron atendidos, desde 1935 a 1938, más o menos 60,000 enfermos, en los que se encontraron 7 casos de hernia diafragmática, lo que hace una proporción de 1 por 8.751, aproximadamente. Ruperto Vargas y Alejandro Larach, en una revisión de la estadística del Hospital San Borja, desde 1935 a 1945, encuentran que fueron atendidos 2,452 casos de hernias, entre las cuales aparecen 12 diafragmáticas. Pero todas estas cifras no revelan, seguramente, su verdadera frecuencia entre nosotros; muchos casos pasan desapercibidos, por ser clínicamente silenciosos. No guardan relación, tampoco, las cifras mencionadas con las correspondientes a las heridas tóraco-abdominales. Las *pequeñas hernias diafragmáticas no traumáticas*, que ordinariamente se revelan sólo con un estudio radiológico minucioso, son también más frecuentes de lo que se supone. Entre nosotros, O. Riedel

las estudia, a propósito de 5 casos que observa en su Servicio de Radiología del Hospital San Borja, en el corto lapso de seis meses, e insiste en su reducción espontánea no apareciendo en exámenes posteriores. Tres de estas hernias corresponden al hiato esofágico, y dos a la región para-esternal.

La *relajación o elevación diafragmática*, también fué considerada, hasta hace poco, como enfermedad esencialmente rara; con el examen radiológico más minucioso, sin embargo, el número de ella, observado en los últimos años, ha ido también en rápido aumento. Para la mayoría de los autores, es mucho menos frecuente que la hernia del diafragma, y en realidad es así, si se toman en cuenta nada más que aquellos cuadros clínicos en los cuales la relajación diafragmática está bien establecida, y no los casos rudimentarios, que son bastante más frecuentes. Revisando la literatura, llama la atención la diferencia de los datos en cuanto a su frecuencia, que dan los distintos autores. Según Münnich y Reccius, que han estudiado la afección entre nosotros, no se trata de una enfermedad tan extremadamente rara, como se ha creído hasta hace poco. En su publicación del año 1933, reunen 11 casos de relajación extensa del diafragma, algunos de ellos operados. Creen los autores, por lo tanto, que el conocimiento de esta afección es de gran utilidad práctica, por la importancia del diagnóstico diferencial con la hernia, y por el hecho de haberse creado últimamente una afección parecida con el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, la sección o resección del frénico, que ordinariamente va seguida de una elevación considerable del músculo diafragmático.

Dado el carácter de nuestra exposición, no podemos entrar a estudiar la sintomatología y el diagnóstico de las afecciones que nos ocupan; se encuentran acabadamente estudiadas, en varias de nuestras publicaciones nacionales mencionadas. Con el perfeccionamiento del diagnóstico radiológico, se ha progresado considerablemente en el reconocimiento y, por lo tanto también, en el tratamiento de ambas afecciones. Muy interesante es, sin embargo, observar a través de nuestras publicaciones, con qué frecuencia se cometían, en años anteriores, errores de diagnóstico que se han hecho clásicos no sólo en nuestra literatura. Estos errores se refieren, en primer lugar, a la confusión de la hernia con la relajación del diafragma, y en seguida, a su confusión con el neumotórax o pio-neumotórax. Mientras más antigua sea la literatura nacional que se revise, tanto mayor es también la confusión con respecto al diagnóstico de estas enfermedades.

Hemos dicho anteriormente, que las publicaciones y la casuística nacionales sobre ambas afecciones que nos ocupan, es bastante numerosa. La primera observación que hemos encontrado, y ya mencionada, corresponde al año 1885. Luis Asta Buruaga relata un caso de hernia diafragmática congénita, en la Revista Médica del año 1888/89, considerándolo interesante, porque "en los textos de enseñanza apenas " se hace ligera mención de la hernia diafragmática, y que un médico " con una práctica extensa, puede pasar años sin ver un ejemplar de " esta enfermedad, que si fuera más frecuente, sería una fuente de cons- " tantes errores para el diagnóstico con el neumotórax".

En una sesión de "El Progreso Médico" del año 1897, Waldo Silva Palma refiere un caso de herida del estómago, hecha a través del diafragma y suturada, siguiendo esa misma vía. En el mismo año, Pemjean presenta a la Sociedad Médica, la observación de una hernia diafragmática congénita estrangulada, y Lucas Sierra, la de una hernia traumática estrangulada, que hemos mencionado anteriormente.

En 1899, Jermán Valenzuela Basterrica publica en "El Progreso Médico", dos casos de heridas tóraco-abdominales con lesión del bazo, y en las que la intervención quirúrgica consistió en laparatomía con sutura del diafragma y del bazo.

La *primera* memoria de prueba presentada a la Facultad de Medicina, es la ya mencionada de A. Torreti Prohías, del año 1899, en que se mencionan algunas observaciones de Cornelio Guzmán, Pardo Correa, Waldo Silva y Barros Borgoño.

En 1904, Edwyn Reed presenta a la Sociedad Médica, un enfermo de la Clínica del profesor Lucas Sierra, por una herida tóraco-abdominal con lesión del estómago, que había sido operado por vía abdominal, suturándose el estómago y la brecha del músculo diafragmático. En la misma sesión, Lucas Sierra refiere un caso semejante, en que había herida del diafragma y hernia del epiplón. Se intervino por vía torácica, resecando el epiplón y suturando el diafragma. A propósito de estos dos casos, Lucas Sierra manifiesta que estas lesiones son raras en Europa, entre nosotros, en cambio, bastante frecuentes, a causa del excesivo número de heridas por armas blancas. Se muestra partidario de la vía torácica, y termina manifestando que esta clase de heridas deben siempre ser operadas, teniendo presente la frecuencia de las hernias que en estos casos se producen y la facilidad con que se estrangulan.

Gregorio Amunátegui, en su "*Diagnósticos oscuros y errores instructivos*", del año 1916, relata el caso de un enfermo que presentaba fenómenos abdominales agudos, que se opera con el diagnóstico de urgencia "ileus adinámico consecutivo a una peritonitis difusa de origen apendicular, por ser ésta la causa más frecuente de aquélla", y se practica la apendicectomía. "La autopsia fué una dura lección"—dice Amunátegui—porque se trataba de una hernia diafragmática izquierda traumática. En el hemitórax izquierdo, en la línea axilar, presentaba la piel una gran cicatriz bien manifiesta, de una antigua herida cortante. "Habría bastado con mirar la línea axilar, para explicarse la causa de ese ileo paralítico". El antiguo y tan frecuente error, al cual nos hemos referido anteriormente.

En el mismo año 1916, A. Morales, en la publicación ya mencionada, refiere 5 necropsias de hernias diafragmáticas estranguladas, en que no se había hecho el diagnóstico, a pesar de la cicatriz del hemitórax izquierdo.

En Noviembre de 1917, es presentada a la Sociedad Médica, la observación de una hernia diafragmática consecutiva a una contusión abdominal, diagnosticada por Joel Rodríguez, algunos años después del accidente. Se trataba de un niño de 14 años, en que Lucas Sierra intervino con todo éxito. *Es la primera intervención de esta naturaleza, que se efectuaba en Chile.*

La *segunda* tesis sobre hernias diafragmáticas, es del año 1922. Su autor, O. Espinoza, reúne algunos casos de la literatura nacional. En los años siguientes se comunican a la Sociedad de Cirugía, varias observaciones de hernias diafragmáticas traumáticas. (Lucas Sierra, Alvaro Covarrubias, Alfonso Constant, Manuel Torres).

Al "*Primer Congreso Nacional de Cirugía*", año 1924, Hugo Grove y Rudecindo de la Fuente, presentan un trabajo sobre las hernias diafragmáticas. En los cuatro operados por ellos, existía el antecedente de una herida penetrante tóraco-abdominal; en todos se trataba de hernia estranguladas, y en todos se comprobó, antes de la operación, la cicatriz del accidente causal.

Carlos Saavedra, en su tesis del año 1924, "*Heridas torácicas y tóraco-abdominales*", se refiere a su gran frecuencia entre nosotros, y pasa en revista las posibles complicaciones inmediatas y tardías, entre ellas las hernias diafragmáticas.

En Septiembre de 1927, Lucas Sierra relata el primer caso operado con éxito, de hernia diafragmática no traumática, y de Amesti presenta en Diciembre de ese año, una observación similar operada con éxito por vía torácica.

Ignacio González Ginouves, interno de la Clínica del profesor Lucas Sierra, estudia también el problema de las hernias diafragmáticas, en su tesis del año 1928. Es la primera recopilación más extensa entre nosotros. Reúne una veintena de casos clínicos, algunos inéditos, otros ya publicados, que estudia con detenimiento. En casi la mitad de los casos el origen era traumático, en 6 de ellos por antigua herida penetrante tóraco-abdominal. 5 enfermos habían presentado una estrangulación, de ellos se operaron 4, en el último no se intervino, por el grave estado en que había llegado. De los enfermos restantes se operaron 6: tres por vía abdominal y tres por vía torácica; en todos ellos pudo suturarse el orificio en buenas condiciones. Todos los enfermos operados "en frío", salieron del hospital en buenas condiciones. De los operados de urgencia, tres murieron: uno porque no se reconoció la lesión y la operación fué insuficiente; otro, por choque operatorio, y el último, por una complicación pulmonar. El cuarto enfermo sanó en perfectas condiciones. Concluye el autor diciendo, que la vía operatoria de elección es la laparatomía, salvo que haya indicaciones especiales para intervenir por vía torácica. La vía tóraco-abdominal, a pesar de las ventajas que presenta sobre las operaciones unilaterales, no es aconsejable por su alta mortalidad. Las observaciones estudiadas en la tesis de González Ginouves, fueron facilitadas por Lucas Sierra, Prado Tagle, Luis Opazo, Arturo Mardones, Alfonso Constant, Torres Boonen, Manuel Matus y Luis Ilabaca.

La relajación o eventración diafragmática fué estudiada por primera vez, entre nosotros, en forma conjunta, por A. Reccius, quien presenta un extenso trabajo sobre esta interesante afección, al Primer Congreso de Patología de Concepción, del año 1930. Refiere algunos casos aislados de nuestra literatura y estudia cinco observaciones propias, todas ellas con gran elevación del músculo diafragmático. Los signos radiológicos de la afección son tan característicos, que en la mayoría de los casos puede llegarse a un diagnóstico de certeza. La afección puede ser congénita o adquirida; entre estas últimas causas figura, entre nosotros, según pudo comprobarlo posteriormente el autor, la lesión del frénico por tuberculosis del hilio pulmonar. En uno de los casos relatados, se intervino efectuando la plegadura del diafragma, mediante

suturas superpuestas; operación recomendada, en 1916, por Wood, y efectuada algunos años después por Lerche, en 1922. El tratamiento quirúrgico está indicado, sin embargo, sólo en los casos con sintomatología grave. Eduardo Pereira vuelve a estudiar la elevación diafragmática, en su memoria de prueba del año 1930. R. Estévez y D. Arriagada, presentan en 1942, dos casos de relajación diafragmática derecha con contenido hepático, a la Sociedad de Cirugía.

Huberto Berg, ex interno de la Sección de Cirugía del profesor de Amesti, reúne en su tesis, la más completa de las nacionales, 40 observaciones de hernias diafragmáticas, 7 de las cuales pertenecen a recién nacidos, después de revisar las estadísticas de los diversos hospitales y servicios de cirugía. Incluye 9 casos que habían sido presentados anteriormente en la Sociedad de Cirugía, por diversos cirujanos. Haciendo un estudio minucioso de cada observación, el autor abarca en su magnífica tesis, la totalidad del problema de las hernias diafragmáticas, traumáticas y congénitas.

También a las Sociedades de Radiología, Cirujanos de Hospital, Gastro-enterología y Pediatría, han sido presentadas, en varias ocasiones, en los últimos años, observaciones de hernias diafragmáticas. (J. Marín y N. Flores, Krueger, T. Centeno, A. Salleres, Silva Silva, Adolfo Escobar, E. Petermann, Luis Opazo, Daza y Casarino, Riedel y otros).

R. Vargas Molinare y Alejandro Larach, presentan, en 1945, cinco casos operados de hernias diafragmáticas no traumáticas del foramen de Morgagni y del hiato esofágico. En todos ellos el resultado inmediato y tardío de la intervención, fué satisfactorio.

Hemos expuesto en forma cronológica las publicaciones más importantes, entre nosotros, sobre las afecciones quirúrgicas del diafragma. *De ellas podemos colegir, que las hernias diafragmáticas son más comunes en Chile que en otros países, lo que se debe a la enorme frecuencia de las heridas penetrantes tóraco-abdominales.* Todavía son frecuentes, también, los errores de diagnóstico, por no pensar en su posibilidad. Como en los demás países, la hernia y la relajación diafragmática fueron, en un comienzo, un hallazgo de autopsia. Sólo con el advenimiento de los Rayos Roentgen, se logra diagnosticar estas afecciones y diferenciarlas de otras que pueden simularla. Con ello, su tratamiento ha entrado al dominio de la cirugía. Son ya numerosos los cirujanos, entre nosotros, que han operado con éxito hernias del diafragma. *La primera de ellas, de causa traumática, operada (por vía*

tóraco-abdominal), en Chile, corresponde, según se desprende de la tesis de Torreti, al caso de Cornelio Guzmán, en 1890. La primera intervención con éxito, por hernia diafragmática antigua, que figura en nuestra literatura, es la ya mencionada de Lucas Sierra, y cuya observación fué presentada a una sesión de la Sociedad Médica del año 1917. En los últimos años, estas intervenciones se han multiplicado y muchas de ellas han quedado inéditas.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE, LEONIDAS. Heridas penetrantes del tórax. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—AGUIRRE, LEONIDAS. Hernia diafragmática estrangulada. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1946.— AGUIRRE SILVA, ROBERTO. Heridas del corazón y del pericardio. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.— ALESSANDRI, H. DONOSO, A. GARCÍA. Hernia diafragmática congénita. Rev. Méd. 1937.— AMUNÁTEGUI, GREGORIO. Diagnósticos obscuros y errores instructivos. 1916.— ASTABURUAGA, LUIS. Sobre hernias diafragmáticas. Rev. Méd. 1888-89.— AVENDAÑO, CARLOS. MOLINA, RAÚL. Heridas penetrantes del tórax. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—BAEZA, MARCIAL. Hernia diafragmática estrangulada. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1946.—BARRENECHEA, M. J. Hernia del diafragma. Rev. Méd. 1885/86. BARROS BORGOÑO, M. Heridas penetrantes del abdomen. Rev. Méd. 1898.—BERG, HUMBERTO. Hernia diafragmática. Tesis, 1939.—BURGOS, HERNÁN. Heridas penetrantes del tórax, 1932.—CALDERON, S. MEZA, C. Hernias diafragmáticas con vólvulo gástrico. Rev. Méd. 1942.—CANALES DE LA CERDA, HERNÁN. Sindroma diafragmático. Tesis, 1933.— CENTENO, T. Hernia diafragmática. Rev. Chil. de Pediatría, 1932.—CONSTANT, ALFONSO. Hernia diafragmática. Bol. Soc. Cir. 1923.—CORTES PEÑA, OSCAR. Las heridas penetrantes del tórax, en la práctica civil. Tesis, 1945.—COVARRUBIAS, ALVARO. Hernias diafragmáticas. Bol. Soc. Cir. 1922.—COVARRUBIAS, ALVARO. Hernias diafragmáticas. Bol. Soc. Cir. 1923.—COVARRUBIAS, ALVARO. VILCHES, VÍCTOR. Hernia diafragmática y vólvulos del estómago. Rev. Méd. 1942.—COVARRUBIAS ZENTENO, R. Heridas penetrantes torácicas-abdominales. Rev. Hosp. Clín. S. Vicente de Paul, 1935.—DAZA, F. CASARIO, A. Hernia diafragmática. Rev. Méd. 1941.—DE AMESTI, FELIX. Hernia traumática del diafragma. Bol. Soc. Cir. 1927.—DE AMESTI, FELIX. Hernia traumática del diafragma. La Clínica, 1944.—DÍAZ LIRA, GUILLERMO. Estudio crítico y analítico de las hernias estranguladas. Tesis, 1941.—DUCCI, J. Radiografía de un caso de hernia diafragmática. Rev. Méd. 1920.—ESCOBAR P., ADOLFO. Vólvulos gástricos y hernia diafragmática. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1945.—ESCOBAR P., ADOLFO. Hernia diafragmática. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1946.—ESPINOZA L., O. Hernias diafragmáticas. Tesis, 1922.—ESPINOZA L., O. Un caso de hernia diafragmática traumática. Rev. Méd. 1922.—ESTEVEZ, R. ARRIAGADA, D. Relajación diafragmática con contenido hepático. Rev. Méd. 1943.—FLORES, N. Hernia diafragmática. Rev. Méd. 1943.—GONZÁLEZ GINOUVES, I. Hernias del diafragma. Tesis,

1928.—Grove, H. De la Fuente, R. Hernia diafragmática. 1.er Congreso Chileno de Cirugía, 1924.—Guzmán, Maximiliano. Heridas del intestino, por arma blanca. Tesis, 1911.—Leyton, Alfredo. Algunas consideraciones sobre cirugía abdominal de urgencia, Tesis, 1928.—Lira, Gregorio. Hernia diafragmática estranguladà. Rev. Méd. 1930.—Mardones, A. Un caso de hernia diafragmática. Rev. Méd. 1920.—Mardones, A. Hernia del diafragma. Arch. Clín. Prof. Prado Tagle, 1925.—Marín, E. Flores, R. Heridas penetrantes tóraco-abdominales. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1938.—Martínez, Manuel. Exploración abdominal de las laparatomías de urgencia. Tesis, 1938.—Meza Oliva, F. Hernia diafragmática. Rev. Méd. 1917.—Montero, J. Un caso de parálisis diafragmática. La Clínica, 1935.—Morales, A. Consideraciones sobre 5 casos de hernias traumáticas del diafragma. Rev. Méd. 1920.—Munnich, Guillermo, Reccius, Adolfo. Relajación diafragmática. Temas de Cirugía Clínica, 1933.—Opazo, Luis. 2 observaciones de hernias diafragmáticas, congénitas. Arch. Chil. de Pediatría.—Pantoja Silva, N. Contribución al estudio y tratamiento de las hernias estranguladas. Tesis, 1932.— Pemjean, Ambrosio. Hernia diafragmática. Rev. Méd. 1898.—Pereira, Eduardo. La elevación diafragmática. Tesis, 1930.—Petermann, Edmundo. Un caso de hernia diafragmática con vólvulo del estómago. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1946.—Prat Echaurren, A. Eventración diafragmática. Rev. Méd. 1942.—Quintana, Humberto. Robinson, A. Macchiavello, P. Heridas penetrantes del tórax. 6.° Congreso Chileno de Cirugía, 1945.—Rahausen, A. Hernia diafragmática estrangulada. Bol. Soc. Cir. 1927.—Reccius, Adolfo. Relajación diafragmática. Med. Mod. 1930.—Riedel, O. Pequeñas hernias diafragmáticas. Rev. Méd. 1941.—Rodríguez, Joel. Hernia del diafragma. Rev. Méd. 1918.—Rodríguez, Joel. Hernia diafragmática. Bol. Soc. Cir. 1924.—Rodríguez, Joel. Hernia diafragmática. Bol. Soc. Cir. 1927.—Saavedra, Carlos. Heridas torácicas y tóraco-abdominales. Tesis, 1924.—Sierra, Lucas. Hernia diafragmática estrangulada. Rev. Méd. 1899.—Sierra, Lucas. Herida penetrante del tórax, con sección del diafragma y hernia del epiplón. Rev. Méd. 1904.—Sierra, Lucas. 3 casos de hernia diafragmática. Bol. Soc. Cir. 1913.—Sierra, Lucas. Hernia del diafragma. Bol. Soc. Cir. 1927.—Silva Silva, Escobar. Heridas diafragmáticas traumáticas. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1946.—Torres, M. Hernia diafragmáticas. Bol. Soc. Cir. 1923.—Torreti, Prohías, A. Hernias diafragmáticas traumáticas. Tesis, 1899.—Valenzuela, Germán. Heridas penetrantes del tórax. Progr. Méd. 1899.—Vargas Molinare, R. Larach, Alejandro. Hernia diafragmática. Rev. Méd. 1945.—Villarroel, A. Hernia diafragmática. Rev. Méd. 1942.

CAPITULO XX

LAS HERNIAS Y SU CURA RADICAL

"La precisión matemática de la cirugía, no es todavía, por desgracia, un hecho que haya pasado los umbrales de la infalibilidad".

Adolfo Murillo, 1863.

Las hernias, desde el punto de vista de su etiopatogenia, anatomía patológica y sintomatología, son procesos tan bien estudiados, que satisfacen aún al más exigente. En cualquiera de los tratados clásicos, se encuentran acabadamente estudiadas. Lo mismo podríamos decir con respecto a la historia de las hernias, que es tan antigua, como la historia del hombre mismo, y cuya evolución está íntimamente ligada a la evolución de la cirugía. Podemos distinguir en ella, claramente, dos períodos: uno que llega a la segunda mitad del siglo pasado, en que no existía, propiamente hablando, otra cirugía que la de los miembros, de una mortalidad espantosa, que convertía a los hospitales en "antesalas de la muerte"; y un segundo período que se inicia con una revolución profunda de la cirugía, basada en los postulados de Lister y de Pasteur, y que abren nuevos horizontes nunca soñados todavía.

También en nuestro país, el magno problema de las hernias, ha constituído, en toda época, una preocupación para los cirujanos, tanto antes del advenimiento del maravilloso procedimiento antiséptico de Lister, como después de él. Esto lo demuestra la numerosa bibliografía nacional existente. Nuestros cirujanos han seguido, paso a paso, los adelantos quirúrgicos de países más avanzados que el nuestro; han experimentado todos los procedimientos quirúrgicos clásicos, y la mayoría de las muchas y distintas modificaciones que éstas han sufrido. Podemos hablar ya, de una verdadera experiencia nacional.

Son muchos los grandes maestros de nuestra Escuela de Medicina, que en distintas épocas han hecho publicaciones sobre las hernias; publicaciones no sólo de un verdadero valor práctico, sino también histórico. Lorenzo Sazie, Adolfo Valderrama, Adolfo Murillo, Wenceslao Díaz, Valenzuela Basterrica, Lucas Sierra, Gregorio Amunátegui, Vargas Salcedo y otros, todas grandes figuras desaparecidas, de la historia de la cirugía nacional, se han ocupado, en una u otra forma, del problema de las hernias, y la lectura de muchas de estas publicaciones, además de constituir un gran placer literario, permite formarse una magnífica idea sobre la cirugía de aquellos años, sobre su despertar, con los descubrimientos de Pasteur y Lister, y, en seguida, sus pasos agigantados en su progreso.

Para no repetir lo que en cualquier buen tratado de Cirugía está bien estudiado, la historia general de las hernias, recordaremos de preferencia en nuestra exposición, cuál ha sido la evolución y actitud de la cirugía de nuestro país, ante el gran problema que nos ocupa.

La primera publicación que hemos hallado sobre las hernias, data del año 1863 y demuestra, como ya lo hemos enunciado, el interés que este problema ha despertado en cualquiera época de los últimos cien años. El doctor Carlos Leiva, académico de la Facultad de Medicina, posteriormente profesor de la Cátedra de Fisiología y Medicina Legal, y uno de los primeros, si no el primero, en usar el cloroformo entre nosotros, elige como tema para su discurso de incorporación a la Facultad: *"De las hernias umbilicales en el adulto"*. Creemos de mucho interés, transcribir algunas de las ideas que el autor expone en su disertación, porque nos dan mucha luz sobre el estado de la cirugía en aquellos años, en que las operaciones abdominales no se practicaban, por considerarlas temerarias, y en particular a la que se refiere a las hernias, en que sólo las estranguladas eran intervenidas, y aún frente a éstas, existían abstencionistas convencidos. En Europa y en países más avanzados que el nuestro, en aquellos años la *quelotomía* era una intervención que gozaba ya de cierta aceptación, a pesar de su mortalidad operatoria aún muy elevada. *En Chile, en cambio, la quelotomía, sobre todo la umbilical, era todavía poco conocida.* Leiva había visto en Europa, tres operaciones de esta naturaleza, ejecutadas por manos hábiles y, una de ellas, con éxito feliz. Por este motivo y dada la frecuencia y gravedad de las hernias umbilicales, eligió esta materia como tema para su memoria. Oigamos al autor: "Los efectos que la estrangulación " ocasiona son tan graves, tan rápidamente mortales, que el cirujano

" se halla en la necesidad de recurrir a la quelotomía, tan pronto " como se le presente el enfermo. Yo tengo la satisfacción de haberla " visto tres veces; una, ejecutada con buen éxito por Chassaignac, " y las otras dos, con funestos resultados, por Jorbert, en el Hospital " Dieu, y otra por el eminente cirujano, doctor Nelaton. La enferma " de Chassaignac, que era una de las formas simples pero menos comu- " nes de la hernia umbilical, es decir la enterocele, sanó con un annus " contranatura. Las otras dos, que eran éntero-epiplocele, murieron " dos o tres días después de la operación. La misma suerte tuvo una " señora a quién yo operé, en la Serena, hace cuatro a seis meses, de " un entero epiplocele umbilical, la peritonitis sobrevino y con ella la " muerte, a pesar de haberse empleado a tiempo, un plan antiflogístico " activo y los demás remedios que son recomendados en semejantes " casos. En 1852, el malogrado doctor Manuel Cortez, también en " La Serena, efectuó una quelotomía, en una enferma que murió a " los cuatro o cinco días". En 1856, el autor había operado otro caso; mujer de 25 años, con una hernia del ombligo, estrangulada de cuatro días. Sólo por mejorar la situación de la enferma y sin ninguna esperanza de poderla salvar, efectuó una quelotomía, apareciendo gran cantidad de materia excrementicia y varias porciones de intestino, gangrenados. "En tal circunstancia", —dice el autor— "me limité sólo " a encargar al enfermero, limpiase la parte herida y mantuviese en " ella, paños empapados, continuamente, en un cocimiento emoliente. " Al día siguiente, contra todo pronóstico que me había formado, " el estado general de la enferma, era mucho mejor y comenzaba a " formarse un annus contranatura. Para terminar la descripción de " este importante caso, debo deciros que, cuarenta días después, " la enferma salía del hospital, perfectamente sana. El annus contra- " natura había desaparecido poco a poco, volviendo así a su estado " normal, el curso de las materias fecales". Menciona en seguida Carlos Leiva, las grandes discusiones que tuvieron lugar en 1861, en la Sociedad de Cirugía de París, entre los defensores del tratamiento quirúrgico de las hernias estranguladas, a cuyo frente se hallaba Richet, y los abstencionistas, defendidos por Huguier. *De ellas se desprende, que la quelotomía de las hernias estranguladas, era altamente desconsoladora.* En manos de Gosselin, Broca y otros cirujanos famosos de la época, habían muerto todos los enfermos sometidos a esta operación. "Tantas operaciones, tantas muertes". Por esta razón, Huguier y Verneuil, habían formulado en la Sociedad de Cirugía de París, la siguiente

proposición: *En las hernias umbilicales estranguladas, sería tal vez mejor abandonar la enfermedad a los esfuerzos de la naturaleza, que practicar la quelotomía.* A esto el autor dice: "Triste sería la situación del ciru-
" jano, si en presencia de una enfermedad tan seria, debiera cruzarse
" los brazos y aguardar que la naturaleza se sirva formar por sí sola
" un annus contranatura, el que, además de ser una terminación
" poco frecuente, trae consigo graves inconvenientes. En cuanto a
" mí, se me han presentado muchos casos de hernias umbilicales volu-
" minosas o irreductibles, casos en que no me ha sido posible operar,
" porque los enfermos no han consentido en ello, no recuerdo uno solo
" que haya terminado felizmente o por un annus contranatura; todos
" han muerto en más o menos tiempo". Menciona, en seguida, la obra de Sir Astley Cooper, en la cual figuran seis casos de operaciones de esta naturaleza, hechas con buen resultado, y enumera las quelotomías efectuadas en hernias umbilicales estranguladas, en Chile. Roberto del Río la había practicado ya doce veces con nueve curaciones, también en Talca había sido ejecutada con buen éxito, por "diferentes profesores". En vista de tales hechos, Carlos Leiva, cree, sin negar que la quelotomía umbilical sea mucho más grave que la inguinal y crural, que no debe participarse del pesimismo de Huguier, ni menos de aceptar su conclusión desconsoladora. Unos, opinaban que debía operarse pronto; otros, que debía abandonarse la enfermedad, a los esfuerzos de la naturaleza. A pesar de los casos tan felices de Roberto del Río, la intervención debía considerarse, según Leiva, altamente grave. Esta era, también, la opinión de Lorenzo Sazie, el ilustre iniciador de la cirugía en Chile, en aquellos años profesor de Clínica Externa de la Escuela de Medicina. *Sin embargo, con la experiencia que entonces se tenía ya en nuestro país, y por contar con algunas operaciones de esta naturaleza, hechas con buen resultado, Carlos Leiva, en su presentación a la Academia, llega a la conclusión "que no nos hallamos en el caso de rechazar la intervención".*

La lectura de las antiguas publicaciones como la de Carlos Leiva, que le valió su incorporación a la Facultad de Medicina, nos proporciona una idea más o menos fidedigna, del ambiente quirúrgico de aquellos años, y de las grandes dificultades con que tropezaban a cada paso los cirujanos. Hecha la quelotomía, se presentaba ante ellos, de inmediato, la grave pregunta llena de responsabilidades: *¿Qué hacer con el intestino y epiplón herniados?*. Leiva recomienda, como Malgaigne, no reducir jamás el epiplón, ni sano ni menos si

está alterado. Desde que ha sido afectado por el aire exterior, corre peligro de gangrenarse y producir la peritonitis; a pesar de que algunos cirujanos como Nelaton, ya opinaban que no había inconveniente en empujar en el vientre, un epiplón que está sano y cuya reducción es fácil. Carlos Leiva condena, finalmente, la práctica de administrar purgantes a los enfermos recién operados de hernias estranguladas, como lo indicaban la mayor parte de los autores clásicos, y era costumbre también en Chile. Con esta medicación, se pretendía hacer cesar los movimientos antiperistálticos y obtener evacuaciones normales. Pero esta práctica tenía, naturalmente, graves inconvenientes; según el autor, fué Chassaignac, el primero en protestar contra la administración de purgantes, y aconsejaba, en cambio, un procedimiento muy sencillo en los enfermos recién operados de hernia estrangulada; la administración de un narcótico, inmediatamente después de la intervención, para paralizar el intestino; y Leiva aboga por la introducción de este procedimiento entre nosotros.

En Abril de 1863, cumplía la Escuela 30 años. En este mismo año se había abierto un concurso, para optar a la cátedra de "Patología Externa y Anatomía de las Regiones". Se habían presentado para esta oposición, Pablo Zorrilla, Adolfo Murillo, Adolfo Valderrama y Wenceslao Díaz, que habían terminado sus estudios recientemente. Augusto Orrego Luco, también menciona este concurso, en sus *"Recuerdos de la Escuela"*, y dice: "Los estudiantes habían seguido con interés " apasionado, los preparativos y el desarrollo del concurso, dejándose " arrastrar, naturalmente, por las simpatías y relaciones personales, " que decididamente se inclinaban en favor de Díaz y Zorrilla". La cédula que debía servir de tema para la prueba escrita y que fué sorteada, trataba de *"Las hernias en general, bajo el punto de vista de la Patología Externa"*. Al deliberar la Comisión sobre el modo como se habían desempeñado los candidatos en las pruebas mencionadas, se principió por decidir en votación secreta, quiénes eran los candidatos dignos de ser presentados al Gobierno, para la Cátedra de "Patología Externa y Anatomía de las Regiones". Resultó de esta votación, que los cuatro candidatos eran dignos de esta distinción. En la prueba oral, había sobresalido Valderrama, en la prueba práctica, en cambio, la "disección y demostración de la región ínguino-crural", Pablo Zorrilla, que dejó a mucha distancia a los demás, tanto por la destreza con que verificó la mencionada disección, como por la precisión y lucidez de

sus explicaciones. Sobre esta ruidosa oposición, escribe Orrego Luco, que fué un concurso de caracteres especialmente emocionantes. Triunfó Adolfo Valderrama, quién fué nombrado, en Julio del mismo año, profesor de la cátedra nombrada. La Comisión no disimuló la dificultad que tuvo en su deliberación, para decidir a cuál de los candidatos se debía dar la preferencia. Todos se distinguieron en forma notable en esta oposición, y aún hoy día, más de ochenta años después, es de sumo interés, leer los trabajos que estos precursores de la cirugía chilena, presentaron para aquel memorable torneo. Su lectura es una fuente incomparable para apreciar en forma clara y fidedigna, la verdadera situación de la cirugía en aquellos años, y en especial, con referencia al problema que nos ocupa en estos momentos, el de las hernias.

Adolfo Murillo, que después ocupó en nuestra Escuela Médica, durante muchos años la cátedra de Obstetricia, en su tesis de concurso a la cátedra de Patología Externa y Anatomía de las Regiones, empieza por llamar la atención, sobre el grado de desarrollo y adelanto de la patología quirúrgica de las hernias, y dice: "aún el más exigente, " puede encontrar satisfechas hasta sus más insignificantes curiosidades". Hace un estudio de la historia de las hernias, cuya etio-patogenia en realidad empezó a conocerse a fines del siglo XVIII. Para Murillo, resulta incomprensible, como todavía a fines de ese siglo en un concurso auspiciado por la Universidad de Gottinga, sobre cuáles eran las causas y medios preservativos de las hernias, uno de los médicos concursantes las pudiera atribuir al uso de calzones anchos y chalecos estrechos, y que, sin embargo, tomaban menos parte que las bebidas relajantes, principalmente el café sería una de sus principales causas. En la división de las hernias, Murillo sigue a Cruveilhier, y dice: "Las hernias abdominales, son las que han sido mejor estudiadas " hasta ahora, tanto por lo comunes que han llegado a ser y las parti- " cularidades anatómicas que las caracterizan, cuanto por la impor- " tancia quirúrgica de los medios con que se las socorre en los diversos " accidentes a que dan lugar. La historia de estas hernias, está a una " altura verdaderamente envidiable". Se desprende de estas palabras de Murillo, el orgullo que siente como médico, de los adelantos de la patología quirúrgica. Un poco más adelante, sin embargo, se ve en la necesidad de agregar en forma más humilde: "*Sólo su curación* " *radical, continúa y continuará siendo una pesadilla incómoda para* " *la cirugía. Por lo demás, nada hay que desear*".

Según sus complicaciones, Murillo divide las hernias en *reductibles* e *irreductibles*, *estranguladas* o *no*. Era esta la división clásica de aquellos años, y nacía del terror que los cirujanos de su época, sentían por las posibles complicaciones de una hernia. "Llamado, muchas veces, " en esos momentos decisivos en que la espada de Damocles se cierne " amenazadora y pronta sobre el cuello del paciente, el cirujano " necesita de toda su memoria, de toda su habilidad y de todos sus " recursos, en estas enfermedades, cuyos accidentes no dejan más " tiempo que el necesario para obrar y para obrar con prontitud y " ligereza".

Curiosa es la alusión que Murillo hace a las hernias dobles: "¿Pero cómo explicar el mecanismo de formación de las hernias dobles? " Si la hernia primitiva ha desviado la masa intestinal en el sentido " de su dirección, ¿cómo es que una segunda hernia puede presentarse " en el lado opuesto?. Imposible me parece contestar a tan justa " reflexión, desde el momento que se observa que el receptáculo del " lado opuesto, está generalmente dilatado. En el Museo de Dupuy- " tren de París, se encuentran, bajo los números 167 y 168, dos ejem- " plares de esta especie, que han sido observados por Julio Cloquet. " En 1886, tuve ocasión de observar una hernia inguinal doble, en un " sujeto que vive hasta la fecha de esta publicación. En 1861, otro, " que murió por una enfermedad intercurrente". De estos párrafos se desprende que las hernias dobles, no eran de frecuente observación en aquella época. Gran importancia le da Murillo a la inflamación de las hernias "Se ve, pues, que la inflamación desempeña un papel " más importante de lo que hasta ahora se había creído. Gran parte, " quizás, de las hernias que se han supuesto simplemente estrangula- " das, no tenían otra causa que la inflamación más o menos aguda, " que unas cuantas sanguijuelas, tal vez, habrían conseguido domi- " nar"..."Objeto de terror para los enfermos, y de justa preocupa- " ción para el médico, la estrangulación es un punto de alta impor- " tancia científica, no sólo por las consecuencias harto graves que " acarrea cuanto porque pudiendo existir diferentes alturas, el cirujano " que se ha contentado con disipar los primeros obstáculos que se le " presentan, descansa muchas veces tranquilo sobre los laureles de " una gloria no conquistada todavía, cuando subsiste precisamente " la causa que lo ha obligado a decidirse a una operación cruenta". Y agrega tristemente: "La precisión matemática de la cirugía, no es " todavía, por desgracia, un hecho que haya pasado los umbrales de

" la infalibilidad". Estas palabras del maestro, que encierran una verdad eterna, tan aplicables a la cirugía de nuestros días como a la de su época, las hemos escogido, por esta razón, como epígrafe de este capítulo.

Mientras Murillo apenas menciona con pocas palabras el tratamiento operatorio de las hernias, en el cual él muy posiblemente, no creía, Adolfo Valderrama, después de exponer en forma magistral, lo que le valió su designación de profesor de Patología Externa, todo lo que en aquellos años se conocía sobre la patología y la clínica de las hernias, se dedica en su tesis, en forma casi extensa, al estudio del tratamiento curativo operatorio de las hernias. "Se han propuesto una porción de medios para obtener la cura radical", —dice y agrega más adelante: "No hablaremos aquí de la castración, ni del punto dorado, ni de la " sutura real, ni de la incisión y cauterización, estos métodos perte- " necen a la historia de los descarríos del género humano; son absurdos " y muchas veces impracticables". Después de enumerar los diversos procedimientos operatorios en uso, la *autoplastía*, la *invaginación de la piel*, la *invaginación por medio del "invaginatorium de marfil"*, el *enrollamiento del saco*, las *inyecciones* (Velpeau) de yodo, vino, etc., el *procedimiento de Belmas* y otros se pronuncia a favor de este último y el método de invaginación. El procedimiento de Belmas, consistía en introducir en el saco, cerca del anillo, un pedacito de tripa que se insuflaba cuando estaba en su lugar. Este cuerpo extraño, determinaría la secreción de la "linfa plástica" que pasaría a la tripa por endosmosis, formando una especie de tapón que cierra la abertura. "En el actual estado", — dice Valderrama, al resumir,— "deben preferirse los procedimientos que emanan del método de inva- " ginación; pero debemos decir que el procedimiento de Belmas, tiene " más porvenir, y que el medio propuesto por él, (introducción de " cuerpos extraños en el saco), será probablemente el que más tarde " tenga la aceptación universal".

La carrera de Valderrama, fué brillante, como profesor y como académico; a los 28 años, fué nombrado miembro de la Facultad de Medicina. Como profeta, no tuvo suerte; pero, ¿cómo podía Valderrama o cualquiera de los cirujanos de su época, adivinar que, a los pocos años, los descubrimientos de Pasteur, Lister y Koch, revolucionarían totalmente la cirugía y, con ello, el tratamiento para la curación radical de las hernias?. Valderrama termina su apreciación de los métodos empleados en la cura radical, con la exposición de un procedimiento

que había sido usado por el que había sido su profesor de cirugía, Lorenzo Sazie, a quien, con justa razón, debe considerarse como el verdadero iniciador de la cirugía en Chile. Sazie había sido contratado, como lo hemos mencionado anteriormente, por el Gobierno de Chile, en 1833, como profesor de cirugía. Había sido un alumno sobresaliente en la Universidad de París, y, a pesar de cierta hostilidad con que fué recibido al principio en Santiago, supo formarse luego una gran situación como médico, como profesor de cirugía y como decano de la Facultad de Medicina. Como un homenaje a la memoria de este ilustre maestro, formador de los primeros cirujanos chilenos, y como dato de interés histórico para el problema que nos ocupa, transcribimos íntegramente lo que Valderrama decía, al referirse a su procedimiento:

"Y en efecto, ¿acaso la ciencia ha pronunciado su última palabra " sobre la cura radical de las hernias?... Hay un procedimiento, que " la modestia de su eminente autor, ha dejado en silencio; pero como " este procedimiento no se nos ha comunicado en secreto, bien pode- " mos describirlo y denunciar a su autor ante el mundo científico. Su " autor nos perdonará.

"*Procedimiento Sazie.* Este procedimiento consiste, en introducir " en el saco, un pedazo de esponja, que sirve como de tapón, pero que " no se aprieta mucho. Su autor llegó a poner en práctica este proce- " dimiento, a consecuencia de un fenómeno bien extraño, que debemos " referir aquí. Tratando una enferma que tenía trayectos fistulosos " en un pecho, introducía siempre esponjas, con el fin de estimular el " trayecto fistuloso, con las innumerables puntas de la esponja. La " enferma marchaba perfectamente, y tanto, que se curó de su enfer- " medad; pero conservando en el pecho un pedazo de esponja, que fué " imposible extraer, a causa de las adherencias que había contraído " con el tejido de la mama. El señor Sazie, concibió entonces la idea " de aplicar la esponja a la cura radical de las hernias, y algunas de las " tentativas que ha hecho con este fin, demuestran todo lo que se puede " esperar de un procedimiento, que el talento de su autor hará pasar " a la ciencia, sin duda alguna. He aquí como explicaba el autor, en su " curso de Patología Externa, la curación por medio de la esponja.

"La esponja aplicada, del modo ya dicho, obra como un estimu- " lante de los tejidos circunyacentes lo suficiente sólo para producir " la secreción de la linfa plástica, y nunca para llegar a provocar una " inflamación del peritoneo; la linfa empapa la esponja, se concreta en " sus innumerables conductos y forma, al fin, una masa cicatricial,

" que cierra completamente la apertura herniaria. Nosotros no " dudamos que el autor de este ingenioso procedimiento, continuará " sus observaciones y nos dará algún día el resultado de sus trabajos. " Estamos muy lejos de creer que hemos explicado suficientemente, y " dado todo el desarrollo que merece este procedimiento; pero lo que " hemos dicho basta, a lo menos, para conocer lo que de él podemos " esperar, para asegurar a su autor, la propiedad de su ingenioso " descubrimiento".

Lorenzo Sazie, falleció en 1865, sin conocer, por lo tanto, los progresos de la cirugía, por la introducción de la cura antiséptica de Lister. No hemos encontrado, en nuestra búsqueda, ningún trabajo original suyo, sobre la cura radical de las hernias; pero su idea fué, indudablemente, ingeniosa. Casi 30 años después de su muerte, en 1892, Valenzuela Basterrica, en una publicación intitulada *"Progresos de la cirugía en Santiago"*, vuelve a mencionar el procedimiento ideado por Sazie, al hablar sobre las frecuentes recidivas herniarias. Dice este autor: "Con el fin de evitar estas reproducciones, se ha ensayado y " parece que con buen resultado, la introducción de tapones de gasa " yodoformada en el anillo. Las esponjas asépticas darían, tal vez, " mejor resultado, y estamos dispuestos a ensayarlas oportunamente, " fundados en la propiedad que éstas tienen para dejarse penetrar " por los mamelones de nueva formación". Valenzuela Basterrica, no menciona a Sazie, al escribir su trabajo; el procedimiento listeriano, estaba ya introducido en la cirugía nacional.

En 1869, se fundaba en Santiago la Sociedad Médica, cuyo 75 aniversario se celebraba jubilosamente en 1944; y en 1872, aparece el primer número de la Revista Médica de Chile, que ha seguido apareciendo, desde entonces, en forma ininterrumpida. Algunos años antes ya, en 1867, Vicente Padin había fundado el "Médico Práctico", primera revista de medicina publicada en Chile, pero cuya vida no duró más de un año. A contar de esta época, es más fácil, a través de las páginas de nuestras revistas médicas, estudiar y seguir la evolución de la cirugía en nuestro país. En el primer decenio de la Revista Médica (1872-1882), no se encuentra ninguna publicación digna de mencionarse, sobre las hernias, como son también escasísimas las descripciones de operaciones abdominales. Todavía la cavidad abdominal era algo sagrado, un "noli me tangere". Encontramos en esta época, una que otra contribución casuística, pero la evolución de los casos descritos,

casi siempre es la misma. Un autor que firma nada más que con sus iniciales, relata un caso que ingresa al Hospital de San Juan de Dios, en 1875, con una hernia inguinal estrangulada. Se trataba de un individuo fuerte de 40 años, que ingresó un día viernes a la sala de San Camilo. La hernia se había estrangulado el día anterior, en la tarde. El tratamiento fué el siguiente: Tres sanguijuelas en la parte hinchada y dolorida, ungüento mercurial, cataplasmas, nieve al interior, y, por todo alimento, caldo un poco frío. El enfermo muere el día domingo con desfiguramiento completo del rostro, pero el dolor había casi desaparecido. En la autopsia, se encontró una extensa gangrena intestinal. "En consecuencia", —dice el autor— "habiendo adquirido la " gangrena tan manifiesto desarrollo, no es raro ver morir al enfermo, " casi en completo alivio". Este era el destino que esperaba a la gran mayoría de los pobres enfermos, que en aquellos años sufrían de una hernia complicada de una estrangulación.

En los Anales de la Universidad del año 1870, se lee que en una comunicación a la Facultad de Medicina, Ramón Allende P. había sometido a su consideración y estudio, la siguiente proposición: "En " las hernias umbilicales estranguladas simplemente entoceles, después " de debridado el anillo, debe dejarse el intestino en la cavidad del " saco, para que sirva de tapón a la abertura herniaria".

La siguiente discusión en la Sociedad Médica, en una sesión del año 1872, presidida por Joaquín Aguirre, revela muy bien, sin necesidad de comentarios, el estado de la cirugía:

El señor Thévenot dice, que hace pocos días, llamado por el doctor Miquel, para ver a una mujer que tenía una gran hernia umbilical estrangulada, cuya estrangulación databa de 36 horas, quiso ensayar la taxis por el método ordinario; pero no habiendo conseguido resultado alguno, después de dos minutos de trabajo, propuso el método de taxis de Gosselin, la taxis a cuatro manos. Al efecto, procedióse a la operación y, a los cinco minutos, fué sorprendido por un ruido extraño, una especie de crujido, que causó un vivo y agudo dolor a la paciente, al mismo tiempo que el tumor desaparecía. A las 16 horas, la paciente falleció, sin que supiera si se había hecho o no la autopsia. Invita al doctor Miquel, para que dé algunas explicaciones más. Cree el señor Thévenot, que la enferma ha muerto a consecuencia de una ruptura intestinal, ocasionada por las manipulaciones de la taxis, y desea consignar este hecho, por la discordancia en que todavía están los autores, respecto no sólo a los procedimientos operatorios, sino a la

época en que puede recurrirse a la taxis. Por su parte, es ya de opinión de operar, tan pronto como se presenten los primeros accidentes de la estrangulación, siempre que la taxis practicada en los primeros momentos, no tenga resultado.

El señor Miquel, dice que nada tiene que agregar a lo que ya se ha dicho, y se limita a describir los accidentes acaecidos a la enferma, tales como la postración, el sudor frío, etc. La autopsia no pudo hacerse, por encontrarse en un local provisorio.

El señor Zorrilla, después de pedir algunas explicaciones sobre la historia anterior de la enferma, llama la atención sobre algunas defunciones ocasionadas durante la taxis forzada, sin ruptura previa del intestino.

El señor Schneider, pide la palabra para decir que la enferma ha podido morir a consecuencia de la gangrena.

El señor Presidente, quiere dejar consignado lo siguiente: que sobre cinco operaciones practicadas por él, de hernias umbilicales estranguladas, tres han sanado y sólo dos han fallecido. Cuatro de estos enfermos fueron operados en el hospital, dos sanaron y los otros dos murieron. Advierte, que *jamás reduce el epiplón.*

Se acordó que, para la próxima sesión, trajeran los señores presentes, una estadística de los casos que hubieren observado, para reunirlos en un estado general.

Para los cirujanos actuales, que sólo han conocido la etapa más moderna de la cirugía, la de la asepsia, resulta casi incomprensible el atraso de la cirugía prelisteriana. Hemos visto, en capítulos anteriores, lo que significó para nuestra cirugía, la introducción de la curación antiséptica, que tuvo una duración de más o menos veinte años y que, lentamente, a partir de 1900, tuvo que ceder a la era de la asepsia.

En el último decenio del siglo pasado, se publicaron en la *Revista Médica* y en los *Anales de la Universidad*, una serie de artículos en relación con la cura radical de las hernias. Los cirujanos habían perdido el miedo, que hasta entonces sintieran por la cavidad abdominal. " Las hernias y apendicitis, contribuyeron de una manera bien eficaz " a enseñarnos que la serosa peritoneal, tratándola con la delicadeza " que su estructura requiere, está muy lejos de merecer la terrible " reputación que tenía hasta entonces", palabras de Lucas Sierra, referentes a aquellos memorables años.

En 1890, ya en plena era antiséptica, Mamerto Cádiz, quien después ocupara por muchos años la cátedra de Bacteriología de la Escuela de Medicina, estudia, en su memoria de prueba, la *cura radical de las hernias*. Fuera de los casos de quelotomía, era aún poco conocida entre nosotros. El Congreso francés de Cirugía del año 1888, había tratado el asunto bajo el punto de vista de la curación definitiva, sin llegar todavía a una solución satisfactoria. Mamerto Cádiz, expone en su tesis, un cuadro estadístico de algunos cirujanos europeos, para formarse una idea aproximada de la bondad y eficacia de los métodos seguidos; todos ellos de una mortalidad y un porcentaje de recidivas, relativamente bajos. "Pero", — dice Mamerto Cádiz— "debemos " tener presente, que la mayor parte de los enfermos considerados " como curados radicalmente, lo están sólo en el momento de levan- " tarse de la cama, y después han sido perdidos de vista". Como se ve, ya en aquellos años, no se le daba mucha fe a las estadísticas. Estudia en seguida el autor, los procedimientos entonces en uso, (Czerny, Socin, Championniére, Macewen, Riesel, Schede, etc.), y dice en resumen, que la *abertura del saco*, su *ligadura por encima del cuello* y su *ablación*, son los tres requisitos indispensables en la curación de la hernia. Describe minuciosamente la intervención quirúrgica, según el procedimiento de Lucas Championniére, que, practicada bajo las leyes de una antisepsia absoluta es relativamente sencillo, y llena todas las indicaciones tendientes a impedir la recidiva, con una mortalidad mínima. Relata finalmente, cuatro observaciones "de los cinco únicos " enfermos operados en Chile, de que yo tenga conocimiento". De éstos, cuatro operados, ninguno falleció. *De la lectura de la tesis de Mamerto Cádiz, se desprende, que el primer caso operado en Chile, de hernia inguinal no estrangulada, es decir, en el cual se efectúa una intervención para la cura radical, fué efectuada por Ventura Carvallo, el 9 de Diciembre de 1887.* Fué ayudado por Barros Borgoño y por un colega, hermano del paciente. Otro de los casos, fué operado por Manuel J. Barrenechea, en 1889. En sus conclusiones, el autor se muestra muy optimista con respecto a las recidivas, al decir: "éstas sólo suelen " presentarse, en individuos de grandes y viejas hernias incoercibles " e irreductibles, pero quedan pequeñas y fáciles de contener". A pesar de estas palabras del antiguo maestro, y a pesar de los adelantos de la cirugía, las recidivas siguen siendo para los cirujanos actuales, sesenta años después, el gran rompecabezas de la cirugía herniaria.

Dos años más tarde, en 1892, tanto la quelotomía como la operación radical de las hernias, no eran ya una novedad quirúrgica, para la mayoría de los cirujanos de aquella época; así se desprende de un artículo aparecido en la *Revista Médica* de aquel año, y que se refiere a los progresos que había experimentado la cirugía en Santiago. Su autor, Valenzuela Basterrica, hace ver el incremento y desarrollo que toma cada día la cirugía, invadiendo regiones y órganos que antes estaban vedados a la mano del cirujano.

A una sesión de la Sociedad Medica del año 1899, un interno de la Clínica de Barros Borgoño, presenta una observación de hernia umbilical estrangulada, *interesante sobre todo, porque parece ser el primer caso, en que en Chile se empleaba el botón de Murphy.*

Durante los años 1893 y 94, Lucas Sierra envía de Europa, una serie de correspondencias sobre temas quirúrgicos, algunas, también, relacionadas con las hernias. En una de ellas, relata su asistencia a una conferencia sobre *"Astley Cooper y su obra quirúrgica"*, en el Royal College of Surgeons, que versaba, principalmente, sobre el tratamiento quirúrgico de las hernias. Expone un cuadro de mortalidad y proporción de recidivas, en casos de cura radical de hernias no estranguladas. Menciona a Barker, Mac-Burney, Kocher, Billroth, Championniére, Macewen, Mayo Robson, Halstead, Bassini; en resumen, 2,283 operaciones, con una mortalidad de 1, 35% y 7,15% de recidiva. Resumiendo, dice al final de su correspondencia, refiriéndose en especial a las hernias inguinales: "Estamos de acuerdo con la opinión de " Championniére, que todos los procedimientos de cura radical son " buenos, siempre que se obstruya o ligue el saco, lo más alto posible. " Esto se consigue, con cualquiera de los varios métodos en práctica; " pero parece que el que asegura más la curabilidad y que tiende a " ser el método del porvenir, es el de Bassini".

Ya hemos dicho que Carvallo Elizalde, parece haber sido el primero en Chile, en efectuar una intervención para la cura radical de la hernia inguinal, en 1887. De un trabajo aparecido en la *Revista Médica*, se desprende que, en 1896, esta intervención era ya corriente. Gregorio Amunátegui, el autor de esta publicación, dice que los métodos más usados, son los de Lucas Championniére y de Bassini. Describe, en seguida, el *método de Kocher*, que ha practicado en un caso y que ha visto ejecutar a Bergmann y al mismo Kocher, en Berna, para vulgarizarlo, *ya que no parece haber sido usado anteriormente en Chile,*

a lo menos era la primera vez que se practicaba en el servicio de Carvallo Elizalde. Según Amunátegui, este procedimiento tiene la gran ventaja sobre el de Bassini, que no abre el canal inguinal, lo que es importante, dado el caso que llegase a producirse supuración. Es más fácil y rápido en su ejecución y no altera las relaciones normales y fisiológicas del cordón; pero sólo tiene indicación, en hernias no muy voluminosas.

Gregorio Amunátegui, que siguió a San Cristóbal en la Cátedra de Medicina Operatoria, imprimió nuevos rumbos a esta enseñanza, intensificó los estudios de anatomía topográfica, coordinándolos con la técnica quirúrgica. Sus lecciones, condensadas en los "*Apuntes de Cirugía*" publicados por Arístides Aguirre Sayago, siguen siendo, 40 años después de su primera aparición, un tratado no sólo de interés histórico, sino también de utilidad práctica. En él sólo se mencionan, al hablar de la reconstitución de las paredes del trayecto inguinal, los dos procedimientos más usados: el de Bassini, para las hernias más pequeñas, y el de Berger, que toma un colgajo triangular de la hoja anterior del recto, para las hernias más voluminosas.

Lucas Sierra, una verdadera figura apostólica de la cirugía chilena, es, incuestionablemente, el cirujano que con incansable actividad ha mantenido, como ningún otro, el espíritu e interés por la ciencia quirúrgica. Entre sus innumerables trabajos, especialmente sobre cirugía abdominal, figuran también varios relacionados con el problema de las hernias. Después de sus correspondencias de Europa, sobre el tema, hace una extensa publicación en la *Revista Médica* del año 1898. En seguida de pasar en revista los recursos de que se ha valido la vieja cirugía, estudia los progresos que se han realizado con los dos más grandes descubrimientos del siglo: la anestesia general y la antisepsia. Sierra sigue a Trelat, en cuanto a las indicaciones de la operación radical de la hernia inguinal, quien, en 1888, había expresado sus ideas en la Sociedad de Cirugía de París, en la siguiente fórmula, que sin ser de una precisión algebraica, abarca o es aplicable, en la mayoría inmensa de los casos: "En toda hernia que no es completa, constante y fácil-
" mente sostenida por un vendaje, está justificada la operación deno-
" minada cura radical". Para Sierra, la cura quirúrgica de las hernias, es una de las más sólidas y útiles conquistas de la cirugía moderna. Citando a Championniére, dice, que en circunstancias determinadas, se puede dar a la operación una seguridad casi absoluta. La fórmula de Trelat, juiciosamente interpretada, es la que mejor expresa la verdad de las cosas; pero en nuestro país, según Sierra, por la falta general

de cuidado en esa clase de afecciones, por los hábitos de nuestro pueblo, que predisponen a estrangulamientos, por las dificultades para aprender una intervención cuidadosa fuera de los grandes centros de población y otras consideraciones más, debemos ampliar, un poco más, las indicaciones de la cura radical, que en Europa.

Pasando a estudiar los métodos operatorios de aquella época, hace casi exactamente 50 años, Sierra, se queja ya de los innumerables métodos ideados. Dice: "Si cualquiera de los innumerables procedi- " mientos ideados para esta operación fuera fácil de realizar, diera " resultados seguros y duraderos, es claro que sería ese el universal- " mente aceptado. Nada de esto pasa, sin embargo, y los periódicos " de cirugía extranjeros, nos traen con frecuencia nuevos procedi- " mientos, combinaciones de actos principales que hemos bosquejado, " o modificaciones de mayor o menor importancia y novedad". Recomienda en su exposición, los procedimientos de Macewen y Kocher, que ambos conservan, sistemáticamente, todo el saco. Menciona los de Championiére, Barker y Bassini. Con mucho criterio y visión, dice que, en realidad, ningún caso de hernia se parece a los demás, entonces se comprende, muy fácilmente, la serie de procedimientos puestos en práctica. Involuntariamente reconoce ya, las grandes ventajas del procedimiento de Bassini, que recién en esos años empezaba a divulgarse, al relatar algunos casos de hernia operados: "Hace poco, " el profesor Barros Borgoño, se proponía operar una hernia inguinal, " por el procedimiento de Kocher; se encontró con tales dificultades, " que tuvo que abrir a lo Bassini, anchamente todo el conducto " inguinal. Recientemente en mi clientela privada, me había propuesto " fijar el saco de una hernia inguinal adherente a la parte alta del " abdomen, según el procedimiento de Barker. Una vez ligado el " epiplón, fué materialmente imposible reducir el pedículo, sin abrir " anchamente la pared anterior del conducto inguinal". Al comentar los resultados postoperatorios, se lamenta de la dificultad casi insuperable con que cuentan los médicos de nuestros hospitales, para formar una estadística de algún valor, y la imposibilidad de seguir los resultados lejanos de nuestros operados. Su trabajo descansa en 20 operaciones de cura radical, de las cuales 4 corresponden a él y las demás al profesor Barros Borgoño.

En los primeros 25 años de nuestro siglo, encontramos en nuestra literatura, casi nada más que publicaciones casuísticas sobre el

tema que nos interesa. La primera referencia a operaciones de hernias inguinales en niños de corta edad, aparece en nuestra *Revista Médica* del año 1901. Las opiniones que habían sido emitidas respecto a la edad en que conviene intervenir, eran todavía muy diversas. La mayoría de los autores aceptaban, en aquellos años, la opinión de Kirmisson, según el cual, a menos de indicaciones especiales, no debía intervenirse antes de los 4 a 5 años. *Roberto Aguirre Luco, estudia el problema en la publicación aludida, y presenta las observaciones de dos niños, de 4 y 7 años de edad, operados recientemente por él.*

En varias ocasiones ha sido estudiado el problema de la hernia, relacionada con los *accidentes del trabajo*. Luis Araos Díaz, presenta en 1919, a la Dirección General de Ferrocarriles del Estado, como informes sobre casos de jubilación, un estudio sobre hernias y los accidentes del trabajo, en especial de la hernia inguinal, que es la más frecuente. Acepta la existencia de hernias, por esfuerzo, pero nunca puede dejarse a un lado, del todo, la influencia de la predisposición.

Juan Marín, plantea el mismo problema de la hernia como enfermedad profesional proveniente de un accidente de servicio, en el *Primer Congreso Nacional de Cirugía*, celebrado en Valparaíso en 1924, y posteriormente en el *Congreso de Cirugía y Medicina Naval y Militar*, del año 1929.

El cirujano de la Armada, Alvaro Tejeda, en 1932, hace un estudio sobre las *hernias en las Fuerzas Armadas*. González Barahona, en su tesis, (1926), expone el mismo problema. Médico de la región salitrera, asiento de la principal industria chilena, tuvo ocasión de atender un gran número de hospitalizados a consecuencia de accidentes de trabajo. Según el autor, es indudable que existe una hernia que es debida a un esfuerzo producido en un accidente de trabajo.

Desde que se trató de implantar la ley sobre los accidentes del trabajo, nació la duda de que si la hernia debía o no, considerarse como un accidente del trabajo. La discusión en las Cámaras Legislativas, fué bastante ardua, hasta que por último predominó el criterio médico, que aceptaba esta clase de lesiones. Los datos clínicos, son inciertos a este respecto, y se puede decir que es casi imposible, basándose en ellos, llegar a decir cuando una hernia es debida a un accidente de trabajo. El diagnóstico preciso, sólo se puede hacer en la mesa de operaciones, por esto, únicamente el cirujano puede decir lo que efectivamente ha sucedido y sucede en el canal inguinal. La importancia que tiene el problema en la práctica, se desprende del número de

accidentados que ingresaron al Hospital del Salvador de Antofagasta, durante el año 1925, y la proporción de herniados que hubo en este mismo tiempo. Las hernias inguinales, se produjeron en una proporción de más o menos 7% sobre el total de accidentes. Es, pues, un verdadero problema sociológico.

También las *hernias estranguladas*, en sus diversas formas, han sido estudiadas entre nosotros, en forma casuística, en numerosas ocasiones. En una tesis hecha en la Clínica Quirúrgica de Vargas Salcedo, y prologada por él, publicada en 1933, su autor, Pantoja Silva, hace un estudio sobre 3,622 hernias, de las cuales 533 lo eran estranguladas. El material de este trabajo, procede de nuestros hospitales de Santiago y Servicios de Asistencia Pública. "El autor", —dice Vargas Salcedo— "pone gran empeño en revisar cuidadosamente las " observaciones de hernias estranguladas, con un criterio propio, a " fin de estudiar sus caracteres nacionales y un agregado, los números " y guarismos estadísticos". *Es el primer estudio, en conjunto, de la hernia estrangulada, en nuestro país, y se han aprovechado para él, observaciones clínicas entre los años 1928/1932.* El trabajo de Pantoja, demuestra un evidente progreso de la estadística de los servicios quirúrgicos de los hospitales de Santiago, y que el servicio de emergencia de la Asistencia Pública y los de emergencia de los hospitales, han progresado notablemente. Según Pantoja, la frecuencia de la estrangulación, para nosotros, es de un 16%, tomando como base el número de portadores. Mirando desde cualquier punto de vista, la estrangulación, la encontranos con una frecuencia mucho mayor en la mujer, alcanzando un porcentaje de casi 29%, mientras que en el hombre es, apenas, de un 10%. La estrangulación de las hernias inguinales, según Pantoja, es relativamente rara en Chile, sólo alcanza a un poco más del 8%. Las que con mayor frecuencia sufren este accidente, son las crurales, casi el 32%, seguidas por las umbilicales, con un poco más de 28%. La mortalidad por estrangulación herniaria, es alta para Chile, 13,32%. Para el tratamiento, vale siempre el antiguo axioma: "Si durante un día se nos llama para ver un caso de hernia estrangu- " lada, el sol no debe ponerse, y si es durante la noche, el sol no debe " salir, sin haber suprimido la estrangulación".

Francisco Navarro, en 1921, hace un estudio detenido sobre las *hernias por deslizamiento*, su desarrollo embriológico, clasificación, frecuencia entre nosotros, y distintos procedimientos técnicos para su cura radical. Las hernias del ciego, se mencionan ya, en nuestra lite-

ratura, en 1898. J. de la Fuente, presenta a la Sociedad Médica, un enfermo operado por Absalón Prado, en el Hospital de San Vicente de Paul. Se trataba de una hernia inguinal, cuya reducción por taxi, fué imposible, aun bajo la anestesia clorofórmica, por este motivo, se resolvió emplear el tratamiento quirúrgico; la reducción del ciego fué muy difícil, pero el enfermo sanó.

Italo Alessandrini, en su memoria de prueba *"El hétero-injerto muerto en cirugía"*, publicada en 1920, recomienda para las grandes hernias, el injerto de aponeurosis de ternera fijada en alcohol. En una comunicación personal, nos escribe: "Debo decirle, que el tratamiento " de las grandes hernias inguinales, sirviéndose de hétero-injertos " muertos, es una excelente técnica, que facilita mucho la operación " y asegura los buenos resultados. Nosotros, continuamos enamorados " del método y seguiremos practicándolo".

No ha faltado, tampoco, entre nosotros, quién haya defendido el tratamiento de las hernias por *inyecciones*, tan en boga, sobre todo en Estados Unidos, a pesar de que hasta hace poco, la *Asociación Americana de Medicina*, se había opuesto, terminantemente, a esta forma de tratamiento. Edwyn Reed, en varias publicaciones y conferencias, ha demostrado ser un ardiente defensor del método, y en obsequio de la verdad, hay que decir que la literatura americana, está llena de minuciosos e interesantes estudios, que demuestran que la terapia esclerosante, salió del empirismo y se funda hoy día, en conocimientos más exactos y científicos. La mayoría de sus defensores, no pretenden que sea una panacea; debe considerarse sólo como un método auxiliar, para ciertos casos de hernias favorables para este tipo de tratamiento, o cuando exista alguna contraindicación para su tratamiento quirúrgico. No faltan las publicaciones contrarias, y persiste un ambiente general de oposición al método esclerosante.

A pesar de que a través de nuestra literatura, puede deducirse fácilmente que la mayoría de los cirujanos chilenos, siguen adeptos a la práctica del Bassini y derivados o similares, no ha dejado de sentirse, naturalmente, en los últimos años, la influencia de la literatura extranjera, que constantemente nos ha traído modificaciones o innovaciones de mayor o menor importancia. *Reina hoy día en la literatura internacional, un caos tan grande, en cuanto se refiere a la denominación de los distintos procedimientos operatorios, que resulta poco menos que*

imposible, determinar cuál es la verdadera denominación que debe llevar un método determinado.

Juan Gandulfo, ayudante de la Clínica de Lucas Sierra, había sido alentado por él, para realizar, en los niños portadores de una hernia inguinal oblicua, el *procedimiento de Hamilton Russell*, eminente cirujano australiano que, desde 1891, había empleado su método, primero en los niños y después en los adultos. Augusto Holmberg, aconsejado por Gandulfo, escogió el tema para su tesis de licenciado. Como se sabe, Russell no le da ninguna importancia a la formación de los planos, incide únicamente la aponeurosis del oblicuo mayor, aborda el saco, lo diseca y lo liga lo más arriba posible. Holmberg, estudia 50 niños operados según la técnica de Russell. Condición fundamental para esta operación, es naturalmente, diferenciar la hernia directa de la oblicua; en la primera, debe reconstruirse los planos de la parte posterior del conducto inguinal. Juan Gandulfo, realizó también, probablemente como primero entre nosotros, en la Clínica de Lucas Sierra, las llamadas *suturas vivas*, usando cintas aponeuróticas de la fascia lata del mismo paciente. Este procedimiento lo usó, principalmente, en las hernias más voluminosas "con pérdida de derecho a domicilio". Agregados a estos, casos, posteriormente, algunos efectuados en la Clínica de Francisco Navarro, por Fernando Opazo, dieron base a René Camacho, para ejecutar su tesis de médico-cirujano, sobre: *"Concepto actual de la hernia; tratamiento con suturas vivas. 1928"*. Posteriormente, también Ricardo Zúñiga Latorre preconiza, nuevamente, en 1944, las ventajas de las suturas vivas, que por su resistencia a la tracción, su absoluta tolerancia y permanencia inalterable, presentarían grandes ventajas sobre los demás materiales de sutura. El autor efectuó, primeramente, algunas operaciones según la técnica de Gallie, que remontan al año 1929 y que se publicaron en la tesis, ya nombrada, de René Camacho. Después, Zúñiga Latorre, optó por la técnica de Hodgkin, para usar, finalmente, la más sencilla de Ryan, que toma una banda aponeurótica de inserción inferior de 5 a 10mm. de ancho, tallado del labio interno de la aponeurosis del oblicuo mayor.

En 1932, uno de los temas de la *"Primera Semana de la Experiencia Quirúrgica Chilena"*, auspiciada por la *Sociedad de Cirujanos de Hospital*, fué el *"Tratamiento de la Hernia Inguinal"*. Los relatores, F. de Amesti y J. Contador, exponen, en este torneo, en forma amplia, su experiencia personal, y se refieren, también, a 13 relaciones sobre

el tema, que han recibido de algunos cirujanos de la capital y otros, la mayoría, de diversos puntos del país. Es un magnífico relato, cuyo mérito reside, sobre todo, en el hecho de demostrar el gran adelanto que ha experimentado la cirugía en nuestras provincias. Los relatores del tema, se muestran partidarios, en la cura radical de las hernias directas, del procedimiento de Andrews retrofunicular; el método de Bassini es, según ellos, insuficiente, porque el tendón conjunto, no siempre es un elemento resistente para formar al plan reconstructivo. El procedimiento de Girard o el de Andrews prefunicular, adolecen, para esta clase de hernias, de un defecto capital, cual es, dejar la salida del cordón, vecina al punto débil de la pared anterior, es decir, en la parte más interna del triángulo inguinal. Las reproducciones son frecuentes, según los relatores, después del empleo de este método, y siempre a nivel de la emergencia del cordón. Para las hernias directas, voluminosas y antiguas, o, cuando, la debilidad de la pared es muy acentuada, recomiendan el procedimiento de Downes, que refuerza la pared posterior del canal, en su mitad interna, con el borde externo del músculo recto, que, previa incisión de su vaina, se sutura a la arcada de Poupart; por sobre este plano, se efectúa un Andrews retrofunicular.

Hubo contribuciones, en este torneo, de las distintas Clínicas Quirúrgicas y de diversos servicios de cirugía de hospitales de la Capital. De ellas, como también de la discusión general del tema, se desprende, que *la gran mayoría de los cirujanos chilenos, siguen partidarios como lo hemos hecho notar ya, del procedimiento de Russell, para las hernias inguinales externas, prácticamente todas congénitas, de los niños y del procedimiento de Bassini o una de sus variantes, para las hernias inguinales directas.* Como curiosidad, mencionaremos la técnica propuesta en su relato, por Marín Couchot, "introducida por el Profesor Benavente, hace 32 años". Lo esencial de ella, es la resección sistemática de la mayor cantidad posible de epiplón, aún cuando éste no esté en el saco, por atribuírsele gran responsabilidad en la producción y recidiva de las hernias. A este respecto, el autor hace presente, la gran frecuencia con que se encuentra el epiplón dentro del saco, en las hernias reproducidas.

Por lo que hemos expuesto en nuestra reseña histórica del problema de las hernias entre nosotros, nunca, desde que se inició la cirugía abdominal, ha faltado interés por él. La hernia inguinal y su cura radical, vuelve a ser tratada en el *Congreso Nacional de Cirugía*, del año 1946, auspiciado por la *Sociedad de Cirugía*, siendo esta ve

los relatores oficiales, Agustín Inostroza y Adolfo Reccius. En 1945, Edgardo Collao Carmona, del servicio de Félix de Amesti, hace un estudio estadístico de 250 casos de hernias inguinales, operados en el servicio nombrado, y estudia el problema, desde muchos puntos de vista. La técnica quirúrgica empleada, fué muy variada, pues fueron muchos los cirujanos que intervinieron; pero, en general, encuadra dentro de los procedimientos clásicos. En más de la mitad de los enfermos, fué usado el método de Andrews retrofunicular típico con maniobra de Barker o sin ella, con formación de un tercer plano a base de la aponeurosis del oblicuo mayor que cubre la parte superior del cordón, formando un neoconducto inguinal o sin ella. El método de Girard, se usó en más o menos la quinta parte de los enfermos; el de Andrews prefunicular, en la cuarta parte de ellos. El método de Hamilton Russell, en 11 enfermos, y el de Bassini, solamente en 7. En 16 enfermos, el procedimiento fué atípico. Del estudio de esta estadística, el autor saca algunas conclusiones muy interesantes. El uso del braguero, por ejemplo, en nuestros enfermos portadores de hernia inguinal, es muy raro; así, de los 250 casos que comprende la estadística, solamente 4 (1,6%) dan el antecedente de haberlo usado, y no en forma continua ni sistemática. El autor le da una especial importancia al capítulo de la revisión de los operados, pero declara que es el más difícil de desarrollar, por las dificultades enormes que existen para controlar nuestros enfermos, una vez salidos del Hospital. Las razones que aduce, son bien conocidas. A pesar de esto, logró revisar, más o menos, la cuarta parte de los operados, lo que entre nosotros puede considerarse un número de revisión respetable. El autor estampa un axioma de la cirugía, de especial importancia para los operados de hernia inguinal: "la hernia directa, es más grave que la oblicua " externa, y, por consiguiente, aquélla necesita, especialmente, del " método operatorio adecuado y completo y de los cuidados consi- " guientes". Como conclusión de su buena exposición, el autor propone uniformar el criterio, para el estudio y tratamiento de las hernias inguinales, "ya que es una afección tan frecuente y grave, especial- " mente en los hombres de trabajo, que llega a producir una verdadera " invalidez, o, por lo menos, una marcada disminución en la capacidad " del individuo. Es por estas consideraciones, que el cirujano debe ir " premunido de un criterio claro y preciso del concepto, gravedad y " peligros que encierra esta afección. La operación de hernia inguinal, " no debe ser el primer peldaño que pise el cirujano joven, en su escala

" de perfeccionamiento; debe ser, necesariamente, una de las metas
" que alcance el cirujano completo que se tilde de tal. Pensamos,
" "que cualquiera puede operar una hernia; pero no cualquiera puede
" curarla".

Finalmente mencionaremos una interesante publicación, también del año 1945, en que Roberto Estévez, analiza la causa de recidivas y su frecuencia en operaciones corrientes por hernia inguinal. Con mucha razón llama la atención, sobre una falla fundamental de la mayoría de las exposiciones sobre cualquiera técnica para reparación de hernia, y las estadísticas que pretenden demostrar el porcentaje de curaciones definitivas o las de recidivas. Es el factor tiempo, para juzgar el método. La tendencia general de la mayoría de las estadísticas, es dar por sentado los beneficios, mucho antes de un plazo prudencial. Entre nosotros, no se han publicado datos estadísticos exactos, ya sea debido a la dificultad para controlar a nuestros enfermos, después de operados, ya sea porque estos enfermos, al recidivar, "tientan suerte" con otro cirujano. En estas condiciones, el autor estudia algunas estadísticas extranjeras y hace ver sus defectos, sobre todo en el sentido que muchas de ellas no cumplen con lo relacionado con el plazo estimado como prudente, para dar como definitivamente curado un enfermo operado de hernia. Calcula el porcentaje de recidivas, aun en manos de cirujanos de experiencia, en un 10%. Describe, en seguida, una nueva técnica basada en un nuevo principio para reconstruir la hernia inguinal indirecta, cuyo anillo no está demasiado dilatado. Fué propuesta esta técnica, por Henry, del Cairo, Egipto, quien repara las hernias crurales, exponiendo y visualizando el anillo femoral, por *vía retroperitoneal*, haciendo una laparatomía mediana. Las ventajas de esta técnica, serían, la directa exposición del orificio por el que se escurre el saco herniario, la garantía de una ligadura alta de él, y evitar una cicatriz en la región crural. Con estas ventajas, algunos cirujanos de Chicago, aplicaron esta vía de acceso a la hernia inguinal, detallando una técnica precisa y mejorada. Estévez, con su colaborador A. Grudsky, convencidos que las recidivas, en las hernias inguinales en general, y muy especial en la indirecta, se deben frecuentemente a una defectuosa ligadura del saco, emprendieron esta nueva técnica en 24 enfermos, ocho de los cuales, tienen control de dos años, y el resto, más de un año y medio, sin recidivas. La técnica, según el autor, es simple, no necesitando reparar planos como los métodos clásicos, de consiguiente, más rápida.

Con esto hemos llegado al final de nuestra reseña histórica, sobre la evolución que ha tenido entre nosotros, la cura radical de las hernias. Muy posiblemente hemos omitido los nombres de muchos cirujanos que, como los nombrados en nuestra exposición, han contribuído en el desarrollo de la cura radical de la hernia en Chile; pero estas omisiones han sido, naturalmente, enteramente involuntarias, porque hemos tenido que limitarnos en nuestra reseña, como también en los demás capítulos, casi exclusivamente al estudio de las publicaciones aparecidas en nuestras revistas médicas.

Creemos no exagerar, al decir que, muy probablemente, no existe otra afección quirúrgica, en la cual hayan sido usados tan diversos y numerosos procedimientos quirúrgicos para obtener su curación, como en las hernias y en especial las inguinales. Recordemos, a grandes rasgos, la evolución de estos procedimientos modernos, como ellos han nacido de los métodos más primitivos, como han evolucionado, bajo la influencia de los progresos técnicos de la cirugía y nuestros mejores conocimientos anatómicos de la región inguino-abdominal, hasta alcanzar el alto grado de perfección que muestran hoy en día.

Hemos dicho ya en nuestra reseña histórica, que, antes del advenimiento de la curación antiséptica de Lister, las hernias inguinales reponibles, es decir, no estranguladas, prácticamente nunca habían sido objeto de una intervención quirúrgica. Con la introducción de la era antiséptica, empieza también la verdadera cura radical de las hernias. En todos los países civilizados, se observa, en aquellos años, un rápido desarrollo de los distintos procedimientos operatorios, que en no pocas ocasiones fueron descritos, más o menos en una misma época, por varios autores a la vez. *Determinar la prioridad, resulta, en muchos casos, hoy en día, poco menos que imposible.* A pesar de que muchos se han ocupado ya, con la historia de la cura radical de la hernia, reina todavía, para la denominación de sus distintas modalidades, una gran anarquía, de tal manera, que resulta a veces difícil la comprensión del procedimiento efectuado, si no se detalla en todas sus modalidades anatómicas. Graser pudo reunir, en el espacio de más o menos 15 años, entre 1912 y 1927, más de cien publicaciones sobre determinados procedimientos operatorios, la mayoría de ellos, sólo pequeñas variantes de un procedimiento ya conocido. En nuestra rápida exposición, debemos limitarnos, forzosamente, a mencionar los procedimientos clásicos o más usados. El más primitivo de ellos, usado en las

hernias inguinales externas, fué el de *Wood*, (1886), que consistía en la simple reposición del saco herniario, seguida de una sutura de los pilares, con hilo de plata. *Nussbaum*, fué el primero en indicar la ligadura del saco; pero, a su vez, no suturaba los pilares del conducto inguinal. Un paso hacia adelante, significa el procedimiento de *Czerny*, (1877), quien, además de la ligadura alta del saco, recomendaba la *sutura sistemática de los pilares. El procedimiento de Czerny, puede considerarse como punto de partida para los procedimientos más modernos*. La resección del saco, fué recomendada, primeramente, por Socin, (1879). Macewen (1880), en cambio, conservaba sistemáticamente todo el saco que apelotona y adhiere a nivel del orificio interno, para que sirva de tapón.

Una maniobra introducida por Barker y Rotter, consiste en alejar el muñón del saco herniario ligado del conducto inguinal.

Hasta ahora, el tratamiento del canal inguinal se había limitado a las suturas de los pilares, (Wood, Czerny). *Kocher*, también respetaba la aponeurosis del oblicuo mayor; pero terminaba su intervención, con el estrechamiento sistemático del conducto inguinal, por medio de la sutura de los pilares y el fruncimiento de la aponeurosis de dicho músculo. *Un gran paso hacia adelante en la cura radical de la hernia inguinal, significa la abertura sistemática del canal inguinal, por medio de la sección amplia de la aponeurosis del oblicuo mayor*. Ella permite, en primer lugar, una disección amplia y cuidadosa del saco hasta el anillo inguinal interno, y, por lo tanto, su extirpación completa; y en segundo lugar, una reconstrucción de los distintos planos de la región inguino-abdominal. Casi todos los métodos modernos, están basados en esta abertura del canal; el mérito de esta innovación, corresponde a varios cirujanos, Lucas Championniére, en Francia, Risel y Kuester en Alemania (1888).

En 1889, Bassini publicaba su procedimiento, que puede considerarse como el procedimiento clásico para la cura radical de las hernias inguinales. Ha tenido, como hemos visto, precursores, y ha experimentado importantes modificaciones en el transcurso del tiempo; pero esto no le resta méritos a su autor. Es un procedimiento anatómico perfecto, para muchas hernias; reconstituye el conducto inguinal, en forma anatómica, y restablece su dirección oblicua. Forma una sólida pared posterior, uniendo el músculo oblicuo menor y transverso a la arcada de Poupart, sobre este plano coloca el cordón y sutura por

delante de él, la aponeurosis del oblicuo mayor. Con el desplazamiento del cordón en la forma indicada, obtiene un cierre casi ideal de su punto de entrada y de salida en el canal inguinal.

A pesar de que la superioridad del procedimiento de Bassini, fué reconocida rápidamente en todo el mundo, con el correr de los años, se vió que no aseguraba tampoco una cura definitiva en todos los casos, y, como era lógico esperarlo, empezaron a estudiarse las causas que determinaban las recidivas en la operación de Bassini. Con una mayor experiencia, pronto se descubrió que las recidivas del Bassini, se producían, casi exclusivamente, en la parte más interna del triángulo inguinal, es decir, con los *caracteres de una hernia inguinal directa e interna.* Al lado de esa "recidiva baja" del Bassini, se observaron también, pero en proporción inmensamente menor, las "recidivas altas", las que siguen el trayecto del cordón en el conducto inguinal neoformado. Esta preponderancia de las recidivas directas, hizo, naturalmente, nacer la sospecha que en este punto, la plastía inguinal correspondiente a la sutura profunda del Bassini, no era perfecta. Estudios minuciosos anatómicos de la región inguinal, efectuados en distintos países y por muchos cirujanos, demostraron, que el factor predominante en la constitución de las hernias inguinales directas y las recidivas herniarias, es la *preexistencia de disposiciones anatómicas especiales, a nivel de la brecha herniógena.*

Para evitar el grave inconveniente de las recidivas, se ha ideado una serie de nuevos procedimientos, muchos de ellos sólo pequeñas variantes del Bassini original, y todos tienden a obtener un cierre exacto de esta área débil de la región inguinal. Postemsky (1890), Mugnai (1891), Brenner(1893), Andrews (1895), Hackenbruch (1898), y muchos otros, recomendaron procedimientos propios. Otros, dirigen su atención, de preferencia, hacia el ángulo externo del triángulo inguinal, el cual también constituye un punto de predilección para la recidiva herniaria, que toma entonces el carácter de una hernia oblicua externa. En este sentido proceden, Woelfler (1892), y Girard (1900); los cuales efectúan la sutura posterior de Bassini, por delante del cordón, haciendo, en seguida, un doblamiento de la fascia del oblicuo mayor. En forma parecida, se procede en el procedimiento que en la Argentina se designa con el nombre de Mugnai-Aguilar.

También, desde otro punto de vista, ha sido atacado el procedimiento original de Bassini. *Ninguna cura de hernia sería radical, en la cual se suturan, como sucede en la sutura profunda del Bassini, tejidos*

de ninguna o escasa afinidad o similitud histológica, como músculos con fascias. Andrews, había insistido en el principio del adosamiento de fascia con fascia, creando su *"overlapping method"*. Pero independientemente de él, el mismo principio ha sido concebido, también, por Girard, en Suiza, y Woelfler y Hackenbruch, en Alemania.

Grandes discusiones han habido entre los cirujanos, con respecto a la *situación que debe ocupar el cordón en la inguino-plastía;* si ésta debe realizarse en forma *retro* o *prefunicular*, y si conviene o no, en ciertos casos, desviar el trayecto del cordón. Entre los procedimientos retrofuniculares, está el Bassini (1889), Postemsky (1890), Halsted (1893), Brenner (1893), Andrews posterior (1895), Hackenbruch (1896), Finochietto-Squirro y otros.

A los procedimientos prefuniculares, pertenecen el Girard, Woelfler, Mugnai-Aguilar, Andrews anterior. En general se acepta hoy día, que los procedimientos prefuniculares, en que el cordón queda por detrás de los planos neoformados, no son recomendables, porque en ellos la salida del cordón corresponde al punto más débil de la inguinoplastía, en que ordinariamente se observan las recidivas.

En los últimos años ha alcanzado bastante difusión, el uso de las llamadas "suturas vivas", preconizadas ya, desde principios del siglo, en estados Unidos, por Mc. Arthur, quien usaba, para el adosamiento de las estructuras inguinales, tirillas pediculadas de la aponeurosis del oblicuo mayor. Posteriormente, fueron recomendadas cintas aponeuróticas de la fascia lata, sobre todo para las hernias más voluminosas. Entre nosotros ha sido, principalmente, Zúñiga Latorre, quien ha preconizado las ventajas de las suturas vivas, por su resistencia a la tracción y su tolerancia. Pero no han faltado, en los últimos años detractores del método; en Estados Unidos, ha sido publicada una serie de resultados decepcionantes del método.

En 1909, Kirschner sugirió el empleo de parches de aponeurosis tomadas de la fascia lata, para obturar grandes brechas en hernias voluminosas. Entre nosotros, Vargas Salcedo y Alessandrini, han recomendado, para las grandes hernias, el injerto de aponeurosis de ternera fijada en alcohol. Hemos mencionado anteriormente, este procedimiento. Schwartz, Sauerbruch, Fournes y otros, han recurrido a los métodos plásticos, en casos de hernias voluminosas, usando colgajos de la vecindad.

De lo expuesto, brevemente sobre la evolución de los procedimientos operatorios para la cura radical de la hernia inguinal, podemos deducir que el cirujano cuenta hoy en día, además de la operación clásica de Bassini, de una serie de procedimientos operatorios de igual o mayor valor; de la elección cuidadosa del método más adecuado para cada caso de hernia inguinal, dependerá, en gran parte, el buen resultado definitivo de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

Aguirre Luco, Roberto. Las hernias inguinales en el niño Rev. Méd. 1901.—Aguirre Luco, Roberto. Hernias inguinales. Rev. Méd. 1908.—Aguirre, Sayago. Apuntes de Cirugía del Dr. Amunátegui, 1915.—Alessandrini, Italo. El heteroingerto muerto en Cirugía. Tesis, 1920.—Alonso Vial, A. Semblanza de algunos maestros desaparecidos de la cirugía chilena. Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital. 1941.—Alvarado, Wall. Consideraciones sobre la técnica operatoria de algunas formas de hernias inguinales. Rev. Méd. 1917.—Allende P., Ramon. Apuntes de la Kelotomía. Anales 1870.—Amesti, F. y Contador, J. Tratamiento de la hernia inguinal. Archivos de la Soc. de Cir. de Hosp. 1933.—Amunátegui, Gregorio. Hernia inguinal. Operación radical. Método de Kocher. Progreso Médico, 1897.—Amunátegui, Gregorio. Apuntes de Cirugía, 1915.—Amunátegui, Gregorio. Hernia inguinal congénita irreductibe. Rev. Méd. 1916.—Araos Díaz, Luis. Las hernias relacionadas con los accidentes del trabajo. Trabajo presentado a la Dirección General de los FF. CC. de Estado, como informe sobre casos de jubilación. Rev. Méd. 1919.—Barrenechea, J. Ligera reseña sobre la curación de las heridas, según el método antiséptico de Lister. Rev. Méd. 1882.—Barrenechea, J. Herniotomía inguinal, esfacelo del testículo derecho. Rev. Méd. 1886.—Budge R. Hernia inguinal derecha, complicada de hernia de la vejiga. Rev. Méd. 1904.—Burdach, Alberto. Tratamiento de la hernia inguinal. Archivos de la Soc. de Cir. de Hosp. 1933.—Cádiz, Mamerto. Curación radical de las hernias. Tesis, 1890.—Camacho, Rene. Concepto actual de las hernias. Tratamiento nuevo con suturas vivas. Tesis, 1928.—Carvallo Elizalde, V. Estudio sobre el peritonismo. 2.° Congreso Médico Latino-Americano, 1904.—Cerda Schuyler, Luis. La sutura en las hernias, con materiales inabsorbibles, Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital, 1933.—Claren R., Luis. ¿En qué edad debe operarse la hernia inguinal en el niño? Tesis, 1923.—Collao Carmona, Edgardo. El problema de las hernias inguinales.—Rev. Méd. 1945. Cornu Medina, Pedro. Hernia inguinal y su tratamiento quirúrgico racional. Tesis, 1928.—Chateau, Guillermo. Hernias inguinales. Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital, 1933.—Daudet, R. Sobre el tratamiento de la hernia inguinal. Archivos de la Soc. de Cir. Hosp. 1933.—De la Fuente, J. Hernia del ciego. Rev. Méd. 1898.—Díaz, Wenceslao. Memoria sobre las hernias en general, consideradas bajo el punto de la Patología Externa, 1864.—

ESTEVEZ C., ROBERTO. Consideraciones sobre un nuevo procedimiento para reparaciones de la hernia inguinal indirecta. Rev. Méd. 1945.—GONZÁLEZ BARAHONA. Hernias inguinales y accidente de trabajo. Tesis, 1926.—GONZÁLEZ MUÑOZ, EUGENIO. Hernias umbilicales. Tesis, 1899.—GREENE, ERNESTO. Hernias inflamadas por el uso del braguero. Rev. Méd. 1923.—GROVE, HUGO. FIGUEROA, E. Hernia inguino-escrotal, divertículo intestinal y teratoides. Med. Moderna, 1928.—HOLMBERG, AUGUSTO. La operación de Russel, en la hernia inguinal oblicua, Tesis, 1929.—ILABACA, LUIS. PANTOJA, NATANIEL. Hernia inguinal. Archiv. de la Soc. de Cirujanos de Hosp. 1933.—LEIVA, CARLOS. De la hernia umbilical de los adultos. Anales de la Universidad, 1863.—MARÍN, JUAN. Cirugía en su relación con los accidentes del trabajo. Primer Congreso Nacional de Cirugía, 1924.—MARÍN, JUAN. La hernia como enfermedad profesional proveniente de un accidente de servicio. Primer Congreso de Medicina y Cirugía Naval y Militar de Chile, 1929.—MARÍN COUCHET, J. Hernia inguinal en el hombre. Archivos de la Soc. de Cirujanos de Hospital, 1933.—MEZA. Un caso de hernia umbilical extrangulada. Rev. Méd. 1875.—MUÑOZ PAL. Hernia oblicua externa. Estrangulación de la vejiga. Rev. Méd. 1918.—MURILLO, ADOLFO. De las hernias en general bajo el punto de vista de la Patología Externa. Tesis de concurso a la Cátedra de Patología Externa y Anatomía de las Regiones. Anales de la Universidad, 1863.—MURILLO, ADOLFO. Hernias en General. Miscelánea Médico-Quirúrgica, 1876.—NAVARRO, FRANCISCO. Hernia por deslizamiento. Bol. Soc. Cir. 1921.—OPAZO, F. La hernia inguinal en el Servicio del Prof. Navarro. Archivos de la Soc. de Cirujanos de Hospital, 1933.—PANTOJA SILVA, NATANIEL. Contribución al estudio y tratamiento de las hernias estranguladas. Tesis, 1933.—PUELMA, RICARDO. Hernias y Ley General de Accidentes de Trabajo. Bol. Soc. Cir. 1923.—RAYO, FLAMINIO. Hernia del útero y anexos. Bol. Soc. Cir. 1926.—RECCIUS, ADOLFO. Apendicits en el saco herniario. Rev. Méd. 1923.—RECCIUS, ADOLFO. Tratado de diagnóstico quirúrgico, 1940.—REED P., EDWYN. Tratamiento de las hernias, por inyecciones. Med. Moderna. 1938.—REED P., EDWYN. Tratamiento de las hernias, con inyecciones. Med. Moderna, 1939.—REED P., EDWYN. La terapéutica esclerosante. Med. Mod. 1941.—SIERRA, LUCAS. Contusión herniaria. Peritonitis generalizada. Correspondencia de Europa. Rev. Méd. 1893.—SIERRA, LUCAS. MOORE, EDUARDO. Tratamiento quirúrgico de las hernias. Correspondencia de Europa. Rev. Méd. 1894.—SIERRA, LUCAS. Tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales. Rev. Méd. 1898.—SIERRA, LUCAS. Hernias estranguladas. Rev. Méd. 1904.—SIERRA, LUCAS. Cien años de enseñanza de Medicina en Chile. Anales de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas. 1936.—SOROLLA, C. Hernia inguinal. Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital, 1933.—TEJEDA, ALVARO. Las hernias en las Fuerzas Armadas. Bol. Soc. Cir. 1933.—THIELE, JORGE. Sobre la hernia del agujero oval. Tesis, 1874.—T. R. T. Un caso de hernia estrangulada. Rev. Méd. 1875.—URZÚA, C. Hernia apendicular estrangulada. Rev. Méd. 1925.—URRUTIA, CARLOS. DÍAZ, LUIS. Hernia inguinal en el niño. Archivos de la Soc. de Cirujanos de Hospital. 1933.—URRUTIA, CARLOS. Hernia inguinal en el niño. Rev. de Pediatría, 1935.—VALDERRAMA, ADOLFO. Hernias en General, consideradas bajo el punto de vista de la Patología Externa. Memoria leída en la oposición a la clase de Patología Externa y Anatomía de

las Regiones. Anales de la Universidad, 1863.—Valenzuela Basterrica, J. Progresos de la Cirugía en Santiago. Rev. Méd. 1892.—Valenzuela Basterrica, J. Contribución al estudio de la curación de las hernias. Progreso Méd. 1895.—Valenzuela Basterrica, J. Hernia inguinal estrangulada. Progreso Médico, 1895.—Valenzuela, Pedro. Hernia inguinal de contenido raro. Bol. Soc. Cir. 1929.—Vargas Salcedo, Luis. 25 años de cirugía abdominal en Chile. Anales de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, 1937.—Vergara, Pedro. Chiorrini, Juan. Tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales. Archivos de la Soc. de Cirujanos de Hospital, 1933.—Vidal, Angel. Un caso de hernia inguinal de la trompa. Anuario Médico-quirúrgico del Hospital de Viña del Mar, 1934.—Zúñiga Latorre, Ricardo. Anestesia Regional en Cirugía Abdominal, 1934.—Zúñiga Latorre, Ricardo. Hernia inguinal. Reparación con fascia. Rev. Méd. 1944.—Zúñiga Latorre, Ricardo. Sobre el tratamiento de la hernia inguinal. Rev. Méd. 1945.

SEXTA PARTE

CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA

Tanto la obstetricia como también la ginecología, sufrieron, naturalmente, una inmensa transformación, con la introducción de la antisepsia y, pocos años después, la asepsia. Salieron con ello, del rango secundario en que se les había mantenido hasta entonces, para convertirse en especialidades, que luego se apartaron de la cirugía general, constituyendo entidades con directivas propias. Hasta principios del siglo pasado, la ginecología se encontraba en un período embrional. Apenas se examinaban los órganos genitales de la mujer, y sólo tímidamente se hacían algunas exploraciones de la vagina. Es la etapa que algunos autores llaman "período vulvar". Con el descubrimiento del espéculo para las exploraciones ginecológicas, en 1801, comienza una nueva y fructífera era, representada, sobre todo, por Recamier, en Francia, quien no sólo recomienda con entusiasmo el uso de este instrumento, sino también la cucharilla para las exploraciones uterinas. Es el "período vaginal o período del espéculo". Un gran paso hacia adelante significa el invento de la sonda uterina, por Huguier y Simpson, a mediados del siglo pasado; toda la atención de cirujanos y ginecólogos, empezó a dirigirse hacia el útero, sus enfermedades neoplásicas, sus vicios de posición, sus infecciones, cuya etiología era, naturalmente, desconocida. Es el "período uterino o período de la sonda". Sigue una cuarta etapa en que la ginecología se hace eminentemente quirúrgica, con la introducción de la antisepsia y asepsia. Casi todas las afecciones ginecológicas son abordadas, en tentativas más o menos eficaces, para curarlas con el bisturí. Es el período que

marca el principio de la ginecología moderna, pero es, también, el período de las grandes mutilaciones genitales, en que para nada se toma en cuenta la función de los órganos, que se extirpan aun en pleno período de actividad genital. Y sigue, finalmente, el período actual, de la *cirugía ginecológica conservadora*, basada en un nuevo concepto de la fisiología genital, que persigue, en lo posible, evitar el compromiso de la integridad funcional de los órganos genitales de la mujer. Es la ginecología moderna, que tan brillantes éxitos depara diariamente a la humanidad, en todas las clínicas del mundo.

Hemos mencionado, anteriormente, que nuestra Escuela de Obstetricia se creó en 1834, siendo su primer profesor Lorenzo Sazie. Fué su sucesor, Adolfo Murillo, quien ocupó la cátedra durante 30 años. Hemos visto, también, que nuestra Clínica Ginecológica, se fundó en 1887, y que deben considerarse a Roberto Moericke y a Víctor Koerner, como los fundadores de la ginecología en Chile. No podemos, en nuestra corta exposición histórica, referirnos más que a algunas de las más frecuentes afecciones de las dos especialidades. Ya hemos expuesto en capítulo aparte, la evolución que tuvo la ovariotomía entre nosotros, por ser ella una de las pocas afecciones abdominales, que se intervenían mucho antes del advenimiento de la era antiséptica. Estudiaremos, en los capítulos siguientes, la historia y la evolución que han tenido, entre nosotros, algunas de estas afecciones más comunes de la ginecología y de la obstetricia.

CAPITULO XXI

LA OPERACION CESAREA

"¡Ojalá llegue un día en que la embriotomía no sea practicada en fetos vivos, ni menos aconsejada!. La humanidad lo reclama".

Adolfo Murillo, 1893.

La cesárea, se remonta más allá de la historia. Parece que ya en los pueblos antiguos, existía la costumbre de extraer el feto por cesárea después de la muerte de la madre; pero no se ha podido establecer, si se efectuaba también en el vivo. El primer conocimiento histórico se remonta al tiempo del rey sacerdote Numa Pompilio, siglo VII A. C., a quién se le atribuye una ley que ordenaba no enterrar a las embarazadas, sino después de haberse extraído el feto, por la posibilidad de que estuviera vivo.

La primera operación cesárea en madre viva, parece haberse efectuado en Alemania, en 1610, por Jeremías Trautmann, cirujano de Wittenberg. El niño vivió, pero la madre murió 25 días después de la operación. Hay muchas referencias más en la literatura, pero la mayoría de ellas no bien confirmadas. En la época del gran cirujano francés Ambrosio Paré, quien elevó la obstetricia al rango que le corresponde, a mediados del siglo XVI, la operación cesárea era considerada como imposible. Estas son las palabras del más grande cirujano de la época, al referirse a ella: "En verdad me maravillo, cómo hay gente " que pueda afirmar que ha visto mujeres a las cuales, para extraer- " les sus hijos, se les había incindido el vientre, y no solamente una " vez, sino varias; es algo imposible de creer, si se atiende que para " dar salida al niño, es necesario hacer una gran herida en el epigastrio, " y otra semejante en la matriz, órgano que está repleto de sangre, " lo cual produciría una hemorragia tan grande, que sería seguida

" de la muerte de la enferma. Por lo tanto, no aconsejaré, jamás, una " operación que tiene tantos peligros y sin esperanza alguna".

A fines del mismo siglo, sin embargo, apareció en Francia un trabajo de Rousset, en el cual cita algunos resultados felices; pero la veracidad de esto, fué puesta en duda. También Mauriceau, rechazaba la intervención en el vivo y la reservaba únicamente para la mujer muerta.

La casuística respecto a la cesárea, se enriquece considerablemente en los siglos XVIII y XIX; pero los resultados felices siguen siendo la excepción. Sin embargo, Simon, en Francia, en una memoria a la Academia Real de Cirugía de París del año 1761, llegaba a las conclusiones que la operación cesárea era posible, que en ciertos casos podía salvarse la madre y el niño, y que podía ser practicada varias veces en la misma mujer.

El desconocimiento de la anestesia, de la antisepsia y la técnica deficiente, causaban la infección y las hemorragias, que eran los dos grandes peligros de la operación cesárea. Antes del descubrimiento de la anestesia, hasta mediados del siglo pasado, la intervención debía hacerse con una rapidez suma, en minutos, nada más.

Los resultados obtenidos eran distintos, según las estadísticas; pero casi todas las operadas fallecían. En París, entre 1800 y 1876, no había sido ejecutada una sola operación cesárea coronada de éxito. Las mejores estadísticas, casi hasta fines del siglo pasado, no bajaban de 50 a 60% de mortalidad y, como decía un famoso ginecólogo de la época, un gran número de operadores poco escrupulosos, se guardaban muy bien de hacer conocer sus casos desgraciados.

En la América Latina, la primera operación cesárea parece haber sido ejecutada en Méjico, en 1779, naturalmente en una mujer embarazada recién fallecida. La religión católica ordenaba no sepultar a las embarazadas de término, sin tratar de salvar el feto por la operación cesárea. Así la historia nos cita numerosos casos de cesáreas practicadas en cadáveres, algunos de ellos, también, en países sudamericanos. En los "Principios de Cirugía" compuestos por D. Ramón Fernández, del año 1788, y aprobados por la Audiencia de Cirugía del Real Proto-Medicato, leemos:

"¿Cómo se hace la operación cesárea?".

"Puesta la difunta boca arriba, se toma el bisturí recto, se hace " una incisión latitudinal, que tenga diez o doce pólices de largo, " empezando tres o cuatro dedos, apartado del simphisis del pubis;

" se cortan los tegumentos y membranas, hasta llegar al útero; en " éste se hace una incisión, con la precaución de no herir la criatura; " se dislaceran las membranas que la envuelven; se pasa una mano " por debaxo y la otra por encima; se la extrae, y si está viva, se le " administra el Bautismo, y se le dan todos los socorros necesarios. " Después se toma una aguja enebrada, se limpia la sangre, se intro- " ducen las partes que hayan podido salir y se apunta la solución".

Por los grandes peligros de la operación cesárea y su enorme mortalidad, Porro de Pavia recomendó, en 1876, la extirpación en bloque del útero grávido y sus anexos, suturando en seguida el muñón cervical, estrangulado por un hilo metálico, a la parte inferior de la herida abdominal. Este método mutilante fué considerado, durante algún tiempo, más prudente que la operación cesárea conservadora.

Como todas las demás intervenciones, en especial las abdominales, la cesárea necesitó también de tres hombres, para que la mortalidad se redujera considerablemente: Semmelweis, el preconizador de la asepsia; Pasteur, el descubridor de los microbios, y Lister, el padre de la antisepsia. Pero sólo con el perfeccionamiento de la sutura uterina, por Kehrer y Saenger, en 1882, la cesárea inicia su carrera triunfal. Hasta entonces no se había prestado casi ninguna atención a la herida uterina, que quedaba abierta o mal suturada. La doble sutura, hizo de inmediato disminuir, en forma notable, la mortalidad de la cesárea clásica, que gracias a este adelanto, volvió a su nuevo auge. Un último adelanto que contribuyó aún más en hacer de la operación cesárea una intervención habitual, es la histerotomía en el segmento inferior, la *cesárea baja* o *segmentaria*, que ha reemplazado a la clásica o corporal y cuyos méritos son, hoy día, universalmente reconocidos.

En Chile, las primeras operaciones cesáreas fueron practicadas por Adolfo Murillo, en la Maternidad de San Borja; establecimiento que dirigió desde su fundación hasta su muerte, ocurrida en 1899. En aquellos años, la obstetricia era mirada todavía con terror en Chile, por la alta mortalidad que su ejercicio acarreaba. Entre las numerosas publicaciones de Adolfo Murillo, figuran también dos colaboraciones sobre la operación cesárea; la primera de ellas, "*Historia de dos operaciones cesáreas*", apareció en la *Revista Médica* del año 1893, y la segunda, "*Mi tercera cesárea*", en la misma revista, del año 1899. El mismo Murillo dice, que son las únicas operaciones de esta naturaleza practicadas en Chile, lo que se explica por el hecho perfectamente

reconocido, que las operaciones obstétricas en general, por graves estrecheces pelvianas, eran entonces, entre nosotros, bien escasas. La osteomalacia y el raquitismo, eran afecciones prácticamente desconocidas que recién, en aquellos años, "empezaban a penetrar en nuestro cuadro nosológico".

Las dos operaciones cesáreas que Murillo relata, corresponden, según el autor, a dos épocas distintas; casi a dos eras científicamente distintas:

"La primera data de 1877, cuando la antisepsia quirúrgica nos " era casi desconocida y no se practicaba en los servicios clínicos, " ni hospitalarios; cuando una operación de laparatomía, constituía " un gran acontecimiento y manifestaba el coraje, casi imprudente, " de un cirujano osado y nada más; cuando la luz incierta del triunfo " de la antisepsia, clareaba en lejanos horizontes y su luz no alcanzaba " a iluminar los Andes".

A esta primera era, pertenece la primera observación. La segunda operación cesárea, fué llevada a cabo más de 15 años después, en 1892, cuando la antisepsia y aún la asepsia, eran bien conocidas por nuestros cirujanos, y cuando las operaciones abdominales, sobre todo las ginecológicas, se ejecutaban ya en forma muy frecuente y con excelentes resultados. Recordemos aquí, en forma breve, la primera cesárea ejecutada en Chile, siguiendo la descripción que de ella hace Adolfo Murillo:

"En Septiembre de 1877, llegaba a pedir una cama en la Maternidad, una mujer de 31 años de edad, embarazada de término, y en el cuarto día de un penoso trabajo de parto. Enfermiza desde chica, no pudo andar hasta los cuatro años. Don Lorenzo Sazie había dicho en aquel tiempo, que no podría tener familia, lo que probaba que en la infancia había sufrido de raquitis. Presentaba una gran deformación de las extremidades inferiores y de la pelvis. El diámetro más angosto no pasaba de tres centímetros. El feto se presentaba de vértice y estaba muerto. La cesárea se imponía como única posible. Esta se practicó sin método antiséptico, "fué sólo la limpieza que hizo el gasto". La pérdida de sangre fué pequeña, la reducción del útero se hizo sin suturas, su retracción se hizo normalmente con una inyección de ergotina. La operación duró hora y cuarto y la enferma se murió al tercer día. "A nuestro modo de ver" —dice Murillo— "la operada ha fallecido " bajo la influencia de un choque profundo, una especie de sideración " nerviosa, debido a un trabajo muy prolongado y a una operación " grave en una persona debilitada".

En la segunda intervención ejecutada, como ya lo hemos mencionado, 15 años más tarde, los preparativos y las precauciones que se tomaron, fueron muy diferentes. Las hemos descrito anteriormente, en el capítulo sobre la introducción de la antisepsia en Chile, (pág. 88). El éxito de esta segunda cesárea, fué completo, se obtuvo un niño vivo y la madre salió de alta a los 24 días de su operación. Para la herida uterina se usó, como 10 años antes había sido recomendado por Saenger y Kehrer, la *doble sutura*, una profunda entrecortada con seda fuerte, y la del peritoneo visceral, con catgut corrido. Adolfo Murillo termina su publicación, con las siguientes frases:

"Los progresos tan admirables llevados a cabo en la cirugía abdo-
" minal, de lo cual es una prueba nuestra última observación, abre
" un ancho horizonte a la obstetricia y permitirá a los comadrones
" ser más atrevidos en los casos difíciles. ¡Ojalá llegue un día en que
" la embriotomía no sea practicada en fetos vivos, ni menos aconse-
" jada!. La humanidad lo reclama".

Sin embargo, habían de pasar nuevamente siete años, antes que se efectuara la tercera operación cesárea entre nosotros, y otra vez es Adolfo Murillo quien la ejecuta, en Noviembre de 1899, en una enferma que presentaba una estrechez de la pelvis y que salió de alta, llevando a su niño, en muy buenas condiciones de salud, a los 21 días después de la operación.

En 1900, aparece la primera memoria de prueba sobre la operación cesárea. Su autor, Enrique Arancibia Basterrica, hace un paralelo entre la sinfisiotomía, que había sido ejecutada ya algunas pocas veces entre nosotros, y la operación cesárea, cuya evolución y técnica describe, terminando con las observaciones de las cuatro cesáreas que hasta 1900 habían sido ejecutadas en nuestro país. Las primeras tres, corresponden a las ya nombradas del profesor Murillo, la última, motivo de la tesis, había sido practicada recientemente por Pardo Correa y el autor de la memoria. Por una casualidad se trataba, en este caso, de una de las enfermas que había sido sometida anteriormente a la misma intervención, por Adolfo Murillo. La mujer toleró esta segunda cesárea, en buena forma, pero el feto nació muerto. Hubo un desprendimiento prematuro de la placenta, y la operación tuvo que retardarse "por falta de local". A pesar de la corta experiencia, Arancibia Basterrica se declara partidario de la cesárea y no de la *sinfisiotomía, que también había sido ejecutada por primera vez entre nosotros, por*

Murillo, en la Maternidad de San Borja; pero cuya mortalidad materna había sido superior a la de las cesáreas.

Desde 1900 para adelante, todas las operaciones abdominales, ginecológicas y obstétricas, se multiplican rápidamente. La cesárea abdominal, no es ya una intervención arriesgada y formidable, sino de práctica corriente, que, con el perfeccionamiento y la simplificación de la técnica operatoria, se ha convertido en una intervención casi carente de peligros para la gran mayoría de las embarazadas, y, precisamente por esto, se ejecuta hoy día, con gran frecuencia, en todas las Maternidades del mundo, y no pocas veces, seguramente, sin una indicación bien precisa.

BIBLIOGRAFIA

ALLAMAND, J. Contribución a la práctica de las cesáreas bajas. Tesis, 1931.—ANKELEN, FEDERICO. Estudio comparativo sobre la cesárea de Portes y la cesárea de Sellheim IV. Med. Mod. 1938.—ANKELEN, FEDERICO. Operaciones obstétricas. 1939.—ANWANDTER KLAUS. Operación cesárea iterativa. Bol. Soc. Obs. y Ginec. Vol. II.—ARANCIBIA BASTERRICA, ENRIQUE. Sinfisiotomía y operación cesárea. Tesis, 1900.—AVILES, M. URZÚA, O. Nuestras experiencias sobre cesáreas clásicas. Bol. Soc. Obs. y Ginec. Vol. II—GACITÚA, V. Comentario sobre 70 casos de cesárea abdominal. Bol. de la Clín. Obs. 1930.—GACITÚA, V. Operaciones cesáreas por embarazo prolongado. Bol. Soc. Obs. y Ginec. Vol. II.—GACITÚA, V. Las cesáreas segmentarias en los casos impuros. Congr. de Obs. y Ginec. Buenos Aires, 1937.—GARRIDO, RAÚL. Contribución al estudio de las distosis pelvianas. Tesis, 1934.—LAVIN PRADO, RAFAEL. Comentario sobre la práctica, técnica e indicaciones de las cesáreas bajas o segmentarias. Bol. Soc. Cir. 1932.—MILLÁN ARRATE, MIGUEL. Las cesáreas bajas extraperitoneales por artificio. Tesis, 1939.—MONCKEBERG, C. Problemas de clínica obstétrica.—MONCKEBERG, C. PUGA, J. Comentarios sobre 300 cesáreas. Rev. Méd. 1937.—MONCKEBERG, C. Bases de un criterio quirúrgico, en obstetricia. Bol. de Clín. de Obs. 1937.—MURILLO, ADOLFO. Historia de dos operaciones cesáreas. 1893.—MURILLO, ADOLFO. Mi tercera cesárea. Rev. Méd. 1899.—ORRIOLS A., R. Operación de Portes. Med. Mod. 1927.—Reed, EDWIN. Operación cesárea. Med. Moderna, 1934.—REED, EDWIN. Operación cesárea. Anuario Méd. Quir. de Hosp. 1934.

CAPITULO XXII

EMBARAZO EXTRAUTERINO

"Fué una evolución tan rápida, que pudimos ver, siendo estudiantes, cómo se sacaban de las salas de Medicina, hematoceles retro-uterinos, para ser llevados a ginecología a operarlos. ¡Y qué asombro el de los médicos que habían tratado hasta entonces a esas enfermas, con terapéuticas médicas que hoy parecerían absurdas!

Caupolicán Pardo Correa.

Hasta fines del siglo pasado, el embarazo extrauterino había sido considerado como excesivamente raro. Es cierto que ya en la primera mitad del siglo XIX, se había descrito un cuadro sintomático caracterizado por la aparición, más o menos brusca, de un derrame de sangre en la pelvis, ordinariamente en el fondo del saco peritoneal situado entre el útero y el recto, acompañado de un choque intenso y gran palidez de la enferma; pero se desconocía en absoluto, el papel preponderante que desempeñaba en la génesis de esta afección, propia de la mujer, la rotura de la trompa grávida.

Los primeros grandes trabajos de este cuadro sintomático, se deben, sobre todo, a los cirujanos franceses, a pesar de que ya a fines del siglo XVII, en 1691, Ruysch, de Amsterdam, le había prestado su atención a estos extraños derrames de sangre en el peritoneo. En la primera mitad del siglo pasado y pocos años después, vemos a muchos de los grandes cirujanos franceses de la época, ocuparse con el hematocele pelviano. Récamier, en 1831; Bourdon, en 1841; Nelaton, en 1851; Tardieu, en 1854; Laugier, en 1855; Trousseau, en 1859, y el mismo Virchow, en Alemania, en 1863, se habían ocupado detenidamente con esta afec-

ción, relativamente frecuente y que imputaban a las más diversas causas. *A Nelaton, se ha concedido, con justicia, el honor de haber sido el primero en darle a la afección su fisonomía propia, con su magistral descripción que de ella hizo en 1851.* ¿Cómo se producía este derrame de sangre?. Se decía que en cada época menstrual se producía una congestión de los ovarios, y que la ruptura del folículo de Graaf, siempre era seguida de cierto derrame de sangre; si esta hemorragia era un poco más considerable, por una migración imperfecta del óvulo, la sangre caía en el fondo del saco del peritoneo y se acumulaba en él; el peritoneo irritado se inflamaba, una peritonitis adhesiva atraía las asas intestinales, y se constituía en esta forma el hematocele retro-uterino. Laugier, que había desarrollado esta idea, había procurado demostrar que el principio de la enfermedad coincidía con el período menstrual y, especialmente, con su terminación, es decir, con el momento de rotura del folículo de Graaf, (hemorragia catamenial). No obstante, muchos hechos tendían a hacer suponer que la enfermedad podía manifestarse, también, en otra época que en la del período menstrual. ¿Podía la excitación sexual producir en el ovario una congestión momentánea, capaz de ocasionar la rotura de una vesícula de Graaf y acompañarse de hemorragia?. Se había invocado, también, el reflujo de la sangre del útero a la trompa y el peritoneo. Se hablaba de *salpingorragias*, y en muchas autopsias y posteriormente laparatomías, se habían encontrado trompas distendidas con sangre negra coagulada, igual a la que se había derramado en el peritoneo. Otros autores, entre ellos Tardieu y Virchow, habían admitido que el hematocele podía ser la consecuencia de una pelvi-peritonitis o paqui-peritonitis hemorrágica. Trousseau hablaba de hematoceles caquécticos, Richet creía que la causa más frecuente, era la rotura de várices del plexo venoso, tubo-ovárico, etc. *Hasta hubo un autor francés, Hugier, quien, a mediados del siglo pasado, se atreviera a pensar en la posibilidad de una ruptura de un embarazo extrauterino.* Ya se habían descrito estos casos acompañados de una hemorragia intraabdominal tan considerable, que terminaban ordinariamente con la vida de la enferma. En ellos no era posible hablar de un hematocele, porque en realidad existía una inundación peritoneal; pero "¿por qué rechazar " la posibilidad", —se preguntaba Hugier— "de que esta sangre " producida por la ruptura de un embarazo ectópico, pueda circuns- " cribirse y enquistarse?". Hugier los había designado *seudo-hematoceles*, y en su opinión eran relativamente frecuentes, lo que después,

en 1877, fué también aceptado por el ginecólogo alemán, Veit. Tal como eran frecuentes los abortos por vías naturales, que no se reconocían si se producían durante las primeras semanas del embarazo, ¿por qué no aceptar, también, la existencia de abortos intraperitoneales, con su derrame de sangre consecutiva?. Pero estas ideas de Hugier, carecían de base en la opinión de los demás que habían estudiado esta afección, y pronto cayeron en el olvido.

El cuadro clínico del hematocele pelviano, bien conocido desde las publicaciones de Nelaton, de mediados del siglo pasado, era frecuentemente tan característico, que no cabía duda en su diagnóstico. La aparición repentina del tumor retrouterino, junto a los síntomas de una hemorragia interna, eran casi patognomónicos. El pronóstico de la afección, era siempre serio; no pocas veces terminaba con una muerte súbita, y en todo caso exponía a la enferma a riesgos graves, antes de obtenerse la mejoría definitiva. El estado de postración y de debilidad, duraba semanas o meses; el tumor sanguíneo que se organizaba alrededor de la matriz, causaba, casi siempre, la esterilidad de la mujer, además de producir, también, molestias graves y definitivas para ella. Algunas veces el tumor se inflamaba, apareciendo los signos propios de la peritonitis; otras veces se observaba su vaciamiento espontáneo por el recto o la vagina, a lo cual, no pocas veces, se agregaba la infección pútrida de la cavidad del hematocele.

El tratamiento se limitaba a la expectación, en el primer período, si los accidentes no eran demasiado intensos; si no, se empleaba un tratamiento antiflogístico en relación con la gravedad de los síntomas: sanguijuelas al bajo vientre, sangrías, aplicaciones emolientes, etc., etc. La intervención quirúrgica puede dividirse, desde el punto de vista histórico, en varios períodos. Desde los tiempos de Récamier (1831), hasta los de Nelaton (1851), no se contaba, para la mayoría de los casos, con la posibilidad de una reabsorción espontánea, y se puncionaba o incindía la colección de sangre por la vagina. Pero la abertura del foco, exponía a la infección pútrida, razón por la cual algunos cirujanos la recomendaban nada más que para los casos en que el derrame no manifestaba, o muy poca tendencia a la reabsorción, o cuando los escalofríos y sudores hécticos, indicaban que la supuración había tenido lugar. Este período, en que la expectación era la regla, duró hasta la época en que el pronóstico de la operación había mejorado notablemente con la introducción de la antisepsia, en el último tercio del siglo pasado. Habían de pasar, sin embargo, todavía muchos años, antes de

quedar definitivamente aceptada la doctrina clásica, admitida hoy día por todo cirujano y ginecólogo y que apenas sufre excepción, según la cual *toda hemorragia interna por aborto o ruptura tubaria, exige la laparatomía inmediata con carácter de urgencia.*

Con los progresos realizados por la cirugía abdominal, desde principios del siglo, la preñez extrauterina parece haber aumentado considerablemente de frecuencia. En verdad, el campo de nuestras investigaciones diagnósticas se ha ensanchado enormemente. El mejor conocimiento de los órganos genitales y de su funcionamiento, la mayor perfección en las exploraciones ginecológicas, la enorme experiencia adquirida por las operaciones, las autopsias y el microscopio, todo esto explica el aumento tan considerable en la frecuencia de la afección, cuya génesis en años anteriores había permanecido desconocida. Pero esta mayor frecuencia del embarazo extrauterino no sólo es aparente, por la exactitud con que en nuestros días se establece el diagnóstico, sino también real. En esto, la mayoría de los autores están acordes y las estadísticas así lo parecen demostrar. Volveremos sobre esto, más adelante.

Si los hematoceles no eran interpretados correctamente, en lo que se refiere a su génesis, en la era pre-antiséptica, no sucedía lo mismo con los embarazos ectópicos que, habiendo salvado las complicaciones del primer período, el aborto tubario o la ruptura de la trompa grávida, seguían desarrollándose normalmente, pero fuera de la matriz. En los antiguos tratados de patología quirúrgica, se encuentran descritos, a continuación de los hematoceles pelvianos, y a pesar de su rareza, se conocían bien las distintas evoluciones que podían seguir. Gregorio Amunátegui Solar, en su estudio sobre el embarazo extrauterino, del año 1892, uno de los primeros hechos entre nosotros, menciona la opinión de Charles, que en su "Cours d'accouchements", decía que muchos prácticos que tienen a su cargo una gran clientela, no observan un solo caso en el curso de su larga carrera; y agregaba, que los parteros y cirujanos, que por su posición privilegiada son llamados en consulta en los casos graves y dudosos, no llegan a observar sino una docena de preñeces extra-uterinas, y ésta es aún una cifra que bien pocos alcanzan.

Rokitansky, que junto con Virchow deben considerarse como los fundadores de la moderna anatomía patológica, se había adelantado a todos los cirujanos y ginecólogos de la época, en su descripción del embarazo tubario de los primeros meses. Pero es a Lawson Tait, con

sus comunicaciones de los años 1885/88, a quien debemos principalmente la noción del papel preponderante que desempeña, en la génesis de las hemorragias intraperitoneales en la mujer, la rotura de la trompa grávida. El precepto de intervenir en estos casos de hemorragias cataclísmicas, había sido formulado por Keller, en 1872; *pero corresponde a Lawson Tait, el honor de haberlo hecho entrar en la práctica, gracias a una notable serie de intervenciones afortunadas que colocaron a aquel precepto, a la cabeza de las grandes operaciones salvadoras de vidas.* Lawson Tait, a quien tanto le debe la cirugía y en especial la ginecología, practicó su primera operación por ruptura de una preñez extrauterina, en Enero de 1883, aunque sin éxito; pero en los años siguientes hasta 1888, pudo ejecutar 42 laparatomías, obteniendo 40 resultados felices. Debe advertirse, sin embargo, que sólo en doce de ellos pudo encontrar el feto; pero la existencia de restos placentarios en los demás, aseguraba también en ellos el diagnóstico de preñez extrauterina. El ejemplo de Lawson Tait, fué seguido casi inmediatamente en varios países, sobre todo en Estados Unidos, Francia y Alemania. En el último de estos países, fueron principalmente Leopold, Veit y Zweifel, los más decididos partidarios de la laparatomía, juzgando que era indispensable practicarla como el más seguro procedimiento de hemostasis, aun durante las hemorragias cataclísmicas. En Francia fueron Cestan, Pozzi y Bouilly, los que sostenían este mismo precepto. "La falta de decisión y de saber técnico", —decía el último de estos ginecólogos— "hacen perder la partida". Sin embargo la divergencia, por lo que respecta al tratamiento del embarazo tubario roto, seguía manifestándose, no sólo en materia de elección de procedimiento, sino también en la intervención más o menos rápida.

Al *Congreso de Ginecología y Obstetricia de Bruselas*, del año 1892, los ginecólogos alemanes Martin y Schauta, acompañaban a su comunicación, estadísticas particularmente elocuentes que vencieron, en parte, las dudas. Decían estos autores, que las preñeces ectópicas terminan, en general, por abortos tubarios, los cuales se verifican más comúnmente en los tres primeros meses. En los casos en que se intervino, casi el 80% de las madres salvaron, mientras que en los casos abandonados a sí mismos, sobre el 60% de las madres fallecieron. En vista de estos resultados, no era extraña su decidida preferencia por la intervención inmediata. "Contemporizar, confiar en una detención espontánea de la hemorragia", —decía Pozzi en el mismo año— "significa, para la mayoría de los casos, permitir que la mujer

" se muera. Debe asumirse la responsabilidad de la operación, que " es cien veces menos seria que la contemporización". Si la enferma no moría a consecuencia de la primera hemorragia, podía morir en un segundo o tercer ataque, o bien de las complicaciones producidas por el enorme hematocele, que ordinariamente se formaba.

El diagnóstico del embarazo ectópico antes de sus complicaciones, en que no existe ningún síntoma subjetivo que pueda orientarlo, presentaba, naturalmente, grandes dificultades. El mismo Lawson Tait había dicho que, en conformidad a su experiencia, se creía autorizado a manifestar algún escepticismo, en lo que concierne a la rectitud de la opinión de algunos médicos, que hablan con gran desenfado de la posibilidad de hacer el diagnóstico exacto de las preñeces extrauterinas, antes de la ruptura del quiste fetal y de obtener la curación, por medio de la punción y del empleo de la electricidad.

Veit, en Alemania, había sido el primero, en 1885, en extirpar una trompa grávida, en el tercer mes del embarazo extrauterino, antes de su ruptura. Desde entonces, estos casos se habían multiplicado; Lawson Tait, Veit, Zweifel, Ohlshausen y muchos otros habían ejecutado esta intervención, de carácter mucho más benigno que cuando se trataba, ya de un aborto tubario o una ruptura de la trompa, un buen número de veces, ya antes de 1890. Pero no todos eran partidarios de la intervención, en los embarazos ectópicos no complicados. Algunos de los procedimientos incruentos, recomendados, habían pasado ya a la historia a fines del siglo pasado, mientras otros contaban todavía con ardientes defensores. Entre estos últimos debemos mencionar dos métodos que trataban de obtener la muerte del producto de la concepción: uno consistía en la *inyección de morfina o de estricnina, en el saco;* el otro en la *aplicación de la corriente eléctrica.* Ambos tenían sus decididos partidarios, pero cayeron lentamente en el olvido, con los avances que experimentaba la ginecología moderna. No se desprende del estudio de nuestra literatura, si ellos fueron también usados entre nosotros.

El primer trabajo que en Chile menciona los hematoceles retrouterinos data del año 1877, y se encuentra publicado en los Anales de la Universidad de aquel año. En su memoria de prueba, don Federico Arnao, hace un estudio de los *quistes hemáticos:* "producciones " mórbidas incompletamente definidas y mal estudiadas en sus " causas, en su patogenia, en su sintomatología, pronóstico y trata-

" miento". Los clasifica en dos grupos, los espontáneos, producidos sin violencia externa, y los consecutivos a un traumatismo cualquiera. Menciona también los hematomas retro-uterinos, a continuación de los hematomas sinoviales y subpleuríticos, y dice en una parte de su tesis: "La frecuencia, aterradora ya en nuestro país, de las enferme- " dades del corazón y sus vasos, ha sido interpretada y explicada por " muchos o casi todos nuestros profesores, como el resultado de la " naturaleza misma de nuestros climas, tan variados y variables".

Quince años más tarde, (1892), aparece el primer trabajo sobre el embarazo extrauterino, en nuestra literatura. Es la memoria de prueba para optar al título de licenciado, de Gregorio Amunátegui Solar, y se titula *"Contribución al estudio del embarazo extrauterino"*. Está basada en cuatro observaciones que no habían sido publicadas anteriormente; entre ellas figuran las primeras operaciones ejecutadas en Chile, por esta afección. No sólo por su interés histórico, transcribimos el resumen de la primera observación en que se interviene por preñez extrauterina entre nosotros:

El 24 de Febrero de 1886, época de la epidemia del cólera en Santiago, ingresó a la Maternidad, cuyo jefe en aquellos años era el profesor Adolfo Murillo, una enferma que presentaba una diarrea sospechosa. Era una mujer de treinta años de edad, aproximadamente, casada y embarazada. La palpación abdominal, permitió diagnosticar una preñez gemelar, pero sin sospechar la complicación. El día 28 del mismo mes y siempre en estado de postración, comenzó el trabajo lento y algo penoso de un parto que terminó a las quince horas, por la expulsión de un feto muerto. Al poco tiempo de dar a luz este feto, la parturienta fallece, sin manifestar casi fenómenos agónicos. Se buscó entonces el otro feto, para extraerlo por las vías naturales, pero se encontró el útero desocupado. Se sentía ahora, clara y distintamente, en la cavidad abdominal. Se avisó en el acto al doctor David Frías, que casualmente hacía su visita de la tarde y que estaba al corriente del diagnóstico de preñez gemelar. Impuesto en forma rápida de lo que ocurría y constatada la muerte de la mujer, se decide por la operación cesárea, y logra extraer un feto que vivía todavía y que se mantiene vivo cerca de una hora.

En esta observación que Adolfo Murillo comunicaba personalmente, en 1894, al Congreso Científico de Chile, se trataba pues de una *preñez extra e intra-uterina simultánea*, en la cual la operación cesárea fué ejecutada estando la madre ya muerta, y no menos digno de

atención, decía Murillo en su comunicación, era el extraño fenómeno de ser el feto que se alojaba en el abdomen, el que alcanzara a vivir casi una hora; mientras que el que era expulsado por las vías naturales, llegaba al mundo hecho ya un cadáver. *Este es el extraño caso en que, por primera vez en Chile, se ejecutaba una laparatomía por embarazo extra-uterino.*

Gregorio Amunátegui menciona en su tesis, además del caso observado por el profesor Murillo en la Maternidad, dos preñeces extrauterinas que se habían presentado en el año 1890 en la clínica del profesor Moericke, y un cuarto caso que estudia detenidamente. Se trataba de una mujer que presentaba un embarazo extrauterino casi de término, que fué operada en Diciembre de 1890, por el profesor San Cristóbal, en el Hospital de San Borja. El feto que se extrajo, estaba perfectamente desarrollado y no presentaba ningún vicio de conformación; pesaba 3.000 gramos y vivió durante algunas semanas. La madre murió once días después de la operación, a consecuencia de una enfermedad intercurrente, una neumonía doble. Gregorio Amunátegui estudia en seguida, el tratamiento de las preñeces extrauterinas en todos los períodos de su evolución, y llega a la conclusión de que en todos ellos y en todas sus variedades, *la preñez ectópica debe ser objeto de una operación tan precoz como sea posible.*

En una comunicación al Congreso Panamericano del año 1893, Adolfo Murillo se refiere, en especial, a los abortos tubarios. Como los obstétricos y ginecólogos estaban muy distantes de ponerse de acuerdo sobre el mejor tratamiento, el autor juzga que el conocimiento de dos casos más, allegados a la historia de esta extraña complicación, habían de tener su utilidad, sobre todo porque estos casos se presentaban con algunos caracteres de comunidad. En ambos el diagnóstico no pudo establecerse sino después de la ruptura del quiste, en ambos hubo profunda postración y perturbación de las fuerzas, síncopes repetidos, lo que, según Murillo, "hubiera hecho imposible toda tentativa " de intervención gastrotómica. A la sideración profundísima conse- " cutiva a una abundante hemorragia, no habría sido cuerdo agre- " garle el shoc de una laparatomía interventora". En ambos casos hubo la formación de un gran hematocele, que evolucionaron con toda felicidad.

No se desprende claramente de la literatura, quién y cuándo se operó por primera vez entre nosotros, un embarazo ectópico complicado de aborto tubario o ruptura de la trompa. Al igual de lo que había

sucedido en Europa, sólo con algunos años de retraso, a medida que los medios de investigación en materia de diagnóstico iban perfeccionándose, por lo que a la obstetricia y ginecología respecta, las preñeces ectópicas iban siendo más conocidas y aumentaba rápidamente el número de las observaciones. En una discusión habida en la Sociedad Médica en Octubre de 1902, el doctor Otto Aichel manifiesta que tiene a la mano un trabajo hecho por el profesor Moericke, en que el autor decía que en 15.000 enfermas, todas observadas en Chile, sólo encontró dos casos de embarazos extrauterinos y sólo un caso de hematocele. "Moericke", —dice el facultativo mencionado— "era un médico inteli- " gente, y si no ha encontrado más, ha sido porque en su época no los " diagnosticaban". Lucas Sierra refiere, en una sesión de 1897, que últimamente había operado, en su servicio del Hospital de San Borja, a una enferma que presentaba un embarazo tubario no complicado, en que extrajo el feto y sus cubiertas, y la curación fué completa al cabo de poco tiempo.

Al año siguiente, en 1898, vuelve a presentar, a una de las sesiones de la Sociedad Médica, la observación de una mujer operada a causa de un gran hematocele, en que aparentemente se trataba de un embarazo tubario doble. En 1902, presenta nuevamente una observación y manifiesta que, hasta entonces, había tenido ocasión de intervenir en seis casos de embarazo extra-uterino. En la misma sesión, el doctor Gmo. Anwandter, de la clínica del profesor Koerner, presenta tres piezas anatómicas, correspondientes a otros tantos embarazos tubarios, diagnosticados todos antes de la intervención. Las tres enfermas sanaron. En la clínica ginecológica del profesor Koerner, habían sido operados varios casos desde 1892, casi todos ellos correspondientes a embarazos abdominales avanzados. Algunos de estos casos más interesantes, fueron comunicados a la Sociedad Médica, por el doctor Ramón Zegers. De la memoria anual de la clínica obstétrica del profesor Murillo, de los años 1898-99, se desprende que entre varios centenares de complicaciones en los partos, figura nada más que un solo caso de embarazo tubario, en cada uno de estos dos años.

En su tesis de licenciado del año 1897, *"Consideraciones sobre los trabajos efectuados en la Clínica Ginecológica, desde el 1.° de Junio de 1896 al 1.° de Junio de 1897"*, Selim Concha Poblete estudia 148 operaciones ejecutadas en este lapso, la mayoría de ellas por el profesor Marcial González, entonces a cargo de la Clínica, entre las cuales no figura una sola intervención por embarazo extrauterino. Pero a pesar

de la relativa rareza de la afección que nos ocupa, había ya mucho interés por ella, se había convertido en una cuestión de gran actualidad. En los debates de la Sociedad Médica de aquellos años, cirujanos, ginecólogos y obstétricos, discuten y defienden sus puntos de vista, y surgen, naturalmente, las divergencias de opiniones. En 1897, don Alcibíades Vicencio fué autorizado como profesor extraordinario de obstetricia, después de un brillante examen. Su prueba oral versó sobre este tema tan de actualidad, los embarazos extrauterinos. Desde principios del siglo, se observa un constante aumento en su frecuencia.

En 1903, aparece una segunda memoria de prueba, casi 10 años después de la de Gregorio Amunátegui, que trata sobre el mismo tema, "*El embarazo ectópico.*" Su autor, Arístides González Campos, se basa en el estudio de nueve casos observados en su mayor parte en la Clínica Ginecológica del profesor Víctor Koerner. Se había dado, en los últimos años, gran importancia al estudio de la anatomía patológica de la afección, sobre la cual ya existían nociones más o menos claras. El diagnóstico presentaba, sin embargo, todavía grandes dificultades; no se interpretaban aún en buena forma los signos, a veces tan característicos, del embarazo extrauterino, y en cuanto al tratamiento, recién empezaba a exigirse la intervención inmediata. Muchos autores europeos eran, todavía, partidarios de una conducta de expectación. Los nueve casos que sirvieron de base para la tesis de Arístides González, habían sido operados todos en los años 1902 y 1903, por Koerner, su jefe de clínica, Guillermo Anwandter y su ayudante Enrique Arancibia; en todos ellos se trataba de abortos tubarios o de ruptura de la trompa grávida, con formación de hematoceles más o menos extensos, pero todas las enfermas sanaron. Indudablemente, se había dado un gran paso hacia adelante, en el tratamiento de esta gravísima complicación del embarazo.

Desde principios del siglo hasta nuestros días, el embarazo extrauterino ha sido objeto de numerosas tesis de licenciado y de trabajos de conjunto, que demuestran que nunca ha faltado el interés por esta curiosa e interesante anomalía de la gestación. En 1908, Eugenio Stohmann Núñez, estudia en su memoria, el mecanismo de ruptura de la trompa gravídica y las diversas modalidades de la afección, muchas de las cuales, hasta hace poco, habían sido redondamente negadas por prestigiosos clínicos. En 1912, José Santos González, se basa ya en su estudio sobre 21 observaciones de enfermas operadas por Koerner, Anwandter, Zegers, Arancibia, Carlos Gutiérrez y Pardo

Correa. En sus conclusiones, el autor manifiesta que, contrariamente a lo que hasta no hace muchos años se creía, los embarazos extrauterinos son muy frecuentes; pero su diagnóstico difícil, y su tratamiento exclusivamente quirúrgico. Entre 1902 y 1912, Ramón Zegers había operado 35 casos, Carlos Gutiérrez, 15 y Caupolicán Pardo, 51. Son estas cifras, que demuestran claramente el enorme y rápido aumento de la afección. Según Alvaro Covarrubias, en 1916, en los servicios del profesor Lucas Sierra, en los Hospitales del Salvador y de San Borja, cerca del 8% de las laparatomías ginecológicas, eran por embarazo extra-uterino.

Una tesis del año 1921, permite formarnos una buena idea de conjunto sobre la frecuencia del embarazo extrauterino, entre nosotros, en las dos primeras décadas del siglo actual. Se basa su autor, Mario García Domínguez, en la estadística de la Clínica Ginecológica del Profesor Koerner del Hospital San Vicente, (1900 a 1920), y del Servicio de Ginecología del doctor Enrique Arancibia del Hospital del Salvador, (1910 a 1920). El número total de embarazos ectópicos operados en este lapso, alcanzaba ya a 234. En casi 98% se trataba de embarazos tubarios, y sólo en un poco más del 2%, lo que corresponde a cinco casos, se trataba de embarazos abdominales. Interesante es hacer notar que en esta estadística de García Domínguez, figura un solo embarazo tubario doble, y que más o menos un 40% presentaba un anexitis del lado opuesto, lo que, según el autor, prueba de una manera palpable que son los procesos inflamatorios de las trompas, una de las causas etiológicas más frecuentes de los embarazos extrauterinos. Las estadísticas del autor, demuestran claramente que, en los años que ellas comprenden, no sólo hubo un aumento lento absoluto en el número de embarazos ectópicos, sino también relativo con respecto al total de enfermas tratadas. Este fenómeno no sólo se observa en los servicios quirúrgicos de la Capital, Münnich y Reccius, en una publicación del año 1933, manifiestan que, desde Enero de 1928 hasta fines de 1932, es decir, en el curso de cinco años, fueron operadas en el Servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital de San Agustín de Valparaíso, 221 enfermas por embarazo ectópico, lo que corresponde a un 3,5% del número total de operaciones efectuadas en el mismo tiempo, y a un 7% de las operaciones ginecológicas. Este enorme porcentaje es superior al que señalan la mayoría de las clínicas europeas, (3 a 5% de las operaciones ginecológicas), a pesar de que en todas ellas se había notado un notable aumento de los embarazos extrauterinos, en los años

que siguieron a la primera guerra, junto a un aumento de las afecciones inflamatorias de los órganos genitales, (Go., abortos criminales con su infección consecutiva, métodos para evitar la concepción, etc.); lo que habla en favor del gran rol que juegan éstas en la patogenia de aquéllas.

Otra estadística muy interesante, entre muchas otras, y que demuestra la gran frecuencia del embarazo ectópico en Chile, aparece consignada en la tesis de prueba de Eduardo Contreras T., del año 1938, y en la comunicación de Aníbal Rodríguez Velasco, publicada en la Revista Médica de 1942. Sirve de base a estos trabajos, la revisión estadística de 900 observaciones de embarazo ectópico, operados sucesivamente en un período de 10 años, en la Asistencia Pública de Santiago. En todas ellas se trata de complicaciones de la afección, en enfermas que recurren a un servicio de urgencia, por un cuadro abdominal más o menos agudo o alarmante. Sobre un total de 7.500 laparatomías, se habían operado 868 tubarios, es decir, de cada nueve laparatomías, una había sido por embarazo ectópico. Por cada tres tubarios, se había intervenido en un cuadro ginecológico agudo de otra naturaleza, y la relación entre los raspados uterinos por aborto común y las intervenciones por tubario, había sido de 4 a 1.

Leyendo estas cifras, nadie podrá negar que al lado del aumento relativo del embarazo ectópico, debido al perfeccionamiento de nuestros medios de investigación, ha existido, también, un constante y progresivo aumento real, en los últimos decenios, cuya explicación la hemos dado más arriba. En muchos de los trabajos mencionados o consignados en la bibliografía, encontramos descritas observaciones sobre recidivas de embarazos ectópicos, bastante frecuentes entre nosotros, de embarazos múltiples, ya sea tubarios bilaterales o, lo que parece ser más frecuente, intra y extra-uterinos a la vez.

Hemos visto que el aborto tubario y la ruptura de la trompa grávida, fueron reconocidas, desde Lawson Tait, como causa casi única de las hemorragias intra-peritoneales de origen genital en la mujer. Después de haber desconocido completamente, la noción del papel preponderante que ellas desempeñan en la génesis del hematocele, viene una época en que se niega toda importancia a otras causas etiológicas, que en realidad están muy lejos ser de tan despreciables. Nos referimos a las hemorragias de origen ovárico, señaladas ya por Nelaton, a mediados del siglo pasado, que pueden tener su origen en la *ruptura de un folículo de Graaf*, del *cuerpo amarillo* o de un *quiste*

hemático del ovario. Como lo han demostrado numerosas observaciones, son capaces de producir un gran hemoperitoneo y la anemia aguda consiguiente, aunque ordinariamente la hemorragia es discreta y el hematocele nunca alcanza a grandes proporciones. Hemorragias intraperitoneales de esta naturaleza, también han sido observadas y publicadas entre nosotros, (Pedro García V., F. Rayo, A. Bravo y otros).

BIBLIOGRAFIA

Aguayo, E. Contribución al estudio del embarazo tubárico. Tesis, 1925.—Amunátegui Solar, Gregorio. Contribución al estudio del embarazo extrauterino. Memoria de prueba. Rev. Méd. 1892.—Anwandter, Guillermo. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1899.—Arnao, Federico. Ensayo sobre el estudio de quistes hemáticos. Memoria de prueba. Anales de la Universidad, 1877.—Avilés, Manuel. Embarazo abdominal de término. Bol. Soc. Chil. de Obs. y Ginec. 1942.—Cádiz, Mamerto. Sobre embarazo extra-uterino. Extracto de una sesión de la Sociedad Médica de Berlín. Progreso Médico, 1892.—Cerda, Enzo. La reinfusión y el embarazo tubárico roto. Tesis, 1938. Contreras Trabucco, Eduardo. Contribución al estudio del embarazo ectópico. Tesis, 1932.—Contreras, Eduardo. Contribución al estudio del embarazo ectópico. Tesis, 1938.—Covarrubias, Alvaro. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1916.—De Ramon, Eduardo. Hematocele pelviano. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1932.—Doren, Carlos. Embarazo extra-uterino. Bol. Soc. Cir. 1924.—Estévez, R. Rencoret, O. Embarazo en cuerno uterino rudimentario roto. Bol. Soc. Cir. 1928.—García Domínguez, M. Contribución al estudio de los embarazos extra-uterinos. Tesis, 1921.—García Valenzuela, P. Embarazo tubario roto. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1934.—García W., Pedro. Hemorragia intra-peritoneal y anemia aguda por rotura de un cuerpo amarillo. Revista de la Soc. de Cir. de Hosp. 1922.—Gazitúa, Víctor. Dos casos de embarazo ectópico intraligamentarios de término. Bol. Soc. Obs. y Ginec, 1937.—Gomez Zuazo, Mafalda. El embarazo ectópico roto. Tesis, 1945.—González C., Arístides. Embarazos ectópicos. Tesis, 1903.—González, Eleanira. Embarazo extra-uterino. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1932.—Greene, Ernesto. Embarazo extra-uterino. Bol. Soc. Cir. 1925.—Greene, Ernesto. Embarazo extrauterino abdominal. Bol. Soc. Cir. 1933.—Guzmán, Leonardo. Embarazo extrauterino. Bol. Soc. Cir. 1926.—Hoffmann, Germán. Hematocele pelviano. Tesis, 1927.—Ilabaca, Luis. Embarazo cruzado. Bol. Soc Cir. 1933.—Inostroza, Agustín. Embarazo angular. Bol. Soc. Cir. 1925.—Koerner, Víctor. Revista de la clínica ginecológica. Rev. Méd. 1892.—Koerner, Víctor. Algunas observaciones sobre embarazo extra-uterino. Progreso Médico, 1899.—Lavín, Prado, R. Quiste del ovario y embarazo tùbario. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1935.—Lavín Prado, R. Embarazo angular de 4 meses. Bol. Soc. Obs. y Ginec. 1935.—Lizana, Leoncio. Embarazo angular. Bol. Soc. Obs. y Ginec. 1942.—Massa, Miguel. Embarazo ectópico. Bol. Soc. Obs. y Ginec. 1935.—Moncke-

BERG, CARLOS. Un caso de embarazo secundario de término. Rev. Méd. 1922.—MONCKEBERG, CARLOS. Problemas de clínica obstétrica. 1932.—MONETTA, OLGA. Embarazo tubario de 4½ meses. Bol. Soc. Obs. y Ginec. 1936.—MUNNICH, G. RECCIUS, A. Temas de cirugía, 1933.—MURILLO, ADOLFO. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1885.—MURILLO, ADOLFO. Los abortos tubarios. Comunicación al Congreso Panamericano de 1893. Rev. Méd. 1893.—MURILLO, ADOLFO. Preñez extra-uterina complicada. Un caso de preñez simultánea intra y extra-uterina. Rev. Méd. 1894.—PARDO C., CAUPOLICÁN. Memoria anual de la clínica obstétrica. Rev. Méd. 1900.—RAYO RIQUELME, F. Embarazo extra-uterino. Bol Soc. Cir. 1925.—REYES, HUMBERTO. La autotransfusión en el embarazo ectópico roto. Rev. Méd. 1942.—RODRÍGUEZ VELASCO, A. Sobre 5 observaciones de embarazo ectópico. Bol. Soc. Obs. y Ginec. 1936.—RODRÍGUEZ VELASCO, ANÍBAL. Consideraciones sobre 20 observaciones de embarazo ectópico. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1938.—RODRÍGUEZ VELASCO, ANÍBAL. Embarazo ectópico. Observaciones clínicas y estadísticas. Rev. Méd. 1942.—SAAVEDRA AGUIRRE, C. Embarazo tubo-abdominal. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1933.—SAAVEDRA AGUIRRE, C. Embarazo intraligamentoso. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1933.—SANTOS GONZÁLEZ, JOSÉ. Contribución al estudio sobre los embarazos extra-uterinos. Tesis, 1912.—SIERRA, LUCAS. Un caso de preñez extra-uterina. Rev. Méd. 1898.—SIERRA, LUCAS. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1899.—SIERRA, LUCAS. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1902.—STOHMANN NÚÑEZ, EUGENIO. Estudio sobre la ruptura de la trompa gravídica y publicación de una nueva causa. Tesis, 1908.—TELLO, MANUEL. Embarazo uterino y extra -uterino simultáneo. Arch. Soc. Cir. Hosp. 1934.—VARGAS MOLINARE, R. Embarazo tubario gemelar. Bol. Soc. Cir. 1930.—VARGAS MOLINARE, R. Cuerno uterino embarazado. Bol. Soc. Cir. 1931.—VICENCIO, EMILIO. La intervención quirúrgica en los embarazos extra-uterinos. Tesis, 1900.—ZEGERS, RAMON. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1893.—ZEGERS, RAMON. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1905.—ZEGERS, RAMON. Tres casos de embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1908.—ZEGERS, RAMON. Embarazo extra-uterino. Rev. Méd. 1909.

CAPITULO XXIII

FIBROMIOMA UTERINO

En los últimos decenios del siglo pasado, el tratamiento de los miomas uterinos, por medio de la *electricidad*, estaba a la orden del día y, aunque las opiniones diferían muchísimo, el método se extendió universalmente, empleándose también durante algunos años entre nosotros. Fué recomendado particularmente en Francia, por Apostoli, quien metodizó su empleo, formulando las reglas de técnica operatoria, haciendo oir su voz, desde su primera comunicación a la Academia de Medicina de París, en 1881, hasta su muerte, en numerosísimas publicaciones y demostraciones. Su modesta clínica de París, fué, durante varios años, entre 1888 y 1892, punto de cita de los más nombrados ginecólogos de Europa y Estados Unidos, que iban a comprobar las excelencias que Apostoli pregonaba en sus publicaciones. El método tuvo sus ardientes defensores, como también sus tenaces detractores. En congresos, revistas y monografías, se discutió el tratamiento de los miomas, por la electrolisis, y resultó de ello un verdadero juicio crítico. Se declararon partidarios de él, ginecólogos de la talla de Spencer Wells, Keith, Mayo Robson, Zweifel, Veit, Olshausen, Rokitansky, Pozzi, Lucas Championniére y muchos otros. Thomas Keith, uno de los precursores de la ginecología en Inglaterra, llegó hasta el extremo de declarar que quién practicara una histerectomía sin haber ensayado previamente la electrolisis, era moralmente un criminal. En el bando contrario, que negaba toda eficacia al "método de Apostoli", figuraban ginecólogos tan respetables como Lawson Tait, Bantock, Baldy, Emmet, Martin, Mackenrodt y otros. Durante años las discusiones fueron tan apasionadas, como lo fueron luego sobre el tratamiento intra o extraperitoneal del pedículo en la histerectomía subtotal, y poco tiempo después, sobre la preferencia entre la histerectomía total o subtotal. Con el transcurso de los años, las apreciaciones

fueron cada vez menos apasionadas, y la mayoría de los ginecólogos alcanzaron a reconocer que algunos casos de miomas, sobre todo intersticiales, se beneficiaban de la electrolisis, obteniéndose efectos paliativos manifiestos. Con los progresos de la técnica quirúrgica, sin embargo, el tratamiento por medio de la electricidad pronto cayó completamente en el olvido.

En Chile, nuestros primeros ginecólogos, igualmente se preocuparon de este tratamiento tan discutido en Europa y Estados Unidos. Moericke, Víctor Koerner, Marcial González y Cornelio Guzmán, estudian el método electrolítico, principalmente el último de ellos, en una publicación del año 1892, en que "desea dejar constancia por " escrito, de la eficacia del tratamiento electrolítico de los tumores " fibrosos del útero", que había sido puesto en práctica por primera vez en Chile, por el autor, Cornelio Guzmán y el doctor Manuel F. Aguirre. Víctor Barros, en 1900, eligió como tema para su memoria de prueba, el "*Tratamiento de los fibromiomas del útero, por la electrolisis*". Pero en los años siguientes al de esta publicación, el método de Apostoli, cayó también, entre nosotros, definitivamente en el olvido.

Otra intervención que hoy día no tiene ya razón de ser, pero que en los últimos decenios del siglo pasado fué aceptada con entusiasmo y practicada por muchos ginecólogos, es la *castración*. Había sido ejecutada por primera vez, casi a un mismo tiempo, por Battey, en Estados Unidos, y por Hegar, en Alemania, en 1872. Ambos ginecólogos la habían recomendado, para aminorar los dolores en las dismenorreas. Sólo en 1876, Trenholme, en Estados Unidos, y Hegar, en Alemania, empezaron a usarla para producir una menopausa artificial, en los casos de miomas uterinos. Fueron los trabajos de Hegar y luego los de Lawson Tait, en Inglaterra, los que popularizaron la extirpación de los ovarios y la pusieron en práctica en gran número de casos. Como las intervenciones más radicales eran todavía sumamente graves, se comprende fácilmente el entusiasmo con que la castración fué aceptada en todos los países. En Francia son los trabajos de Duplay, Tissier y Segond, los que la recomiendan especialmente, insistiendo en que debe dársele, en todo caso, la preferencia a las histerectomías. Lawson Tait la había ejecutado nada menos que 262 veces, hasta 1889, con solo tres muertes; pero con los rápidos avances que la cirugía abdominal experimentaba en aquellos años, la castración iba perdiendo terreno hasta caer completamente en el abandono. Las estadísticas

empezaban a demostrar que, en una alta frecuencia, la castración fallaba en sus efectos, que las hemorragias continuaban y que el mioma no se atrofiaba. Como operación paliativa, decía un ginecólogo de fines del siglo, es demasiado grave e ineficaz, y como operación conservadora es demasiado mutilante, pues destruye por completo la función genital. En Chile, algunos ginecólogos también se ocuparon de la castración en el tratamiento de los miomas, (Roberto Moericke, Víctor Koerner, Marcial González); pero la intervención no alcanzó a ejecutarse en mayor escala, porque cuando la ginecología se iniciaba entre nosotros, los métodos más radicales ofrecían ya grandes seguridades de éxito.

El tratamiento quirúrgico de los miomas uterinos por *vía vaginal*, adquirió también toda su importancia y empezó a desarrollarse, con la introducción de la antisepsia a la cirugía. Las pequeñas operaciones vaginales por miomas pediculados, parecen haber sido practicadas desde hace siglos; pero las intervenciones más grandes, hoy día corrientes y benignas, eran temidas como la misma laparatomía, por sus dificultades técnicas y el gran peligro de la infección del peritoneo. No podemos en nuestra rápida exposición, estudiar las numerosas y variadas operaciones vaginales usadas en el tratamiento de los miomas uterinos; nos referiremos nada más que a las más importantes entre ellas. La *extirpación de los pólipos vaginales*, unidos al útero por un simple pedículo, constituían una operación de técnica sencillísima. Una intervención ya más arriesgada que esta simple miomectomía, era la *sección bilateral del cuello uterino, con ligadura de ambas arterias uterinas*. Esta operación había sido propuesta por Nelaton, para los miomas del segmento inferior, y todavía se usaba a principios del siglo, sobre todo en Alemania, con el nombre de *ligadura atrofiante*, porque se pretendía con ella disminuir el volumen del tumor. Un paso hacia adelante significaba la *enucleación vaginal de los fibromiomas* asequibles por esta vía. Había sido indicada por Velpeau, en Francia, en la primera mitad del siglo pasado; preconizada y realizada luego por Amussat, a mediados del siglo, con tanto entusiasmo que la operación, por muchos años, fué conocida por el nombre de este cirujano. Fué bien acogida por Atlee, en Inglaterra; Emmet, en Estados Unidos; Kuestner y Schroeder, en Alemania. A fines del siglo, era una operación corriente, gracias a los trabajos de Pean, Doyen y Pozzi, en Francia; Landau y Martin, en Alemania.

A pesar de ser, como veremos más adelante, también la escuela francesa, con Pean y Koeberlé, que había establecido las bases científicas de la histerectomía abdominal subtotal, fueron igualmente cirujanos franceses, encabezados por Pean, Segond, Doyen y Richelot, quienes se mostraron decididos partidarios de los métodos vaginales. Las dificultades de efectuar la enucleación, si se trataba de fibromiomas de tamaño considerable, hizo nacer la técnica que estos autores designaron "morcellement", y con la cual obtuvieron resultados muy satisfactorios. Pero el método luego fué llevado a extremos peligrosos y, en vista de los inconvenientes y peligros que a menudo ofrecía su ejecución, los mismos ginecólogos, que en un principio lo defendían con entusiasmo, empezaron a limitar sus indicaciones, aunque todavía, en 1883, Pean aseguraba que el morcellement combinado a la enucleación, permitía la extirpación de tumores del tamaño de un embarazo de término. Con los avances de la cirugía abdominal, sin embargo, el morcellement cayó luego en descrédito y fué casi totalmente abandonado.

La *histerectomía vaginal*, en los casos de grandes prolapsos, había sido practicada desde hace siglos. Siendo descrita ya a principios del siglo pasado, por Langenbeck, y luego su técnica perfeccionada por Sauter, Récamier y otros; posteriormente, por la gravedad de la intervención, fué relegada al olvido. *En nuestra literatura, la extirpación vaginal de la matriz, se menciona por primera vez en la Revista Médica del año 1874/75.* Eulogio Carrasco hace algunas breves apreciaciones a propósito de una ablación del útero, que había practicado, no hacía muchos meses el doctor español Oria. Quedaba establecido con esto, según Carrasco, como ya lo habían demostrado experiencias anteriores, que la vida no es imposible cuando la enferma ha perdido su matriz, por gangrena o por la ablación, aconsejable como último recurso en los casos de inversiones uterinas; "operación menos peli-
" grosa que muchas otras y que está bien lejos de merecer, con justicia,
" los reproches tan absolutos que se han dirigido contra ella". Entre nosotros, la extirpación del útero por vía vaginal, no había sido ejecutada todavía; pero, como hemos visto anteriormente, *al año siguiente, en 1876, Wenceslao Hidalgo, en Concepción, practicaba la primera histerectomía abdominal subtotal.*

La histerectomía vaginal por fibromiomas del útero, fué recomendada y descrita metódicamente, por primera vez, por Kottmann, en Suiza, en 1882. Pean, sin embargo, debe considerarse como el verda-

dero iniciador de ella; también el perfeccionamiento y la vulgarización de la intervención, en los años siguientes, es obra preferentemente francesa. Después de un período de gran auge, en la mayoría de los países europeos, aunque de pocos años de duración, las histerectomías abdominales empezaron a restar contingente a la vía vaginal. Dada la benignidad alcanzada por las primeras, en las intervenciones por fibromiomas uterinos, se comprende el abandono injusto, en muchos sentidos, en que cayó la vía vaginal. No eran excepcionales en aquellos años, las operaciones emprendidas por esta vía, que terminaban por una laparatomía inmediata. Una simple histerectomía abdominal era, en todo caso, menos grave que una histerectomía vaginal muy laboriosa. Con todo, la vía vaginal fué relegada a segundo plano y casi al olvido; pero en los últimos años, tiende nuevamente a resurgir y a ampliar sus indicaciones.

No se desprende claramente del estudio de nuestra literatura, cuando fué ejecutada la primera histerectomía vaginal, entre nosotros. En el capítulo sobre el cáncer uterino, veremos que ya en 1886/87 fueron practicadas las primeras histerectomías vaginales, por Roberto Moericke, en su clínica del Hospital de San Borja, por esta afección. Muy probablemente fué él, también, como primer Profesor de Ginecología que tuvo nuestra Facultad, el primero en ejecutar la histerectomía vaginal por mioma del útero. Si nos desentendemos de las pocas histerectomías abdominales, ejecutadas en Chile en la era preantiséptica, *ambas vías, la vaginal y la abdominal, para el tratamiento quirúrgico del mioma uterino, empezaron a usarse más o menos en una misma época;* pero en los primeros años, después de su introducción a nuestros hospitales de la capital, fué indudablemente, al igual de lo que sucedía en la mayoría de las clínicas europeas, la vía vaginal la preferida. Nos referimos anteriormente, en el capítulo sobre la introducción de la antisepsia en Chile, a una colaboración de Germán Valenzuela Basterrica, aparecida en 1892, en nuestra Revista Médica, que, como lo hemos mencionado, facilita el estudio sobre los progresos realizados por la Cirugía, en los hospitales de Santiago, entre los años 1882, en que había sido introducida la antisepsia, y 1892. "El Hospital de San " Borja, —decía el autor— ha sido el campo donde los doctores " Moericke, Koerner y San Cristóbal, han practicado numerosas " laparatomías, histerectomías, castraciones y, en general, todas las " variadas operaciones de la ginecología moderna". De una corta reseña con la nómina de algunas de las principales operaciones ejecu-

tadas por estos cirujanos, anotamos lo siguiente: Moericke, había ejecutado 14 laparatomías, entre las cuales figuran 10 ovariotomías y ninguna histerectomía; en cambio, había ejecutado ya 11 histerectomías vaginales. Koerner, contaba, entre sus 20 laparatomías, 7 miomectomías con 4 curaciones; había ejecutado ya 18 histerectomías vaginales. San Cristóbal, había practicado una histerectomía abdominal y seis vaginales. A pesar de las muchas desventajas tan conocidas, de la vía vaginal, era ésta todavía la preferida; persistía aún el respeto por la gran serosa. La era antiséptica y aséptica, no había terminado todavía con esa inmensa revolución en la cirugía, que, a los pocos años después, permitía abrir el abdomen, sin riesgo alguno, y abordar los órganos genitales, por vía alta, con mucho mayor amplitud del campo operatorio.

Nos referiremos, finalmente, a una forma de histerectomía vaginal, la *supravaginal* o *histerectomía vaginal* subtotal, descrita por A. Rieck, en Alemania, en 1909. Es un método poco divulgado todavía, a pesar de su técnica sencilla y de sus espléndidos resultados. Entre nosotros fué dado a conocer, por primera vez, por Guillermo Münnich, en su servicio de cirugía del Hospital de San Agustín de Valparaíso, y ejecutado en numerosas ocasiones. Sirvió de motivo para la memoria de prueba de Carlos Morales Cañas, del año 1932. En un trabajo de Romeo Cádiz Oyarzún, del año 1934, el autor refiere 30 casos de histerectomía supravaginal, operados por el método de Rieck, en el servicio mencionado de Valparaíso, sin ninguno fatal, ni complicación grave derivada directamente de la operación. Romeo Cádiz, aboga, porque la técnica sea más conocida por los ginecólogos y aplicada en los casos indicados. En algunas clínicas y centros quirúrgicos, como el Hospital Deformes de Valparaíso, es hoy día una intervención corriente.

La *histerectomía por vía abdominal*, para el tratamiento de los miomas uterinos, es, según la expresión de un ginecólogo de fines del siglo pasado, una hija de la ovariotomía. En realidad, en sus comienzos, la histerectomía no fué ejecutada premeditadamente, sino el producto de un error de diagnóstico. Hemos visto ya, que una de las pocas operaciones abdominales ejecutadas con frecuencia, mucho antes de la introducción de la antisepsia a la práctica quirúrgica, fué la ovariotomía, en los casos de grandes quistes del ovario. Creyendo encontrarse frente a uno de éstos algunos cirujanos habían practicado una laparatomía, para reconocer en seguida su error de diagnóstico.

La mayoría de ellos, se habían limitado a cerrar apresuradamente el vientre, sin tratar de extirpar el mioma o la matriz miomatosa, (Lizars, en Francia; Dieffenbach, en Alemania; Backer-Brown, en Inglaterra); otros en cambio, lo habían intentado, con resultados ordinariamente funestos. *También entre nosotros, como ya lo hemos mencionado en el capítulo sobre la ovariotomía, la primera histerectomía fué ejecutada por error de diagnóstico, pero con éxito. Corresponde a Wenceslao Hidalgo, de la ciudad de Concepción, el honor de haber sido el primero en Chile, en practicar la histerotomía, como llama a la operación, el 28 de Agosto de 1876.* La enferma sanó, pero después de una larga convalecencia y de haber permanecido, exactamente, cuatro meses en el hospital de aquella ciudad. En su publicación del año 1878, "Ovariotomía e histerotomía", Wenceslao Hidalgo, vuelve a ocuparse extensamente de este enferma, que se llamaba Julia Saavedra, y que había abandonado el establecimiento, cuando aún la herida no cicatrizaba completamente, por causa de un ano contranatura, producido por la ruptura accidental del intestino, durante la intervención. "Dar a conocer el " resultado final de la operación, —dice el autor— parece necesario " no sólo por el interés que debe tener la ciencia, sino también para " combatir la oposición tenaz y sistemática que algunos tienen " contra la extracción de los tumores o quistes de los ovarios y del " útero, y a la vez para desvanecer las dudas de otros, que creen que " las operadas pueden morir siempre o que si viven, su vida es llena " de sufrimientos, ya por causa de la herida o por las condiciones de " salud general. Julia Saavedra, lejos de haber fallecido o hallarse " sometida a los padecimientos de alguna afección causada por la " operación, ha obtenido su curación radical"

La primera histerectomía abdominal hecha con propósito deliberado, por un fibromioma, es debida a Kimball, Massachusett, Estados Unidos, en 1853. El segundo en ejecutarla, fué el célebre cirujano de Estrasburgo, Koeberlé, quien, junto con Spencer Wells y Pean, habían cultivado en Europa, mucho antes de la era antiséptica, la cirugía abdominal. Esta segunda histerectomía, fué ejecutada en 1863, y la publicación de este caso, llamó profundamente la atención en todas las clínicas europeas y americanas, no sólo por el éxito obtenido, sino también por la elección del método operatorio. Koeberlé había usado un *asa metálica para la ligadura del pedículo*, lo que significaba un gran progreso sobre las ligaduras en masa, con hilo, que hasta entonces habían sido usadas con grave peligro para las operadas, por las

frecuentes hemorragias post-operatorias. El cirujano de Estrasburgo apenas había dado a conocer su procedimiento, cuando otro cirujano francés, Pean, que se había demostrado también como un decidido partidario de los métodos vaginales, empezó a usar con éxito, cada vez mayor, la misma vía abdominal, y esto en la capital de Francia, que en aquellos años era considerada como un lugar muy poco propenso para las grandes operaciones abdominales, y donde la misma ovariotomía, que Spencer Wells y otros habían ejecutado ya centenares de veces, se consideraba todavía como una intervención demasiado peligrosa. Pean, en 1870, presentó una de sus enfermas a la Academia de Medicina de París, (que aún algunos años después, condenaba formalmente la histerectomía abdominal); y en 1873, publicó su importante trabajo, en que expone sus resultados y su técnica operatoria. *Corresponde, pues, a dos cirujanos franceses, Koeberlé y Pean, el honor de haber establecido las bases científicas de la histerectomía abdominal, que hoy día llamamos subtotal*, y cuyo primer paso hacia su perfección, está representado por la adopción, en aquella época, de los medios metálicos de compresión del pedículo. El segundo paso en su progreso, se dió con la introducción a la práctica quirúrgica, de la antisepsia, y algunos años después, la asepsia. Pero habían de transcurrir muchos años todavía, y la técnica debía forzosamente sufrir grandes modificaciones, antes de adoptarse definitivamente la histerectomía subtotal, en su forma en que actualmente se ejecuta. Muchos años duraron las discusiones sobre el tratamiento intra o extra-peritoneal del pedículo; la introducción de la castración, apoyada sobre todo por las escuelas de Hegar, en Alemania, y Lawson Tait, en Inglaterra, las discusiones sobre la preferencia entre la histerectomía subtotal o total, fueron todos grandes escollos que tuvieron que ser vencidos.

El método *extra-peritoneal*, tal como había sido recomendado por Pean y Koeberlé, presentaba grandes desventajas. Daba lugar a convalecencias muy prolongadas, predisponía a las hernias abdominales, por las grandes e irregulares cicatrices que ocasionaba. No eran raras las fístulas cérvico-abdominales, en el punto en que se fijaba el cuello uterino a la pared abdominal, mediante largas agujas que lo atravesaban para evitar su retracción hacia la cavidad peritoneal. En 1881, Schroeder, en Alemania, dió a conocer su método de *tratamiento intraperitoneal del pedículo*, que al principio no dió muy buenos resultados, pero que no tardó en rehabilitarse, con el perfeccionamiento

de la técnica operatoria y la introducción de la asepsia. *A los pocos años, el pleito entre el tratamiento intra-peritoneal y el extra-peritoneal del pedículo, había terminado y pertenecía a la historia.* Longuet, en Francia, había dado a esta "miotomía uterina" de Schroeder, el nombre de "histerectomía subtotal", que después de un período de tanteo y perfeccionamiento, fué aceptada por muchos ginecólogos europeos y norteamericanos. Pero durante muchos años, seguía reinando cierta indecisión, a pesar de que el tratamiento extra-peritoneal del pedículo, iba perdiendo rápidamente terreno. El método intra-peritoneal, presentaba también sus desventajas; si no era ejecutado con prolijidad, predisponía a hemorragias secundarias y a infecciones post-operatorias que tomaban su origen en el pedículo. Ambos procedimientos arrojaban una mortalidad no despreciable, por lo cual, no pocos ginecólogos seguían siendo fieles a la simple castración. La cuestión fué resuelta por Martin, en Alemania, en 1889, recomendando la *histerectomía total;* suprimía, en esta forma, el pedículo, que durante cuatro lustros había dado lugar a tantas discusiones. El método de Martin, consistía en ligar de arriba abajo los ligamentos anchos, en porciones sucesivas, hasta llegar a la vagina, extirpando todo el órgano. En 1891, Doyen ideó su método, uno de los más sencillos; a su vez, en Estados Unidos, iba evolucionando el método americano, el procedimiento de Kelly, que también liga un ligamento ancho de arriba abajo, bascula en seguida el útero y liga el otro de abajo arriba. Ninguna de estas innovaciones presentaban, sin embargo, un principio nuevo. Existía ahora dos procedimientos de histerectomía: el *subtotal* y el *total*, que en Estados Unidos se llamaban, respectivamente: *histero-miomectomía* y *pan-histerectomía*. Estos procedimientos sufrieron, posteriormente, una serie de innovaciones y pequeñas alteraciones y son muchos los ginecólogos cuyos nombres están ligados al perfeccionamiento de ambos métodos.

También en Chile las primeras histerectomías abdominales fueron subtotales, y habían sido ejecutadas ya algunas veces por Roberto Moericke, Víctor Koerner y San Cristóbal, antes de 1886, año en que se creó la cátedra especial de ginecología en nuestra Facultad. No es de extrañar que, anteriormente a esta fecha, sea reducidísimo el número de publicaciones nacionales que tengan atingencia con esta rama de la cirugía abdominal. *La extirpación total del útero por laparatomía que había sido introducida por Martin a la ginecología, en 1889, en vista de*

los inconvenientes de la amputación supravaginal, fué puesta en práctica, entre nosotros, por primera vez, en 1896, por Marcial González, que interinamente se hallaba a cargo de la Clínica Ginecológica del Hospital de San Vicente, por ausencia de Víctor Koerner. En dos comunicaciones a la Facultad, de los años 1896 y 1898, este ginecólogo, uno de los más distinguidos en aquellos años, expone los brillantes resultados que había obtenido con la histerectomía total por miomas del útero. Dice el autor, en su primera comunicación, "que a priori había " considerado esta operación como muy racional y muy lógica, digna " de ensayarse, si se toman en cuenta las graves desventajas que " ofrecían los otros procedimientos conocidos", y que también entre nosotros habían dado resultado muy mediocres. *La primera operación se ejecutó en Junio de 1896, y la enferma sanó,* a pesar de que durante la intervención, hubo frecuentes hemorragias, y al desprender la vejiga del útero, se perforó aquélla. La *segunda* intervención, ejecutada en Agosto del mismo año, fué muy sencilla con relación a la primera; pero la operación se empezó aquí por la vagina, desprendiendo lo más alto posible la vejiga del útero y ligando en parte los parametrios. Se simplificó en esta forma, considerablemente, la extirpación de la matriz por vía abdominal. En su segunda comunicación, Marcial González se permite mostrar a la Facultad, 10 grandes tumores uterinos que había extirpado desde Junio de 1896 hasta Abril de 1897. De estos diez casos sólo habían sucumbido dos, los demás sanaron sin inconvenientes. Marcial González compara los resultados de la escuela alemana, que él sigue, con los de la escuela francesa, encabezada por Pean, Segond y Doyen, que todavía recomendaban la histerectomía vaginal con morcellement, en tumores que no extralimitan la línea del ombligo, y se muestra ampliamente partidario de la primera. *Recuerda que entre nosotros, hasta entonces había sido usada, casi exclusivamente, la amputación supravaginal con tratamiento intraperitoneal del pedículo.*

La cuestión tan debatida, durante varios lustros, del pedículo externo o interno, había quedado substituída por la histerectomía abdominal total o subtotal. La primera, como hemos visto, pertenece a Schroeder, la segunda a Martin, porque ambos, aunque no habían sido los primeros en ejecutarla, habían dado su técnica completa tan bien estudiada, que apenas hubo necesidad, posteriormente, de cambiarla en pequeños detalles y habían apoyado sus procedimientos en numerosos casos. *También el problema de la histerectomía total o subtotal, dió lugar a muchísimas polémicas y controversias;* con ambos

procedimientos, los resultados iban siendo cada vez mejores; pero, finalmente, la amputación supravaginal fué aceptada como el método más lógico y más racional, desde el momento en que el tratamiento del muñón dejaba de ser un problema difícil. A través de las estadísticas, empezaban a traslucir las bondades de la amputación supravaginal, como también su menor mortalidad. Desde principios de nuestro siglo, la histerectomía abdominal, total, iba perdiendo rápidamente terreno. Se comprende también que, con los brillantes resultados que proporcionaba la vía abdominal, iba cayendo en el olvido la vía vaginal, y sólo en los últimos decenios, muchos ginecólogos han levantado nuevamente su voz, en defensa de esta vía tan injustamente olvidada, que en ciertos casos presenta ventajas innegables y conserva indicaciones bien precisas.

Con todo, corresponde a Marcial González, el honor de haber sido el primero, entre nosotros, de haber recomendado y ejecutado la histerectomía abdominal total en los miomas del útero. Todavía en 1900, en una comunicación extensa, aboga por ella, basado en una serie no interrumpida de 22 histerectomías totales sin un solo caso de muerte.

En el Congreso Médico Latino-Americano del año 1901, el profesor de ginecología, Víctor Koerner, disertó sobre los dos temas: *"Tratamiento de los miomas uterinos"* e *"Histerectomías y sus indicaciones"*. Los extensos trabajos fueron comentados en un debate, en el cual tomaron parte los ginecólogos y cirujanos más destacados de aquellos años: Marcial González, Alcibíades Vicencio, Carlos Gutiérrez, David Benavente y Manuel Barros Borgoño. Todos ellos habían ejecutado ya numerosas histerectomías, operación que ya había adquirido definitivamente su Carta de Ciudadanía, entre nosotros. Como sucedió con tantas otras intervenciones abdominales, en esta época en que la cirugía hacía tan rápidos progresos, las indicaciones de la histerectomía también se establecían, con frecuencia, con mucha ligereza. Contra esto, protesta Víctor Koerner, en 1905, a pesar de que la mortalidad por las histerectomías había ido disminuyendo lentamente, consecuencia de los mejores métodos operatorios y la mayor seguridad en las medidas de antisepsia y asepsia. En la Clínica Ginecológica del Hospital San Vicente, habían sido operadas 153 enfermas por miomas uterino, entre los años 1898 y 1905, y habían muerto 13 a consecuencia de la operación, es decir, más o menos un 8%, resultado que podía considerarse muy favorable y que no difería sensiblemente del obtenido en las clínicas europeas. *¡Pero era una muerte entre cada doce operadas!.*

"Esto debe inducir al médico, — decía Koerner — a no resolverse, " con el corazón ligero, a aconsejarle a una enferma de mioma, " someterse a una operación que todavía exige tantas víctimas". Lucas Sierra, en su publicación del año 1906: "*Mil operaciones de ginecología en mi servicio del Hospital de San Borja*", del cual se había hecho cargo en 1897, decía que había practicado la histerectomía abdominal supra-vaginal, ya 38 veces, con una mortalidad de 13%.

Desde aquellos años, en que aparecieron entre nosotros estas primeras publicaciones, hasta nuestros días, el tratamiento de los fibromiomas del útero, ha sido un tema que nunca ha perdido su actualidad. Numerosísimas publicaciones y varias tesis de prueba, las más importantes de ellas consignadas en nuestra bibliografía, son testigos de ello. Ha sido elegido como una de las relaciones oficiales en varios congresos. Así, al Tercer Congreso Argentino de Cirugía del año 1931, nuestra Clínica Ginecológica Universitaria, dirigida entonces por el profesor Caupolicán Pardo Correa, envió un trabajo cuyos autores, Juan Wood y Héctor Cruz, hacían algunas consideraciones sobre 334 casos tratados en ella durante 10 años, entre 1921 y 1931. En el Primer Congreso Chileno y Americano de Cirugía, auspiciado por la Sociedad de Cirujanos de Hospital, del año 1939, fué, nuevamente, uno de los relatos oficiales, y sus relatores, Guillermo Münnich y Romeo Cádiz, de Valparaíso. El tratamiento radioterápico no ha podido entrar a la práctica corriente, entre nosotros, por la gran escasez de las instalaciones necesarias. La mayoría de los ginecólogos, no se muestran tampoco muy partidarios de él, y creen que sólo tiene una aplicación limitada, ya que su éxito parece descansar únicamente en la supresión de la función ovárica.

Debemos mencionar, finalmente, en el tratamiento de los miomas uterinos, un procedimiento operatorio nacido en los últimos años, como consecuencia del mejor conocimiento de la fisiología ginecológica, especialmente ovárica y de la compleja inter-relación glandular. Gran importancia se ha dado, en este sentido, a la *sinergia funcional endometrio-ovárica* y a los trastornos que aparecen cuando un acto quirúrgico, como la histerectomía, la interrumpe, al suprimir uno de los órganos que intervienen en su producción. El Profesor Carlos Cirio, de la escuela argentina, ha descrito un método de exéresis uterina con la cual persigue la conservación del tejido endometrial que mantenga la sinergia mencionada. En 1939, comunicó su procedimiento,

que llama *miometrectomía*, a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Argentina. Este consiste, en su esencia, en la extirpación de la mayor parte del tejido miometrial, dejando sólo una delgada capa externa subserosa y la porción de mucosa uterina que se estime necesaria, respetando así la sinergia funcional endometrio-ovárica. Entre nosotros, la miometrectomía ha sido practicada y recomendada por Romeo Cádiz Oyarzún y Raúl Garrido, quienes tuvieron ocasión de verla practicar a Cirio, en Buenos Aires, y, convencidos de sus ventajas y bondades, encomendaron a Francisco Ugalde, para exponer, en su tesis de prueba del año 1944, los resultados obtenidos. Según estos ginecólogos de Valparaíso, la miometrectomía de Cirio, es un procedimiento que debe conocerse y practicarse en los casos indicados, porque es el único que persigue la conservación funcional, conveniente en la mujer joven.

BIBLIOGRAFIA

ALLAMAND, JUAN. La histerectomía sub-total en el tratamiento de los fibromiomas. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cirugía, 1939.—ANWANDTER, GUILLERMO. Histerectomía abdominal total. Rev. Méd. 1898.—ANWANDTER, GUILLERMO. Tratamiento de los miomas y cánceres uterinos, por los Rayos X y mesotorio. Rev. Méd. 1913.—ANWANDTER, KLAUS. Sobre fibromatosis y aborto. Bol. de la Clín. Obst. 1933-34.—AVILES, MANUEL. De la histerectomía en obstetricia. Tesis, 1939.—BARROS BESA, VÍCTOR. Tratamiento de los fibromiomas por la electrolisis. Tesis, 1899.—CÁDIZ OYARZÚN, ROMEO. Histerectomía supravaginal de Rieck. Med. Mod. 1934.—CÁDIZ OYARZÚN, ROMEO. El factor endocrino en el tratamiento quirúrgico de los miomas uterinos. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cirug. 1939.—CARRASCO, EULOGIO. Extirpación del útero. Rev. Méd. 1874-75. CONCHA POBLETE, SELÍN. Trabajos efectuados en la clínica ginecológica. Rev. Méd. 1892.—COSTA PRUNEDA, A. Miotomía uterina de Schroder. Rev. Méd. 1883-84.—CRUZ, HECTOR. Miomectomías. Algunas consideraciones sobre su nomenclatura. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cirug. 1939.—CRUZ, LEOPOLDO. La cirugía conservadora del ovario, en la histerectomía. Prensa Médica, 1938.—DE RAMON, EDUARDO. Consideraciones sobre la miomectomía. Arch. Soc. Cir. de Hosp. 1933.—DE RAMON, EDUARDO. Tratamiento de los fibromiomas uterinos. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cirug. 1939.—GACITÚA GUZMÁN, VÍCTOR. Consideraciones clínicas sobre fibromiomas y gestación. Bol. de la Clín. Obst. 1927.—GARAVAGNO, CESAR. Fibromiomas y embarazo. Bol. Soc. Obs. y Ginec. 1936.—GONZÁLEZ, MARCIAL. Extirpación total del útero miomatoso. Rev. Méd. 1896.—GONZÁLEZ, MARCIAL. Histerectomía vaginal de los anexos. Rev. Méd. 1897.—GONZÁLEZ, MARCIAL. Tratamiento operatorio de los miomas del útero. Bol. de la Facultad de Med. y Farm. 1898.—GONZÁLEZ, MARCIAL. Tratamiento quirúrgico de los miomas uterinos. Rev. Méd. 1900.—GUZMÁN, CORNELIO. Reflexión sobre el tratamiento de 6 casos de tumores fibrosos.

del útero. Prog. Méd. 1892.—KOERNER, VÍCTOR. Un caso de miomotomía durante el embarazo. Prog. Méd. 1892.—KOERNER, VÍCTOR. Algo sobre fibromiomas. Prog. Méd. 1892.—KOERNER, VÍCTOR. Tratamiento de los miomas uterinos. Congr. Méd. Latino-Americano, 1901.—KOERNER, VÍCTOR. Histerectomía y sus indicaciones. Congr. Méd. Latino-Americano, 1901.—KOERNER, VÍCTOR. Tratamiento médico de los miomas. Rev. Méd 1905.—MARTÍNEZ, MANUEL. Discusión sobre cirugía ginecológica. Bol. Soc. Cir. 1934.—MELO, CARLOS. Los fibromiomas uterinos y su tratamiento por los rayos X. Tesis, 1928.—MORALES CAÑAS, CARLOS. Histerectomía sub-total por vía, vaginal. Tesis, 1932.—MUNNICH, GUILLERMO. Tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cirug. 1939.—PARDO CORREA, CAUPOLICÁN. Memoria anual de la Clínica Obstétrica. Rev. Méd. 1900.—SIERRA, LUCAS. Histerectomía abdominal por miomas del útero. Rev. Extr. Rev. Méd. 1899.—SIERRA, LUCAS. 1,000 operaciones de ginecología en mi servicio del Hospital San Borja. Rev. Méd. 1906.—UGALDE RODRÍGUEZ, FRANCISCO. Aporte al estudio de la miometrectomía de Cirio. Tesis, 1944.—VALENZUELA BASTERRICA, J. Progresos de la cirugía en Santiago. Rev. Méd. 1892.—VALENZUELA, PEDRO. La histerectomía vaginal. Tesis, 1927.—VARGAS SALCEDO, LUIS. 25 años de cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937.—WOOD, JUAN. CRUZ, HECTOR. Tratamiento del fibromioma uterino. Bol. Soc. Cir. 1931.—WOOD, JUAN. PEREZ, CARLOS. Contribución al tratamiento de la miomatosis uterina. 1.er Congr. Chil. y Amer. de Cir. 1939.—ZALAMANCA LATORRE, VÍCTOR. Histerectomía Vaginal. Tesis, 1943.—ZEGERS, RAMON. Fibromiomas. Rev. Méd. 1909.

CAPITULO XXIV

CANCER UTERINO

"Quién sabe si, andando los tiempos, uno de esos raros y misteriosos caprichos de la suerte, a que se debe más de un descubrimiento maravilloso, conduzca a algún sabio al lugar donde la naturaleza, oculta, tal vez, el remedio de este mal".

Nicanor Rojas, 1853.

Desde antiguo se sabía que el pronóstico del cáncer uterino, era siempre el mismo; nada podía esperarse de su evolución espontánea, que determinaba siempre el fin de la enferma. Todos los medios propuestos que hacían concebir alguna esperanza, habían resultado, desgraciadamente, inútiles. Sólo con la intervención quirúrgica se lograba, de vez en cuando, una curación radical; si bien el número de estos casos era reducidísimo y muchos los fracasos que la acompañaban. Los primeros ensayos remontan hasta la Edad Media, aunque entonces no se trataba sino de ablaciones parciales del cuello. También en el siglo pasado, en la era preantiséptica, las "curas radicales", se limitaban a los casos en que la lesión estaba claramente limitada al cuello uterino; consistían en la resección del cuello y en cauterizaciones, cuyo modo de practicarlas había sido perfeccionado por Dupuytren, en Francia. En 1878, Schroeder, en Alemania, propuso la llamada *amputación supravaginal del cuello;* operación reglada que luego se generalizó en muchos países, considerándose por mucho tiempo, por sus partidarios, como superior a la misma histerectomía vaginal. En realidad, durante varios años hubo acaloradas discusiones, sobre a cual de las dos intervenciones debía dársele la preferencia en el tratamiento del cáncer uterino. Pero hacia fines del siglo, la amputación supravaginal fué relegada poco a poco al olvido; *durante años la histerectomía*

total por vía vaginal, constituye el tratamiento por excelencia de los cánceres del útero. No era ella una intervención nueva y aún había sido, en la primera mitad del siglo pasado, una operación que se practicaba con cierta frecuencia. Fué el cirujano alemán Langenbeck, el primero que, por indicación precisa, ejecutó la extirpación vaginal total del útero por cáncer; operación que repitió por tres veces más. Varios operadores imitaron luego su ejemplo: Sauter, de Constanza, en 1822, y Récamier, en Francia, en 1829, pudieron terminar con éxito una histerectomía vaginal. Pero en los años siguientes, los resultados fueron desastrosos, en vista de lo cual la intervención fué condenada con toda decisión, cayendo totalmente en el olvido, hasta que en 1878, Czerny, de Heidelberg, publicó su procedimiento de extirpación vaginal del útero, iniciándose con ello una nueva era en las operaciones de cáncer de este órgano. En el mismo año en que Czerny rehabilitaba el método de Langenbeck - Sauter - Récamier, Freund iniciaba, también, su procedimiento de histerectomía *abdominal* para los cánceres de la matriz, contribuyendo con ello a la marcha de rápido progreso que en aquellos años comenzaba en esta rama de la cirugía abdominal.

Puede decirse que los dos decenios que siguieron al año 1878, en que, casi a un mismo tiempo, Schroeder había propuesto su *amputación supravaginal*, Czerny la *histerectomía vaginal*, y Freund la *histerectomía abdominal*, para el tratamiento del cáncer uterino, se caracterizaron por la lucha que quedó entablada formalmente desde un comienzo. Las tres operaciones indicadas, se vulgarizaron y generalizaron rápidamente, contando cada una de ellas con sus fervientes partidarios. Primeramente se aceptaba, que después de dos años podía considerarse como curada una enferma operada; poco a poco el plazo tuvo que alargarse a tres, cuatro, cinco y más años, y a fines del siglo, empezaba ya a hablarse de *curaciones aparentes* y de *supervivencias prolongadas;* pero, también, había quedado establecido, sin lugar a duda, que existía una *curación definitiva; que no toda enferma que padecía de un cáncer uterino, estaba fatalmente condenada a una muerte horrible a corto plazo.*

Gracias a los progresos alcanzados por la antisepsia y luego la asepsia, y al perfeccionamiento de los métodos quirúrgicos, la ginecología operatoria iba conquistando rápidamente nuevos triunfos. Los resultados en la curación definitiva del cáncer uterino, sin embargo, seguían siendo menos que mediocres. En numerosos trabajos y en muchos países, empezó a prestarse mayor atención al modo de su pro-

pagación. Las publicaciones de Clark, en Estados Unidos; Mackenrodt, Wertheim, Schuchardt, Koening, en Alemania y Austria; Mauclaire, Ricard, Segond, Legue, en Francia, y muchos otros, demostraron que la invasión ganglionar era frecuente y precoz, a veces antes de existir una invasión paramétrica evidente. *La consecuencia de esto fué el abandono de la amputación supravaginal, que a fines del siglo estaba relegada casi totalmente al olvido, y la ampliación de las histerectomías, vaginal y abdominal.*

Czerny había iniciado una nueva era en el tratamiento del cáncer de la matriz, con su extirpación vaginal. Billroth, Schroeder, Schede, en Alemania, habían repetido la operación, y la publicación de sus resultados, contribuyó poderosamente a generalizar la histerectomía vaginal en Europa y Estados Unidos. Poco a poco fueron introduciéndose modificaciones más o menos importantes, con el objeto de ampliar la extirpación de los parametrios, Schuchardt y Staude, idearon sus procedimientos para ensanchar las vías naturales de acceso al útero y la vagina. Con ello se obtuvo una mejoría notable en los resultados definitivos, pero también la vía abdominal iba perfeccionándose rápidamente. El antiguo método de Freund, sufría modificaciones cada vez más radicales, con el objeto de evitar las causas de recidivas. Entre los primeros que aconsejaron a priori la extirpación ganglionar y linfática, en el tratamiento del cáncer del útero, debemos mencionar al cirujano americano Clark. *Wertheim, tiene el mérito de haber introducido un procedimiento típico, que corresponde a las exigencias que, teóricamente, pueden pedirse a una operación radical de extirpación del útero carcinomatoso.* Desde 1898, Wertheim principió a operar por su procedimiento, tratando siempre de obtener una ablación tan extensa como posible del tejido de los parametrios y del aparato linfático de la cavidad pelviana y alrededor de los grandes vasos sanguíneos que la atraviesan. El valor de esta histerectomía ampliada, fué muy discutida, por tratarse de una intervención larga, difícil, en un principio de alta mortalidad y, según muchos, clínicamente ilusoria, en el sentido de la imposibilidad de evitar las recidivas. Pero la operación, de la cual Wertheim se había hecho el más celoso campeón, permitía abordar casos que por vía vaginal se hacían difíciles, aún con las grandes incisiones de Schuchardt, y Wertheim empezaba a operar enfermas que en todas las demás clínicas eran rechazadas como inoperables. A pesar de las más severas objeciones, los resultados obtenidos eran, sin lugar a duda, superiores a todo lo que hasta entonces había sido posible

obtener por vía vaginal. Más adelante, el procedimiento de Wertheim, fué objeto aún de una mayor extensión, en cuanto a la extirpación radical del tejido celular pelviano y de todos los grupos ganglionares. Estas modificaciones introducidas por Mackenrodt y Amann, permitieron asegurar definitivamente la superioridad de la vía abdominal sobre la vaginal. Posteriormente, ya en plena época de la Roentgen y radiumterapia, Latzko y Schiffmann, de Viena, idearon un procedimiento que aun va más allá y que permite realizar el vaciamiento total de la pelvis en medida tal, que difícilmente pueda concebirse algo más radical. En Francia, fueron los iniciadores de esta nueva histerectomía abdominal, preconizada por Wertheim: Ricard, Faure y Delagenier; en Estados Unidos, entre otros, Howard Kelly, el célebre ginecólogo del John Hopkins Hospital de Baltimore.

Con todo, a fines del siglo pasado y principios del actual, la histerectomía vaginal constituía, aún, el tratamiento por excelencia de los cánceres del útero, y contaba más sufragios en su favor que la histerectomía abdominal. Esto, como lo veremos luego, sucedía también entre nosotros.

La primera mención que se hace en nuestra literatura, sobre el cáncer del útero, data de casi 100 años atrás. Nicanor Rojas, posteriormente sucesor de Alfonso Thévenot, en la cátedra de Clínica Quirúrgica, en 1853 presenta a la Facultad de Medicina, su memoria de licenciado: "Afecciones cancerosas y carcinomatosas del útero, en Chile", que mereció el honor de la publicación en los Anales del mismo año. La memoria revela que ya en aquellos años el cáncer uterino era, por su frecuencia y la ineficacia de todos los remedios que se usaban en su curación, un grave problema de nuestra patología nacional. Prácticamente, los médicos abandonaban la enfermedad a sí misma, y daban sólo algunos remedios paliativos, para aliviar los dolores y las incomodidades de la enferma. El autor recomienda, el siguiente método higiénico que debe observar la enferma:

"Tranquilidad espiritual, poco ejercicio corporal, alimentación
" animal sin mezclarle excitantes de ninguna clase, abstinencia del
" coito, de cuando en cuando aplicar sanguijuelas a las partes inme-
" diatas al órgano afectado, para poder evitar que pudieran conducirlo
" más pronto a su desorganización, mantener libre el vientre, evitando
" siempre la irritación del estómago, y por último, también es muy
" útil abrir una fuente en una pierna".

Los únicos medios de curación con los cuales algunas veces se había obtenido buen éxito, eran la cauterización y la excisión del cuello. El autor menciona, también, la extirpación vaginal del útero, que había sido practicada por algunos cirujanos en Europa, "pero el resul-
" tado no ha sido ni siquiera mediocre, pues de veinte mujeres opera-
" das, tres solamente han sobrevivido a la operación, para morir un
" año después; no puede, por lo tanto, proponerse esta operación,
" como medio de curación para esta enfermedad".

"Doloroso es reconocer, —dice, finalmente, Nicanor Rojas— que
" jamás se ha conseguido un resultado medianamente consolador,
" y que hasta ahora la ciencia, haciendo sin embargo esfuerzos cons-
" tantes por extirparlo, lo declare incurable, y se contente con poder
" precaverlo. Quién sabe si andando los tiempos, uno de esos raros y
" misteriosos caprichos de la suerte, a que se debe más de un descu-
" brimiento maravilloso, conduzca a algún sabio al lugar donde la
" naturaleza oculta, tal vez, el remedio de este mal".

La evolución del tratamiento quirúrgico del cáncer uterino, en Chile, en los últimos decenios del siglo pasado, fué, naturalmente, la misma de la de los países más adelantados que el nuestro. Primeramente se empleó la cauterización, pero se conoció pronto que ésta producía solamente un efecto paliativo, ordinariamente muy pasajero. La amputación del cuello, con ayuda del bisturí, la tijera y el asa galvanocáustica, de ordinario no era aplicable, por lo avanzado de la afección, y daba resultados muy pobres. La amputación supravaginal, introducida por Schroeder, era ya un paso hacia adelante, y a los pocos años fué usada, también, por nuestros ginecólogos; pero, en 1899, estaba ya, según Marcial González, relegada al olvido. *Las primeras histerectomías por cáncer de la matriz, entre nosotros, fueron ejecutadas, como lo hemos mencionado, por vía vaginal.* Roberto Moericke, (ginecólogo alemán, que había obtenido su título en Chile, en 1883, y que fué el primer profesor titular, desde 1886, de la cátedra de ginecología de nuestra Facultad), Víctor Koerner, profesor extraordinario de ginecología, y Marcial González, eran los especialistas de mayor prestigio en aquellos años, influenciados, sobre todo, por la escuela alemana, que había señalado los grandes rumbos en la ginecología, principalmente en lo tocante al cáncer uterino. A pesar de que la histerectomía abdominal había nacido, también, en Alemania, todavía no había encontrado favorable acogida en el seno de la escuela alemana;

por lo demás, el mismo Freund la consideraba sumamente grave, por su alta mortalidad, y creía que sus indicaciones eran muy restringidas. Este era, también, el criterio que reinaba entre nosotros.

Al Primer Congreso Médico Chileno del año 1893, Moisés Amaral, ayudante de la Clínica Ginecológica del Hospital de San Borja, presenta un extenso trabajo sobre el cáncer del útero y su tratamiento por la histerectomía vaginal. En él describe los cuatro primeros casos, operados por Roberto Moericke, profesor de aquella Clínica. *El primero de ellos, primero operado en Chile, fué intervenido el 7 de Noviembre de 1887, y se le practicó una histerectomía vaginal según el procedimiento Czerny-Schroeder.* Se trataba de una mujer de 40 años, de mala constitución, que presentaba un cáncer limitado al cuello uterino. La operación duró 50 minutos, y se ejecutó estando la enferma bajo cloroformo. Después de la intervención, quedó en estado de colapso, " que pudo combatirse con infusión de café, inyecciones subcutáneas " de éter, lavativas de coñac y fricciones en la piel". Salió de alta, en buenas condiciones, al mes después de la intervención. En 1893, es decir, 5 a 6 años después, la enferma vivía aparentemente sin presentar recidiva. Las tres enfermas restantes fueron operadas, en la misma forma, en 1888 y 1889. Sólo una de ellas falleció.

Víctor Koerner, sucesor de Moericke, en la cátedra de ginecología, publica en nuestra Revista Médica de los años 1888/89, el resultado de sus primeros tres casos de histerectomías vaginales por cáncer. Todavía los ginecólogos no estaban bien de acuerdo sobre la utilidad, éxito y justificación de la intervención. Muchos aseguraban, aún, que los resultados de la extirpación total, con respecto a las recidivas, no eran mejores que en las operaciones parciales. En 1892, Víctor Koerner vuelve a exponer su experiencia, que era ya bastante más extensa y abarcaba 14 enfermas, en que había ejecutado la histerectomía vaginal, con sólo tres muertes. Refiriéndose a las operadas en 1888, dice, que las tres, cuatro años después de la intervención, seguían gozando de buena salud. "Juzgando imparcialmente estos resultados, —escribe " Koerner— debemos confesar que ellos son ni muy satisfactorios ni " tampoco desconsoladores, sino muy al contrario, susceptibles de " gran mejoría".

Diez años después, en 1899, Marcial González, a cargo entonces de la Clínica Ginecológica, por ausencia de Víctor Koerner, publica un extenso artículo en la Revista Médica, sobre histerectomías vaginales por tumores malignos en el útero. La amputación del cuello,

recomendada en un tiempo por Schroeder y su escuela, tendía ya a relegarse al olvido. *La histerectomía total vaginal, constituía el tratamiento por excelencia, de los cánceres del útero.* El número de sus operadas, ascendía a 22, con un solo fallecimiento al 7.º día. por peritonitis purulenta. Todavía, en 1901, Víctor Koerner se muestra partidario de la histerectomía vaginal, que entre 1898 y 1900 se había ejecutado 35 veces, y el cáncer continuaba siendo la indicación principal de esta operación. *Pero ya a partir de esta época, se nota, a través de la literatura europea y también la nuestra, una tendencia muy marcada de preferencia hacia las intervenciones abdominales.* Cuando se vieron multiplicar las recidivas tempranas y tardías, con una mejor observación de las operadas por cáncer uterino, la histerectomía vaginal simple empezó, poco a poco, a perder terreno frente a las operaciones abdominales, el Wertheim y sus modificaciones. Podían con ellas operarse muchas enfermas que eran inoperables por vía vaginal, y las estadísticas empezaban a hablar muy claramente en favor de ellas, en cuanto se refería a las recidivas inmediatas. El poco número de años en que ellas se practicaban, no permitía todavía divisar los resultados en cuanto a la curabilidad definitiva. En 1904, Víctor Koerner se refiere, por primera vez entre nosotros, a la operación de Wertheim, que había sido practicada siete veces, en el curso de 1903, en la Clínica Ginecológica a su cargo. *Según esta publicación, la histerectomía abdominal por cáncer uterino, según la técnica que pocos años antes había dado a conocer Wertheim, fué practicada por primera vez en Chile, por el profesor Víctor Koerner, el 12 de Mayo de 1903.* La enferma se llamaba Eulogia Larravával, tenía 38 años de edad y presentaba un cáncer limitado al cuello de la matriz. Murió al día siguiente de la intervención, sin presentar síntomas de infección o de peritonitis. De las seis enfermas restantes, fallecieron dos, a consecuencia directa de la operación. La mortalidad fué, por lo tanto, alta.

A pesar de que en los años siguientes, un optimismo exagerado hizo creer que la histerectomía abdominal ampliada, constituía el desiderátum como tratamiento radical del cáncer del útero, aún los defensores de otros procedimientos hubieron de aceptar, que los resultados con la operación de Wertheim, eran cada vez mejores, y que con ninguno se obtenían tantas curaciones definitivas. Numerosas son las publicaciones nacionales posteriores a las referidas; debemos mencionar entre ellas, la magnífica memoria de prueba, del año 1926, de Romeo Cádiz Oyarzún, ginecólogo de Valparaíso, que posee una vasta

experiencia personal con la histerectomía abdominal total, según la técnica de Wertheim, y que aún hoy día sigue siendo partidario de ella, en los casos incipientes de los cánceres cérvico-uterinos, como lo demuestran sus últimas publicaciones al respecto.

Cuando todo parecía indicar que nada podría detener la marcha triunfal de la operación de Wertheim, he aquí que repentinamente aparece un serio rival: la *rádium* y la *Roentgenterapia*. Ambas habían fracasado por completo, en un principio, en el tratamiento del cáncer del útero; pero con un mejor conocimiento de su acción biológica y el mejoramiento de la técnica de sus aplicaciones, los resultados fueron también mejorando, año tras año, hasta llevar al convencimiento del a mayoría de los cirujanos y ginecólogos, la conveniencia de preferirlas a las intervenciones quirúrgicas, que tan largo camino habían recorrido en su perfeccionamiento, para ser relegadas casi repentinamente a un segundo plano. Durante años hubo acaloradas discusiones entre cirujanos y radiumterapeutas, y aunque no se ha dicho todavía la última palabra al respecto, todo indica ya que el triunfo definitivo será de la terapéutica por las radiaciones.

En 1895, Roentgen daba a conocer el descubrimiento de los rayos que llevan su nombre, y a los pocos años se iniciaban ya los primeros ensayos terapéuticos con ellos.

En 1898, los esposos Curie descubren el rádium, cuya aplicación clínica empieza a generalizarse en la primera década de nuestro siglo. Fué Doederlein, en 1903, el primero en tratar con rádium un cáncer uterino inoperable. Diez años después, los resultados de la curieterapia eran ya tan buenos, que el mismo Wertheim, impresionado por ello, expresaba en un congreso alemán lo siguiente: "Debo aceptar " como un trágico destino que el trabajo de mi vida, la operación " radical del útero canceroso, que he llevado a la perfección técnica " a costa de grandes esfuerzos y pérdidas dolorosas, haya sido supe- " rada y hecha innecesaria". Pero estas palabras de Wertheim, fueron pronunciadas, a pesar de la verdad que encierran, sólo a consecuencia de un deslumbramiento momentáneo, porque durante muchos años más, la operación de Wertheim sigue practicándose y tuvo sus ardientes partidarios.

En Chile, por la falta de aparatos adecuados para radiaciones profundas, la aplicación terapéutica de los Rayos Roentgen, empieza sólo en 1920, año en que se fundaba el Instituto Médico-Técnico Sanitas, con una magnífica instalación de Rayos Roentgen. En la misma

época, un distinguido radiólogo, Adolfo Kaplan, ponía a disposición de los enfermos, en la capital, otra excelente instalación. En 1924, dos Hospitales, el San Agustín de Valparaíso y el San Vicente de Paul de Santiago, fueron dotados con un aparato de radioterapia profunda.

Las primeras aplicaciones del rádium en el cáncer, fueron hechas, en 1923, en la clínica de Ginecología del Profesor Pardo Correa. Las primeras publicaciones nacionales que se refieren al tratamiento del cáncer uterino, por medio de los rayos, son, sin embargo, muy anteriores. La primera de ellas corresponde a una conferencia dada en la Sociedad Médica, en 1913, por el Profesor de Ginecología, Guillermo Anwandter. Recién se habían dado a conocer los primeros éxitos obtenidos en Europa y Estados Unidos, y había razón de aceptar el nuevo tratamiento, llenos de esperanzas y optimismo, ya que las intervenciones quirúrgicas no habían alcanzado todavía toda su perfección técnica, y los casos inoperables constituían la gran mayoría. Pero las bellas esperanzas concebidas al principio, no se realizaron, y todavía, en 1925, un ginecólogo de la talla de Bumm, declaraba que la rádium y radioterapia daba buenos servicios a título de auxiliar de la cirugía, pero que el tratamiento que proporcionaba los mejores resultados, incuestionablemente, era la operación. Debido al adelanto en el conocimiento de la radio-física y la radio-biología, y la experiencia adquirida, el tratamiento del cáncer uterino, por las radiaciones, se acercaba cada vez más al perfeccionamiento, hasta obtener la curación de cánceres cérvico-uterinos, en proporción considerable, aún en un estado avanzado de ellos.

Entre nosotros, el tratamiento del cáncer uterino por el rádium, fué iniciado, en Noviembre de 1923, por Ricardo Günther, ayudante de la Clínica Ginecológica del Profesor Pardo Correa. El rádium usado había sido puesto a disposición de esta Clínica, por Erich Heegewaldt, jefe de Radiología del Instituto Sanitas, que poseía una cantidad de este elemento, con el cual no contaba todavía ningún establecimiento oficial. Al año siguiente, en 1924, Ricardo Günther presenta a la Sociedad de Cirugía, en un extenso trabajo, el resultado que se había obtenido en los primeros casos de cáncer uterino tratados por el rádium. En los años siguientes, aparecen una serie de tesis sobre cáncer tratado con rádium, entre ellas la de Eduardo de Ramón, para optar al título de Profesor extraordinario de Ginecología, (1925). En nuestra bibliografía, damos la nómina de las demás memorias de pruebas, cuyo análisis demuestra el gran interés que, a partir de aquella época,

siempre ha existido por el estudio del cáncer uterino y su tratamiento por las radiaciones.

En 1930, se inauguró oficialmente el "Instituto Nacional del Rádium", cuyo primer director fué Caupolicán Pardo Correa. Desde 1933 hasta hoy día, el Instituto ha sido dirigido por Leonardo Guzmán Cortés, quien, en sus numerosas y magníficas conferencias y publicaciones científicas, ha contribuído más que nadie, entre nosotros, a fomentar en forma decidida la lucha contra el cáncer, en gran escala. Las estadísticas del Instituto Nacional del Rádium, han demostrado, en los últimos años, un notable progreso en el tratamiento del cáncer uterino, por medio de las radiaciones; ha aumentado considerablemente el porcentaje de curaciones definitivas, y se obtiene supervivencia de años en enfermas inoperables, a las que ningún otro tratamiento habría librado de la muerte a breve plazo. *Las múltiples controversias de que había sido objeto el tratamiento del cáncer uterino, en años anteriores, han perdido con esto su razón de ser.* Predomina ahora la idea, que sólo en el cáncer del cuerpo debe preferirse la cirugía; en el cáncer cérvico-uterino, en todos sus grados, en cambio, es siempre la terapéutica de las radiaciones la que debe instituirse. Nos llevaría demasiado lejos, exponer los resultados que se han obtenido en Chile, con la rádium y Roentgenterapia en la afección que nos ocupa, resultados cada vez mejores, pero que no corresponden todavía a los de muchas clínicas europeas y de Estados Unidos, debido, principalmente, a que un alto porcentaje de nuestras enfermas sigue llegando tarde a manos del cirujano, cuando se trata de una afección avanzada, contra la cual todo tratamiento es ya impotente.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, MOISÉS. Cáncer del útero Rev. Méd. 1887.—AMARAL, MOISES. El cáncer del útero y su tratamiento por la histerectomía vaginal. 1.er Congreso Médico Chileno, 1893.—ANWANDTER, GUILLERMO. Tratamiento de los miomas y cánceres uterinos, por los Rayos X y mesotorio. Rev. Méd. 1913.—ANWANDTER, GUILLERMO. Ginecología Moderna. Rev. Méd. 1920.—AVILES, MANUEL. De la histerectomía en obstetricia. Tesis, 1939.—CÁDIZ Oyarzún, ROMEO. Cáncer uterino. Tesis, 1926.—CÁDIZ OYARZÚN. ROMEO. Cáncer primitivo de la vagina. Rev. Latino-americana, 1938.—CONCHA, CARLOS. Cáncer cérvico-uterino. Bol. Soc. Cir. 1928.—CONCHA VERA, CARLOS. Cáncer del útero. Tratamiento por el Radium. Tesis, 1928.—CONCHA POBLETE, SELÍM. Trabajos efectuados en la clínica ginecológica. Tesis, 1897.—CROIZET, EMILIO. Estudio sobre la mortalidad causada por cáncer, en Chile. Anales, 1930.—CRUZ, HECTOR.

La colposcopía en el diagnóstico precoz del cáncer uterino. Bol. Soc. y Ginec. 1941.—De Ramon, Eduardo. 16 casos de carcinoma del útero, tratados con Radium. Bol. Soc. Cir. 1924.—De Ramon, Eduardo. La radiumterapia y radioterapia profunda en ginecología. Tesis, 1925.—García Huidobro, H. Tratamiento del cáncer del cuello del útero. Rev. Méd. 1925.—González, Marcial. Histerectomías vaginales por tumores malignos en el útero. Rev. Méd. 1899.—Greene, Ernesto.—Breves consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello uterino. Bol. Soc. Cir. 1925.—Greene, Ernesto. A propósito del tratamiento del cáncer del cuello del útero por el Radium. Bol. Soc. Cir. 1928.—Gunther, Ricardo. Presentación de 21 casos de cáncer uterino, tratados por el Radium. Bol. Soc. Cir. 1924.—Guzmán, Leonardo. Tratamiento de los cánceres del útero. Rev. Méd. 1928.—Guzmán, Leonardo. Tratamiento de los cánceres del útero. Med. Mod. 1928.—Guzmán, Leonardo. La Roentgenterapia en el tratamiento del cáncer. Rev. Méd. 1937.—Guzmán, Leonardo. Sobre el cáncer del útero. Cáncer, 1941.—Guzmán, Leonardo. Razones que aconsejan el empleo de las radiaciones, en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino. Cáncer, 1941.—Guzmán, Leonardo. Tratamiento del cáncer cérvico-uterino. Cáncer, 1945.—Koerner, Víctor. 3 casos de histerectomía vaginal. Rev. Méd. 1888-89.—Koerner, Victor. Histerectomía vaginal. Prog. Méd. 1892.—Koerner, Víctor. Histerectomía, Métodos e indicaciones Prog. Méd. 1901.—Koerner, Víctor. Operaciones addominales por cáncer del útero. Rev. Méd. 1904.—Lizana Farías. Leoncio. La curieterapia por el método de Regaud, en el Ca. del útero. Tesis, 1929.—Mella V., Manuel. Radium-Cáncer Tesis, 1928.—Monckeberg, Carlos. El cáncer del útero en el embarazo. Bol Soc. Obs. y Ginec. 1939.—Pardo Correa, Caupolicán. Contribución al estudio del tratamiento del cáncer uterino, por el Radium. Bol. Soc. Cir. 1924.—Perez, Carlos. Contribución al estudio del tratamiento del Ca. del útero. Tesis, 1925.—Pizarro, Antonio. Tratamiento de los cánceres cérvico-uterinos en las recidivas. Tesis, 1938.—Rojas, Nicanor. Afecciones cancerosas y carcinomatosas del útero, en Chile. Anales, 1853.—Romero, Nacianceno. Reseña histórica de la Liga Anti-cancerosa en Chile. Cáncer, 1940.—Sayago, Carlos. Resultados obtenidos en el tratamiento del Ca. del útero. Bol. Soc. Cir. 1941.—Sayago, Carlos. Resultados obtenidos en el tratamiento del Ca. del útero. Med. Mod. 1942.—Sierra, Lucas. El diagnóstico y tratamiento del cáncer del útero, ante la British Medical Association. Rev. Méd. 1905.—Sierra, Lucas. La lucha contra el cáncer del útero. Rev. Méd. 1906.—Sierra, Lucas. A propósito del cáncer y su tratamiento por Radium. Bol. Soc. Cir. 1942.—Soto M., Jorge. . El cardinoma del útero y su profilaxia. Tesis, 1922.—Soza Werth, Mario. Cáncer del cuello uterino en la mujer embarazada. Tesis, 1932.—Ugarte Montes, W. Reseñas históricas sobre el descubrimiento de los cuerpos Radioactivos. Med. Mod. 1931.—Valenzuela Basterrica, J. Progresos de la cirugía en Santiago. Rev. Méd. 1892.—Vargas Salcedo, Luis. 25 años de cirugía abdominal en Chile. Anales, 1937.—Vicencio, Alcibiades. Cáncer del útero. Rev. Méd. 1902.—Wood, Juan. Estudio actual del tratamiento del epitelioma del cuello, por la radioterapia. Bol. de la Clín. Ginec de la Univer. 1929.—Zárate E., Enrique. Homenaje a los esposos Curie. Prensa Médica, 1938.—Zegers, Ramon. Sobre el cáncer del útero. Rev. Méd. 1909.

INDICE DE AUTORES

A.

Acevedo, Enrique. 206, 250, 324.
Acuña, M. 251, 252, 312.
Adriazola, Alberto. 266.
Aguilar, Luis. 295.
Aguilera, Mistral. 334.
Aguirre Sayago, Arístides. 34, 364.
Aguirre, José Joaquín. 13, 26, 27, 28, 96, 161, 182, 360.
Aguirre, Leonidas. 341.
Aguirre, Manuel. 406.
Aguirre Luco, Roberto. 27, 366.
Aguirre Silva, Roberto. 341.
Aichel, Osvaldo. 37, 180, 181.
Aichel, Otto. 399.
Albarracín León, Tomás. 145.
Alcedan, Mariano. 37.
Aldunate, Emilio. 244.
Aldunate, Ph. Emilio. 248.
Alessandri, Hernán. 171, 202, 221, 251, 252, 314.
Alessandrini, Italo. 36, 223, 368, 376.
Aliaga Larrea, Jermán. 37, 285, 286.
Alonso Vial, A. 11, 28.
Alvarado Wall, Jerónimo. 251.
Alvarez, Benjamín. 129.
Allamand, Juan. 215.
Allende Pradel, Nicanor. 360.
Allende Padín, Ramón. 67, 96, 184.
Alliende Donoso, Jorge, 324.
Amaral, Moisés. 331, 424.
Amesti, Félix de. 129, 204, 210, 213, 215, 221, 223, 235, 252, 299, 346, 347, 369, 371.
Amunátegui, Gregorio. 29, 33, 34, 35, 102, 103, 106, 128, 145, 202, 223, 249, 272, 286, 295, 345, 351, 363, 397, 398, 400.
Anrique, José María. 142, 143, 145.
Anwandter, Guillermo. 139, 399, 400, 427.
Apablaza, Hernán. 224.
Arancibia Basterrica, Enrique. 42, 389, 401.
Araos Díaz, Luis. 366.
Araya, Pedro. 314.
Argomedo del Valle. Plácido. 263, 266, 267.
Armas Cruz, Rodolfo. 308, 312, 313, 333.
Arnao, Federico. 396
Arriagada, Avelino. 37.
Arriagada, D. 347.
Asta-Buruaga, Luis. 125, 344.
Avalos, Luis. 96.
Avendaño, Carlos. 324.
Avendaño, Oscar. 252.

B.

Bacigalupo, Félix. 335.
Baeza, Marcial. 212.
Bahamondes, Mariano. 36, 129, 224.
Balazs, Oliver. 334.
Barrigton, 139.
Barrenechea, Manuel J. 58, 92, 93, 94, 124, 125, 167, 318, 362.
Barros Borgoño, Manuel. 10, 20, 25, 27, 28, 29, 31, 32. 33, 34, 62, 68, 90, 92, 94, 95, 96, 103, 116, 118, 123, 126, 129, 132, 133, 135, 159, 167, 168, 195, 241, 253, 266, 283, 318, 321, 338, 339, 340, 344, 362, 365, 415.
Barros Borgoño, Víctor. 406.
Barros Ovalle, Pedro. 266.

Barrueto, Pablo. 300.
Behn, Kurt 253, 325.
Benavente, David. 138, 244, 321, 322, 325, 370, 415.
Berg, Huberto. 341, 342, 347.
Betzhold, Hans. 213.
Blest C., Guillermo. 12, 22, 114, 153, 329, 337, 340.
Bobillier, Julio. 138.
Brandt Alvear, Arturo. 103, 133, 195, 253.
Bravo, Alejandro. 250, 335, 403.
Brinck, Guillermo. 310.
Brockmann, Mauricio. 209, 243, 244, 245, 314.
Bruna Molina, Ismael. 317, 318, 319, 320, 322.
Buitrago, Inclán Simón. 266.
Burmeister, Ricardo. 130, 224.

C.

Cabezón, Luis. 300, 325.
Cáceres, Jorge. 118.
Cádiz Calvo, Mamerto. 362.
Cádiz González, Buenaventura. 37, 137, 186, 249, 267.
Cádiz Oyarzún, Romeo. 410, 416, 417, 425.
Calderón, Néstor. 150, 156.
Camacho, René. 369.
Canales Torres, Manuel. 106, 272.
Cannon, Ricardo. 161.
Carmona, Luis. 181, 182.
Carvallo Elizalde, Ventura. 28, 29, 30, 32, 34, 35, 37, 38, 94, 95, 102, 103, 122, 123, 133, 143, 144, 203, 285, 286, 287, 288, 289, 320, 321, 362, 363, 364.
Carrasco, Eulogio. 408.
Carrasco, Lorenzo. 37, 180.
Castro, Jorge. 128.
Celis, Roberto. 235.
Centeno, T. 347.
Cienfuegos, Máximo. 25, 27, 62, 90, 123.
Claro, Miguel. 150, 164, 165, 166.
Caignard. 183.
Collao Carmona, Edgardo. 371.
Concha Parot, Eliseo. 202.
Concha Poblete, Selim. 399.
Consiglieri, Juan. 215.
Constant, Alfonso. 33, 205, 206, 210, 214, 215, 299, 322, 323, 345, 346.
Contador, J. 369.
Contreras, Eduardo. 402.
Cooper, Jorge. 183.
Cordero, Guillermo. 96.
Córdova, Lucio. 334.
Cortés, Manuel. 150, 158, 160, 161, 163, 352.
Correa, Carlos. 322.
Coutts, Waldemar. 137.
Covarrubias, Alvaro. 33, 42, 202, 248, 250, 252, 299, 322, 345, 401.
Covarrubias, Gabriel. 123.
Covarrubias Zenteno, Raúl. 231, 271, 297, 300, 325.
Cox, Agustín Nataniel. 12, 20, 21, 22, 319.
Croizet, Emilio. 224, 229, 252, 295, 299, 323.
Cruz Coke, Eduardo. 151, 171.
Cruz, Héctor. 416.
Cruz Plaza, Manuel. 228.
Cuevas, Carlos. 201, 221, 228.
Charlín, Raimundo. 32, 37, 96, 123, 266, 286.
Chateau, G. 231.

D.

Daudet, Rafael. 250.
Dávila, Ricardo. 58.
Daza, Félix. 142, 201, 325, 347.
Dessauer, Enrique. 37, 180, 181, 182.
Dessauer, Hugo. 183.
Díaz Lira, Eugenio. 34.
Díaz, Fernando. 221, 228.
Díaz Ulloa, Moisés. 300.
Díaz, Wenceslao. 139, 150, 151, 152, 156, 318, 351, 354.
Donoso, Alberto. 221, 228, 235.
Donoso, Francisco. 215, 228.
Donoso Donoso, Marcos. 33, 241, 253.
Ducci Kallens, José 145, 200.
Durán Grez, Cornelio. 126.
Duval, Enrique. 235.

E.

Echeverría, Francisco. 283.
Escobar, Adolfo. 347.
Escudero Vargas, Daniel. 171.
Espinoza, Oscar. 295, 345.
Estévez, Roberto. 221 224, 250, 347, 372.
Etcheverry, R. 314.
Eyquem, Emilio. 268.

F.

Fernández Peña, Carlos. 170.
Fernández Frías, Elías. 88, 89.
Ferrer Rodríguez, Lautaro. 10, 21, 114, 117, 162.
Fiedler, Conrado. 37, 249.
Fiedler, Hans. 16.
Flores, Néstor. 347.
Fonck, Ricardo. 16, 213.
Frías, David. 397.
Frías, Ernesto, 115, 118, 119, 120.
Fuente, Jorge de la. 297, 299, 300, 303.
Fuente, Rudecindo de la. 204, 215, 250, 300, 345, 368.

G.

Gandulfo, Juan. 369.
Garavagno, César. 37.
Garavagno, C. 235.
García Guerrero, Daniel. 135, 244, 264, 265, 270.
García Huidobro, Hernán. 42, 244.
García Tello, José. 137, 210, 213, 283, 290.
García Domínguez, Mario. 401.
García, Pedro. 171, 403.
Garretón Silva, Alejandro. 11, 206, 228, 235, 251, 252.
Garrido, Raúl. 213, 417.
Gazmuri Ojeda, Oscar. 202.
Gebaur, Teodoro. 35.
Girón, Gustavo. 298.
González Barahona. 366.
González Campos, Arístides. 400.
González Cortés, Exequiel. 195, 199, 206, 210, 221, 232, 250, 251, 295.
González Ginouves, Ignacio. 250, 269, 273, 342, 346.
González, Marcial. 39, 399, 406, 407, 414, 415, 423, 424.
González G., René. 130.
González Rodríguez. 171, 229.
Grajales, Manuel Julián. 20.
Grant Benavente, Guillermo. 251.
Greene Ortega, Ernesto. 273.
Greve, Jermán. 135.
Grez, Javier. 29, 96.
Grossi, José. 10.
Grove, Hugo. 137, 204, 205, 210, 215, 221, 335, 345.
Grudsky, A. 372.
Guarda, Héctor. 299, 300.
Günther, Ricardo. 427.
Gutiérrez, Carlos. 400, 401, 415.
Guzmán, Cornelio. 96, 193, 194, 339 340, 344, 348, 406.
Guzmán Cortés, Leonardo. 250, 428.

H.

Haupt, Carlos. 322.
Heegewaldt, Erich. 145, 200, 201, 207, 221, 225, 427.
Henríquez, Juan B. 262, 263.
Hidalgo, Wenceslao. 37, 180, 181, 182, 183, 184, 408, 410.
Hirth, Adolfo. 125.
Hoffmann, Eduardo. 37, 186.
Holmberg, Augusto. 369.
Huidobro, Fernando. 235.
Huidobro, Hernán. 127, 250.

I.

Ilabaca León, Luis. 36, 210, 346.
Inostroza, Agustín. 253, 310, 371.
Izquierdo Sanfuentes, Vicente. 25, 27, 62, 90, 321.
Izzo, César. 333.

J.

Jofré Herrera, Evaristo. 253.
Johow, Arnulfo. 34, 128, 223, 253, 311, 314, 323.
Jünemann, Alfredo. 322.

K.

Kaplan, Adolfo. 427.
Kleimann, Marcos. 120.
Klickmann, Alfonso. 37, 249.
Koerner, Víctor. 7, 30, 37, 39, 40, 41, 95, 96, 139, 185, 186, 194, 198, 208, 384, 399, 400, 401, 406, 407, 409, 410, 414, 415, 416, 423, 424, 425.
Kuschel, Ricardo. 34, 35, 323.

L.

Lafargue, Francisco Julio. 12, 26, 149, 151, 152, 155, 160, 163, 307, 308.
Larach, Alejandro. 342, 347.
Larraguibel, Armando. 11.
Larraín, Eduardo. 235.
Lea Plaza, Hugo. 11.
Leiva, Carlos. 115, 351, 353, 354.
Lerner, Jacobo. 171, 202, 221.
Letelier, Santiago. 150, 155.
Lezaeta Rivas, Jorge. 163, 164.
Lira, Gregorio. 151.
Lobo Onell, Carlos. 325.
López Salinas, Carlos. 334.

M.

Macchiavello. H. 231.
Maira, Octavio. 171.
Manríquez, Juan Miguel, 313.
Mardones, Arturo. 11, 244, 346.
Marín Silva, Evaristo. 37.
Marín, Juan. 347, 366.
Marín Couchot, J. 370.
Martín, Pelegrín. 116.
Martínez, César. 123.
Martínez, Fernando. 314.
Martínez, Manuel. 206, 210, 211.
Martínez, W. 284.
Maturana, Gustavo. 335.
Matus, Manuel. 210, 221, 300, 314, 322, 323, 346.
Medina Leiva, Carlos. 298, 300
Meléndez, Oscar. 310.
Meyer, Pablo. 269.
Meza Arrau, 229.
Meza Olva, Flaviano. 273.
Middleton, Florencia. 331.
Miquel, Damián. 117, 338, 360, 361.
Miquel, Juan. 114, 115, 116, 117, 139, 160.
Moericke, Roberto. 30, 40, 41, 95, 96, 123, 185, 186, 384, 399, 406, 409, 410, 413, 423, 424.
Molina, Ernesto. 202, 248, 252.
Moenckeberg, Carlos. 40.
Monreal Marín, José. 266.
Montenegro, Pedro. 341.
Montero, Enrique. 171, 228.
Montt Saavedra, Roberto. 267.
Montt, Víctor. 252.
Morales, A. 338, 345.
Morales Cañas, Carlos. 410.
Morales, Ernesto. 322.
Morán, Pedro. 22, 307.
Morelli, César. 16.
Moreno, Manuel. 136.
Mujica, Alejandro. 267.
Münnich, Guillermo. 8, 11, 16, 37, 38, 127, 130, 137, 195, 199, 203, 204, 205, 206, 209, 210, 211, 213, 214, 221, 223, 228, 248, 249, 250, 253, 295, 303, 304, 311, 333, 334, 343, 401, 410, 416.
Muñoz Pal, Basilio. 138.
Muñoz Llosa, Carlos. 332.
Muñoz Montt, Eduardo. 221.
Muñoz Hidalgo, Nicolás. 250, 299 300.
Murillo, Adolfo. 11, 38, 39, 86, 105, 149, 150, 155, 160, 161, 350, 351, 355, 356, 357, 384, 385, 387, 388, 389, 390, 397, 398, 399.
Murillo, Guillermo. 58, 59, 63, 65.

N.

Navarro, Francisco. 29, 35, 103, 133, 198, 202, 294, 295, 312, 367, 369.
Neghme, Amador. 171.

Noé, Juan. 171, 271.
Noriega, Carlos. 273.
Núñez Núñez, Javier. 298, 299, 300.

O.

Opazo, Eugenio. 137.
Opazo, Fernando, 35, 103, 137, 172, 369.
Opazo, Luis. 201, 229, 295, 312, 346, 347.
Orellana Fuentes. Octavio. 295.
Orrego Luco, Augusto. 9, 26, 39, 354, 355.
Orrego Puelma, H. 11.
Ortiz, Pedro. 37, 180, 181, 182.
Ossa, Guillermo. 37.
Otaíza Molina, Eliseo. 205.
Oyarzún, Aureliano. 126, 265, 267.

P.

Padín, Vicente. 13, 359.
Page, Olof. 37, 183, 185, 283, 284.
Palma, Cristina. 210,
Palomino Cruzat, Eduardo. 128.
Pantoja Silva. 367.
Pardo Correa, Caupolicán. 39, 40, 41, 125, 136, 208, 339, 344, 389, 391, 401, 416, 427, 428.
Paredes, José Gregorio. 151.
Pavés Cruzat, Ricardo. 323.
Pemjean, Ambrosio, 340, 344.
Pereira, Eduardo, 347.
Perelmann, Luis. 206.
Petermann, E. 347.
Petit, Emilio. 29, 34, 35, 96, 204.
Petit, Jorge. 12, 150, 153, 330.
Prado, Absalón. 368.
Prado Reyes, Andrés. 204, 322.
Prado Tagle, Ernesto. 171, 202, 229, 231, 232, 244, 250, 252, 270, 272, 310, 312, 322, 335, 346.
Prat, Arturo. 171, 215.
Puelma Tupper, Francisco, 25, 27, 62, 68, 88, 90, 91, 155, 263, 264, 310.
Puga Borne, Federico. 67, 69, 122, 123.
Puga, Juan. 314.

Q.

Quevedo Jofré, Tomás, 199.
Quint, Demetrio. 183.

R.

Ramón, Eduardo de. 137, 250, 295, 427.
Rayo Riquelme, Flaminio. 403.
Reccius, Adolfo. 205, 211, 213, 228, 252, 295, 310, 335, 343, 346, 371, 461.
Reed, Edwin. 294, 344, 368.
Rencoret, Rodolfo, 215, 235, 325.
Reyes, Humberto. 300, 303, 335.
Reyes y Reyes, Mardoqueo, 118.
Riedel, Otto. 342, 347.
Río, Alejandro del. 155, 159, 161, 169.
Río, Roberto del. 353.
Rivera Valenzuela, Eduardo. 266.
Rodríguez Velasco, Aníbal. 334, 402.
Rodríguez, Erasmo. 150, 154, 155
Rodríguez, Héctor. 221.
Rodríguez Barros, J. 273.
Rodríguez Pradenas, Joel. 273, 345.
Rojas Carvallo, B. 197.
Rojas, Nicanor. 26, 29, 419, 422, 423,
Romero Aguirre, Fernando. 273.
Rubilar, L. 252.
Ruiz, Mario, 335.

S

Saavedra, Carlos. 213, 345.
Sáenz, Cristóbal. 253.
Salamanca, Juan Manuel. 150, 158.
Salas Muñoz, Bernardo. 309, 310.
Salas Olano, Eduardo. 10.
Salazar, Arturo. 142.
Saldías, Valentín. 150.
Salleres, A. 347.

San Cristóbal, Diego. 29, 30, 31, 33, 67, 95, 96, 264, 265, 364, 398, 409, 410, 413.
San Martín Ferrari, Hernán. 335.
Santelices, Alfredo. 56.
Santos González, José. 400.
Sanz, Renato. 252.
Sazie, Lorenzo. 10, 12, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 38, 39, 55, 61, 96, 117, 351, 358, 359, 388.
Scroggie, Arturo. 314.
Semir, Miguel. 10, 308.
Sierra Mendoza, Lucas. 11, 29, 31, 32, 33, 36, 83, 96, 115, 116, 119, 124, 125, 127, 132, 133, 134, 136, 154, 157, 159, 168, 194, 195, 203, 220, 228, 241, 242, 243, 244, 248, 250, 251, 266, 269, 273, 276, 288, 292, 294, 295, 301, 310, 313, 321, 322, 332, 340, 344, 345, 346, 348, 351, 361, 363, 364, 365, 369, 399, 401, 416.
Silva, Constancio. 60.
Silva Palma, Waldo. 96, 194, 266, 270, 339, 344.
Silva Silva. 347.
Solovera, Humberto. 210.
Sorolla, Conrado. 203, 210,
Sotomayor, Onofre. 21, 22.
Soza, Ernesto, 145.
Stein, Federico. 303, 304.
Steinberg, José. 137.
Stohmann Núñez, Eugenio. 400.
Schlack, Pablo. 335.
Schmitthenner, Carlos. 182.
Schneider, Jermán. 160, 182, 329, 330, 361.
Schoenherr, Alberto. 210.
Schwarzenberg, Carlos. 311.

T.

Tejeda, Alvaro. 366.
Thévenot, Alfonso María. 12, 25, 26, 29, 34, 51, 61, 62, 63, 80, 88, 96, 180, 182, 183, 360, 422.
Thiele, Jorge. 37.
Thompson, Adalberto. 324.
Tobar, Alfonso. 137.
Tocornal, Fco. Javier. 22, 58, 59.
Tornero, Luis. 300.
Tornwall, Svante. 205, 215.
Torres, José Antonio. 24.
Torres Boonen, Manuel. 137, 345, 346.
Torreti Prohías, Arturo. 338, 339, 340, 344, 348.
Trumball, Juan. 284.

U.

Ugalde, Francisco. 417.
Ugarte Jiménez, Carlos. 170.
Ugarte Gutiérrez, Isaac. 58, 65, 165, 170.
Ugarte, Jacinto. 58.
Ugarte, José. 252.

V.

Vaccaro, Hugo. 231.
Valderrama, Adolfo. 10, 15, 19, 23, 24, 25, 36, 42, 58, 60, 65, 123, 182, 183, 351, 354, 355, 357, 358.
Valdés Barros, Julio. 33.
Valenzuela Basterrica, Jermán. 29, 30, 93, 94, 95, 96, 119, 126, 241, 309, 344, 351, 359, 363, 409.
Valenzuela, Julio César. 248.
Vargas Salcedo, Luis. 11, 33, 35, 36, 37, 41, 67, 94, 136, 194, 198, 202, 242, 244, 249, 250, 252, 263, 287, 322, 351, 367, 376.
Vargas Molinare, Ruperto. 221, 224, 225, 235, 250, 309, 310, 314, 342, 347.
Velasco Sanfuentes, Alfredo. 325.
Velasco, F. 221.
Vélez Marulanda. 231.
Véliz Oliva, Guillermo. 145, 267

Vicencio, Alcibíades. 102, 134, 135, 400, 415.
Villanueva, Francisco J. 115, 183.
Vivanco, Wenceslao. 299,

W.

Westenhoefer. 232, 245.
Wilhelm, Ottmar. 269, 271, 272, 273.
Wilson, Juan. 204.
Wood, Juan. 41, 416.
Wormald, Rafael. 49.

Z.

Zamorano, Gilberto. 300.
Zárate, Emilio. 201, 221.
Zegers, Luis. 142.
Zegers, Ramón. 41, 202, 265, 322, 399, 400, 401.
Zelaya, Joaquín. 68, 69.
Zilleruelo, Julio. 267.
Zlater, Jorge. 333, 334.
Zorrilla, Pablo. 36, 354, 355, 361.
Zunzunegui, Oscar. 137.
Zúñiga Latorre, Ricardo. 127, 128, 369, 376.

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

Absceso hepático 149
Anemia esplénica 312
Anestesia 111
Anestesia local 122
Anestesia lumbar 131
Apendicitis aguda..... 276
Apendicitis crónica..... 289
Apendicitis y colecistitis 251
Apendicitis y fiebre tifoidea.. 332

Bazo, afecciones del 306
Bazo, lesiones traumáticas del 308
Bazo, quistes hidatídicos del 310

Carcinoma del esófago 222
Carcinoma del estómago 219
Carcinoma del páncreas 294
Carcinoma del útero 419
Carcinoma de la vesícula..... 251
Colangiografía 235
Colecistitis 230
Colecistografía 233

Diafragma, afecciones del 337
Divertículos del duodeno 227
Divertículos del estómago 229
Duodeno, úlceras del..... 196

Embarazo extra-uterino 391
Enfermedad de Banti 312
Enfermedad de Hirschsprung .. 322
Enfermedad de Werlhoff 313
Erisipela 53
Esplenomegalias 306
Estómago, carcinoma del 219
Estómago, cirugía del 189
Estómago, divertículos del 229
Estómago, úlcera péptica del. 196

Fiebre tifoidea 329

Gangrena de hospital 47

Hernia diafragmática..... 337
Hernia inguinal..... 350
Hernia del ombligo..... 351
Hidatidosis peritoneal 272
Hidatidosis pulmonar 269
Hígado, absceso del 149
Hígado, quiste hidatídico del. 257

Ictericia hemolítica 311
Ileo biliar o colelítico..... 252
Ileo por obstrucción 317
Infección purulenta 44
Intestino, obstrucción del..... 317

Megacolon 318
Mioma uterino 405

Obstrucción biliar..... 252
Obstrucción intestinal 317
Operación cesárea..... 385
Ovariotomía 175

Páncreas, apoplegía del 296
Páncreas, carcinoma del 294
Páncreas, edema agudo del ... 296
Páncreas, quistes del 295
Pancreatitis aguda 296
Perforación de la úlcera péptica 207
Piohemia 44
Podredumbre de hospital 47

Quiste hidatídico del bazo 310
Quiste hidatídico del hígado .. 257
Quiste hidatídico de la órbita 266
Quiste hidatídico del páncreas 295
Quiste hidatídico del peritoneo 272
Quiste hidatídico del pulmón .. 269
Quistes del ovario 175

Rayos Roentgen 141
Relajación del diafragma 337

Tétanos..... 51

Ulcera péptica del duodeno ... 196
Ulcera péptica del estómago .. 196
Ulcera péptica post-operatoria . 213
Utero, fibromioma del 405
Utero, cáncer del 419

Vesícula biliar, carcinoma de la 251
Vesícula biliar, empiema de la 237
Vías biliares, afecciones de las 230

Esta obra se terminó de imprimir en la Imp. y Lito. Universo S. A. José T. Ramos 105 en Valparaíso (Chile). — Septiembre de 1948.

Respiración Consciente.

En decúbito dorsal;
con los ojos cerrados;
cuerpo relajado, en reposo;
respiración sólo nasal;
profunda, lenta y
prolongada: sin forzar.
Atención absoluta, perfecta.
Tres sesiones diarias
(1ª semana 5 respir. c/sesión;
2ª y después 10 " c/sesión).